

Применение иммунного блоттинга в диагностике цитомегаловирусной инфекции.

Авдонина А.С.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

В связи с широким распространением цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) все более важным встает вопрос дифференциальной диагностики данного заболевания. При этом крайне важно определить не только наличие вируса в организме, но и установить стадию заболевания. Важным моментом является выявление специфических антител классов М и G к отдельным антигенам ЦМВ, позволяющее отслеживать динамику смены белков в ходе инфекционного процесса, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение.

Цель: разработка и оценка эффективности применения иммуноферментной тест-системы для выявления и подтверждения наличия антител классов М и G к индивидуальным белкам цитомегаловируса человека методом иммунного блоттинга.

Задачи: в ходе разработки тест-системы были решены задачи по подбору условий культивирования цитомегаловируса штамма AD-169 и получению ультразвукового лизатного антигена; отработке получения иммуносорбента; подбору состава реагентов для проведения анализа; отработке постановки иммуноферментного анализа; оценке чувствительности и специфичности разработанной тест-системы на сыворотках стандартных панелей; апробация тест-системы на клиническом материале.

Материалы и методы: при разработке тест-системы использовали электрофорез в полиакриламидном геле в присутствии додецилсульфата натрия, электроперенос разделенных белков из геля на нитроцеллюлозную мембрану (блоттинг), выявление белков с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты: разработана тест-система для выявления антител классов М и G к отдельным антигенам цитомегаловируса методом иммунного блоттинга в формате Western Blot – «ИФА-Блот-ЦМВ-IgM/IgG». По результатам испытаний, проведенных с использованием сывороток стандартных панелей, новая тест-система имеет диагностическую эффективность, не уступающую эффективности своего аналога – тест-системы «Anti-CMV-Western Blot (IgM/IgG)» («Euroimmun AG», Германия). Разработаны рекомендации по интерпретации полученных результатов и применению иммуноблота в диагностике цитомегаловирусной инфекции. Выводы: разработанная тест-система «ИФА-Блот-ЦМВ-IgM/IgG» рекомендуется к применению в качестве подтверждающего и дифференцирующего теста при обследовании на цитомегаловирусную инфекцию.

Выбор режимов фракционного лазерного воздействия для коррекции рельефа кожи.

Аджиева З.А.

ЗАО «Институт Красоты» на Арбате, Москва

СО₂ лазер относится к категории инфракрасных лазеров. Лазерное излучение углекислотного лазера поглощается водой, содержащейся в больших количествах в тканях человека. В месте фокусирования пучка лазерного света происходит взрывообразное испарение воды, при этом оставшиеся клетки и межклеточное вещество сгорают. В области лазерного воздействия температура повышается более чем на 100 градусов по Цельсию, при этом ткани по краям области воздействия отмирают слоем до 30–40 мкм, сосуды в области воздействия, диаметром менее 1 миллиметра – запаиваются, а более крупные могут давать незначительное точечное кровотечение.

Существует 2 основных вида углекислотных лазеров.

Непрерывные. В этом виде аппаратов лазерное излучение постоянно по времени, такие лазеры используют в хирургии для рассечения тканей и удаления новообразований на коже или слизистых. Основным недостатком непрерывных лазеров – это значительный нагрев окружающих тканей, поэтому точное прогнозирование глубины лазерного воздействия на ткани невозможно.

Импульсные. В этом виде лазерных аппаратов излучение происходит короткими вспышками, во время которых каждая вспышка лазера передает тканям значительную энергию, в результате чего клетки в области воздействия уничтожаются и испаряются. Во время лазерной обработки передача тепла тканям вокруг области излучения не осуществляется, они практически не нагреваются и сохраняют свою жизнеспособность. Избирательное воздействие импульсного лазера способствует быстрому заживлению обработанной кожи и слизистых. Частота импульсов лазерного луча менее 5 Гц применяется для нанесения перфорации на кожу (процедура фракционной лазерной шлифовки), а более 5 Гц – для разрезания тканей.

Углекислотные лазерные аппараты используют для проведения такой косметической процедуры, как фракционная лазерная шлифовка, которая становится все более популярной и востребованной процедурой. Для проведения лазерной шлифовки частота и мощность аппарата настраиваются так, чтобы 1 импульс лазерного луча удалял участок эпидермиса толщиной не более 20–30 мкм. Так, обычно частота импульсов лазера выставляется не более 5 Гц, что позволяет предотвратить глубокий нагрев тканей и их неконтролируемое повреждение или деформацию.

В нашей практике мы используем СО₂ лазер. Он позволяет осуществлять коррекцию рельефа кожи при таких состояниях, как: рубцы постакне, посттравматические, послеоперационные, дермальные морщины, атрофические изменения кожи. Выбор параметров воздействия

индивидуален и осуществляется после клинического осмотра пациента оценки конституциональных особенностей и типа кожи. Количество сеансов также зависит от конкретных задач, стоящих пред врачом эстетической медицины.

Выявление Ki-67-позитивных клеток в эпидермисе и сально-волосном комплексе кожи головы пациентов до и после лечения тромбоцитарной аутоплазмой.

Ахмеров Р.Р., Короткова О.И.

ООО Клиника «Счастливая семья», Москва

В основе нарушения роста волос (их поредения различной степени выраженности) и облысения или алопеции (прогрессирующее патологическое выпадение волос) лежат многочисленные эндогенные и экзогенные факторы. При сохранении клеток-прародителей и их нормальном функционировании возможна регенерация волосяных фолликул, так как известно, что одна из основных функций волосяных фолликул – служить источником стволовых клеток, обеспечивающих рост волос и обновление эпидермиса.

Целью исследования явилось выявление пролиферирующих стволовых клеток в коже головы пациентов до и после лечения диффузной алопеции тромбоцитарной аутоплазмой. Материалы и методы. Объектом исследования служили биопсийные кусочки кожи головы 8 пациентов-волонтеров (с их согласия) с диагнозами диффузная алопеция до лечения и после лечения в течение 4 месяцев. Пациенты были женского пола в возрасте от 30 до 55 лет. Кусочки тканей размером 2 мм х 2 мм фиксировали в 10% растворе забуференного формалина по Лилли (рН 7,2) с последующей заливкой в парафин. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике. Для иммуногистохимического выявления ядерного белка пролиферирующих клеток проводили непрямым методом связывания мышиных моноклональных антител с антигеном Ki-67 (NCL-Ki67-MM1, Novocastra; 1:200). В качестве вторых антител использовали универсальный набор, содержащий биотинилированные антимышьи иммуноглобулины. Визуализацию окраски проводили с применением комплекса авидина с биотинилированной пероксидазой (ABC-kit), с последующим проявлением пероксидазы хрена диаминобензидином (все реагенты от Novocastra). Срезы докрашивали гематоксилином. Для оценки результатов и микрофотографирования гистологических и иммуногистохимических препаратов применяли световой микроскоп LSM 5 PASCAL фирмы (Carl Zeiss, Германия). Использовали программу по анализу изображений AxioVision (Carl Zeiss, Германия). При увеличении микроскопа X200 в поле зрения (по 30 полей зрения на препаратах каждого пациента) подсчитывали количество Ki-67 – позитивных клеток в сетчатом слое дермы кожи. Математико-статистическую обработку результатов осуществляли при помощи программы «Statistica» версии 7. Сравнение показателей (переменных) осуществлялось при помощи метода параметрической статистики: t-критерия Стьюдента.

Обсуждение. Полученные нами результаты исследования свидетельствуют о том, что после лечения тромбоцитарной аутоплазмой в коже головы пациентов значительно повышается количество Ki-67 – позитивных пролиферирующих клеток волосяных фолликул и сальных желез. Это является отражением непосредственного участия стволовых клеток в восстановительных процессах, обеспечивающих рост волос. Таким образом, полученные нами результаты исследования свидетельствуют о том, что подкожное введение тромбоцитарной аутоплазмы вызывает стимуляцию пролиферации стволовых клеток волосяных фолликул, обеспечивающих рост волос и обновление эпидермиса. Исходя из этого, применение тромбоцитарной аутоплазмы можно рекомендовать к широкому применению в клинике для лечения алопеции различного генеза.

Микоз стоп – коморбидный фактор микробной экземы.

Баткаев Э.А., Махулаева А.М., Заторская Н.Ф., Калинин Е.С.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Микробная экзема (МЭ) – часто встречающееся осложнение трофических язв и формирующееся в результате сенсибилизации к антигенам микробной биоты язв (стрептококки, стафилококки, условно-патогенная микрофлора *Candida*, *Rhodotorula*, *Malassesia furfur*, истинные дерматофиты) и продуктам их жизнедеятельности на фоне изменения нейроэндокринной и иммунной систем.

Несмотря на многочисленные исследования и попытки установления причинно-следственной связи этиопатогенеза и оптимизации, на основании этого лечения трофических язв, осложненных микробной экземой (ТЯМЭ), остается открытым вопрос диагностики и выбора тактики лечения данной патологии.

Целью исследования являлось оценка роли микотической инфекции стоп в формировании микробной экземы у больных трофическими язвами.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 128 пациентов с трофическими язвами голени, осложненными микробной (варикозной) экземой. Из них 79 (61,72%) – женщин и 49 (38,28%) мужчин. Возраст пациентов был от 21 до 80 лет, в среднем $49 \pm 8,2$ лет. Трофические язвы локализовались преимущественно на внутренней поверхности нижней трети голени. Длительность хронической венозной недостаточности составляла от 5 месяцев до 30 лет. У 86 (67,21%) пациентов площадь язв не превышала 50 см², у 47 (38,81%) – от 50 см² до 300 см², у 23 (18%) пациентов были язвы обеих голени, суммарная площадь которых составила от 100 см² до 300 см². Кожа вокруг язв гиперимирована, отечна, на поверхности отмечалась папулезно-везикулярная сыпь, мокнутие.

Результаты: из 128 наблюдаемых больных у 75 (58,59%) микроскопически обнаружены грибы с ногтей пластинок и гладкой кожи стоп, при отрицательном культуральном исследовании. У 25 (19,53) наличие грибов подтверждено при микроскопии и культурально, а у 11 (8,60%) – только культурально. У 22 (17,18%) пациентов, несмотря на наличие

клинических проявлений микоза, ни микроскопическое, ни культуральное исследование не дало положительного результата.

Выявлены грибы *T. rubrum* у 17 (13,28%) больных, грибы рода *Candida* – у 12 (9,37%), у 7 (5,46%) была смешанная, грибково-дрожжевая инфекция. У 45 (35,15%) больных в соскобах кожи вокруг трофических язв были выделены грибы рода *Candida*.

Исследование общего и специфического IgE у 42 больных определило сенсibilизацию на грибковые антигены у 18 (43%): *Candida albicans* – у 9 (21,42%), грибы рода *Pen. natatum* – у 7 (16,6%) больных, у 3 (7,14%) – ассоциации плесневых и дрожжевых грибов, при этом у 8 (19,04%) из них при микроскопическом исследовании грибы не были обнаружены.

Заключение. Комплексная диагностика, включающая микробиологические методы и иммуноферментный анализ, позволяет обнаружить микотическую инфекцию ногтевых пластин, гладкой кожи стоп, околораневой поверхности у 90% больных с длительно существующими трофическими язвами голени венозной этиологии, осложненной экземой. Установление высокого уровня показателей общего и специфического IgE к грибковым антигенам у 43% больных ТЯМЭ свидетельствует об их патогенетической роли в развитии данного заболевания и подтверждает мнение о том, что микотическая инфекция является коморбидным фактором формирования микробной экземы при трофических язвах. Это должно учитываться при разработке тактики лечения ТЯМЭ.

Сравнительный ретроспективный анализ распространенности коморбидной патологии у больных псориазом (анализ стационарных пациентов).

Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.

*Российский университет дружбы народов,
Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой, Москва*

Актуальность. Исследования последних лет показывают, что больные псориазом наиболее предрасположены к развитию таких коморбидных состояний, как сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет (СД), ожирение и т.д. по сравнению с общей популяцией. Риск возникновения коморбидной патологии выше при тяжелых формах псориаза, таких как псориазический артрит. Наиболее часто среди всей структуры коморбидности встречается сердечно-сосудистая патология (1,2).

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности сердечно-сосудистой коморбидности у больных псориазом и псориазическим артритом у стационарных больных.

Материал и методы исследования. Была проанализирована структура сопутствующей патологии у 592 больных псориазом среднетяжелого и тяжелого течения, находившиеся на стационарном лечении в ГКБ №14 им.В.Г.Короленко за период 2010–2011 гг. Мужчин было 348 (58,8%), женщин – 244 (41,2%).

Возраст больных составил от 16 до 86 лет. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 0,6$ года.

Длительность течения псориаза колебалась от 1 года до 35 лет ($11,8 \pm 0,6$).

Всем пациентам (n=592) было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее сбор семейного анамнеза, анамнеза заболевания, осмотр, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови. Все пациенты при наличии не дерматологических жалоб были осмотрены врачами-специалистами терапевтом, неврологом, ЛОР, окулистом, женщины – гинекологом, ревматологом. При необходимости проводилось дополнительное обследование – рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и малого таза, ЭКГ.

Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 20. проводился расчет средних арифметических величин (M), средних квадратических отклонений (σ) и средних ошибок средней арифметической (m) по стандартным формулам, t-критерий Стьюдента, критерий Фишера. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Результаты исследования. У больных псориазом чаще всего регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы (в 61,6% случаев), из которых чаще всего встречалась артериальная гипертония (в 55,3% случаев) и болезни, связанные с ишемией артериального генеза (в 28,4% случаев). Заболевания органов пищеварения, среди которых, в свою очередь, наибольшая доля приходилась на воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта – гастриты, гастродуодениты, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в 40,0% случаев), несколько реже наблюдались случаи патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (в 19,6% случаев).

Диагноз псориазический артрит был выставлен в 39,4% случаев. Другие заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, не связанные с псориазом, отмечались у 27,6% пациентов, в том числе дорсопатия и остеохондроз сопутствовали псориазу в 15,9% случаев, артриты и артрозы – в 8,8% случаев.

Заболевания эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ встречались у 20,0% больных. Из них сахарным диабетом 2 типа страдали 12,2% больных псориазом, ожирением 8,4% больных, болезнями щитовидной железы – 2,4%.

Болезни мочеполовой системы регистрировались у 13,9% пациентов. Чаще всего больные страдали хроническим пиелонефритом – в 7,3% случаев, мочекаменной болезнью – в 4,7%.

Болезни органов дыхания – хронический бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма были всего лишь у 13,5% пациентов. Болезни нервной системы, в том числе энцефалопатии алкогольные, токсические, энцефалопатии сосудистого генеза, поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии, эпилепсия, эпилептический статус встречались у 11% больных.

Выводы. Таким образом, в структуре коморбидности у стационарных больных псориазом тяжелого и среднетяжелого течения лидирующее место занимали

патология опорно-двигательного аппарата (67,0%), заболевания сердечно-сосудистой системы (61,6%), болезни желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной (43,7%) и сахарный диабет (12,2%).

Клиническая и лабораторная диагностика дисбиоза кожи у больных атопическим дерматитом.

Баткаев Э.А., Попов И.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Атопический дерматит (АД) – распространенное заболевание, которым страдают более 20% детей. АД характеризуется хроническим течением, сменяющимися периодами обострения и ремиссии. Часто классическая схема лечения АД становится малоэффективной и заболевание приобретает характер, когда больной длительное время находится в стадии обострения. Анализ литературы показывает, что это связано с обсеменением кожи больных условно-патогенными микроорганизмами, чьи токсины и антигены приобретают свойства суперантигенов, усиливающих воспалительные проявления. Основными микроорганизмами, ответственными за такое течение АД являются *S.aureus* и грибы *Malassezia* и *Candida*.

Целью настоящего исследования являлось установление оптимального метода диагностики нарушенного микробиоценоза кожи при длительном течении АД путем выявления корреляции между тяжестью клинического течения АД и степенью обсеменённости кожи условно-патогенной микрофлорой.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 85 детей, страдающих резистентным к лечению АД. Наблюдаемые дети были разделены на три группы: группа легкого течения заболевания – 35 человек (17 мальчиков и 18 девочек); группа среднетяжелого и тяжелого течения заболевания – 35 человек (11 мальчиков и 24 девочки); группа контроля – 15 здоровых детей (6 мальчиков и 9 девочек). Больным проводилось следующее обследование: определение общего и специфических IgE к микроорганизмам *S. aureus*, *Candida spp.* и *Malassezia spp.*; культуральное исследование с количественным определением колониеобразующих единиц (КОЕ); ПЦР-диагностика в режиме реального времени определением КОЕ.

Тяжесть течения заболевания определялась на основании клинической картины и индекса SCORAD, составлявшего до лечения 10–35 баллов в группе с легким течением и 49–78 баллов в группе среднетяжелого и тяжелого течения.

Результаты исследований. В контрольной группе среднее значение IgE составляло 52,5 МЕ/мл, в группе детей с легким течением АД – 148,5 МЕ/мл, в группе детей со среднетяжелым и тяжелым течением – 192 МЕ/мл. Показатели IgE варьировались в зависимости от тяжести течения АД. Уровень специфических IgE к микроорганизмам *S. aureus* (SEA, SEB, TSST), *Candida spp.* и *Malassezia spp.* коррелировали со степенью тяжести течения АД.

Результаты обследования. Бактериологическое обследование показало, что в группе контроля *S.*

aureus обнаружен у 4 человек (26%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см²; *Candida spp.* – у 2 человек (13%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см²; *Malassezia spp.* – у 6 человек (40%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см². В группе больных АД легкой степени тяжести: *S. aureus* обнаружен у 33 человек (94%) с показателем, колеблющимся в пределах 10^3 – 10^5 КОЕ/см²; *Candida spp.* – у 25 детей (71%) с показателем 10^3 – 10^5 КОЕ/см²; *Malassezia spp.* – у 27 человек (77%) с показателем 10^3 – 10^5 КОЕ/см². В группе больных АД среднетяжелой и тяжелой степени тяжести: *S. aureus* обнаружен у 35 человек (100%) с показателем 10^3 – 10^7 КОЕ/см²; *Candida spp.* – у 29 человек (83%) с показателем 10^3 – 10^6 КОЕ/см²; *Malassezia spp.* – у 30 человек (86%) с показателем 10^4 – 10^6 КОЕ/см². Выявленные различия показателей группы контроля и групп обследования статистически достоверны ($p < 0,05$).

Уровень специфических IgE к микроорганизмам у больных АД:

Группа контроля (кU/L):

- *S. aureus* (SEA) 0 – 0,36
- *S. aureus* (SEB) 0 – 0,41
- *S. aureus* (TSST) 0 – 0,5
- *Candida spp.* 0,1 – 0,36
- *Malassezia spp.* 0,08 – 0,3

Легкое течение (кU/L):

- *S. aureus* (SEA) 0,41 – 6,8
- *S. aureus* (SEB) 0,22 – 3,7
- *S. aureus* (TSST) 0,5 – 0,88
- *Candida spp.* 0,33 – 3,6
- *Malassezia spp.* 0,36 – 16,7

Среднетяжелое/тяжелое течение (кU/L):

- *S. aureus* (SEA) 3,4 – 68,1
- *S. aureus* (SEB) 0,56 – 52,4
- *S. aureus* (TSST) 3,1 – 23,7
- *Candida spp.* 0,5 – 37,4
- *Malassezia spp.* 0,71 – 59,7

Результаты метода ПЦР в режиме реального времени были непоказательны и недостоверны. При их анализе не удалось выявить какой-либо последовательности и взаимосвязи, как с тяжестью течения АД, так и внутри группы результатов метода. Мы считаем, что метод ПЦР в режиме реального времени требует дальнейшего изучения и определения стандартизации забора материала и интерпретации результатов.

Выводы. Установлена корреляция между тяжестью течения АД и степенью нарушения микробиоценоза кожи. Наибольшая обсемененность кожи больных АД отмечалась *S.aureus*, а *Candida spp.* и *Malassezia spp.* – в меньшей степени.

Для диагностики нарушенного микробиоценоза кожи при АД с целью назначения требуемого лечения наиболее достоверным является бактериологический метод обследования с определением КОЕ, однако значительным его недостатком является трудоемкость постановки тестов и длительное время ожидания результатов. Опосредованно уровень нарушения микробной микрофлоры кожи при длительном течении АД можно установить при помощи определения уровней специфических IgE к микроорганизмам *S. aureus* (SEA, SEB, TSST), *Candida spp.* и *Malassezia spp.*

Опыт применения высокочастотного ультразвукового исследования кожи при количественном мониторинге эффективности терапии и осложнений после инъекций биодеградирующих и перманентных филлеров.

Безуглый А.П., Белков П.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Клиника «АНТА-Мед», Москва

Дерматологи и косметологи в своей практической деятельности часто сталкиваются с осложнениями после введения биодеградирующих и перманентных филлеров. При этом очень важно определить глубину залегания, распределение и характер границ между филлером и окружающими тканями. Такую возможность предоставляет высокочастотное ультразвуковое исследование кожи. Проведено исследование кожи у 43 пациентов в состоянии после введения биодеградируемых и перманентных филлеров. Для высокочастотного ультразвукового исследования кожи применяли цифровую систему DUB (tptm GmbH, Германия) с датчиками 22 и 75 МГц, с аксиальным разрешением датчиков 72 и 21 мкм соответственно. На частоте 22 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 10 мм, а на частоте 75 МГц длиной 12,9 мм и глубиной 4–6 мм. Ультразвуковые сканы описывали согласно стандартному протоколу. Измеряли количественные параметры: толщину эпидермиса и дермы, размеры сканируемых образований в зоне интереса, акустическую плотность эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки. Измеряли глубину и определяли локализацию расположения филлеров после инъекций. Изучали объем и глубину поражения дермы и подкожной клетчатки у пациентов с осложнениями. Количественно описывали динамику изменений при коррекции осложнений после введения филлеров. В наблюдаемой нами группе пациентов основные осложнения были связаны с поверхностным (субэпидермальным) или слишком глубоким субдермальным введением филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты.

Выводы. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи 22–75 МГц позволяет измерять линейные размеры, глубину и объем патологических изменений кожи при осложнениях после введения филлеров. Количественное определение толщины дермы перед инъекциями филлеров позволяет правильно рассчитать глубину и количество вводимого препарата.

Особенности и перспективы последипломного образования врачей-дерматовенерологов и косметологов.

Баткаев Э.А., Доготарь О.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

Непрерывное профессиональное образование (НПО) означает период образования или подготовки врачей, начинающееся

после завершения базового и последипломного медицинского образования, продолжающееся в течение всей профессиональной жизни врача (Всемирная Федерация медицинского образования (ВФМО) 2003 г.).

В НПО врачей выделяют три периода образования: додипломное, послевузовское и дополнительное. Система адаптирована к требованиям Болонского соглашения и коррелируется с международными аналогами. В соответствии с приказом МЗ РФ №415-н от 07.07.2009 г. впервые в РФ создана легитимная правовая база непрерывного образования врачей косметологов. В послевузовском периоде образование осуществляется в ординатуре (интернатуре) по базовой специальности «Дерматовенерология» с последующим дополнительным образованием по специальности «Косметология» на цикле профессиональной переподготовки (576 ч.). В дальнейшем в течение всей последующей профессиональной жизни врач-косметолог должен проходить обучение каждые 5 лет на циклах общего усовершенствования (сертификационных циклах) по косметологии. В медицинскую практику внедряются новые сложные медицинские диагностические и лечебные технологии, применение которых требует от врачей дополнительных знаний и практических умений для обеспечения безопасности пациентов. Соответственно требуются новые технологии обучения, в том числе симуляционные, которые позволяют значительно улучшить результаты лечения и повысить безопасность пациентов. В настоящее время в РУДН уже проводится симуляционное обучение студентов и в системе постдипломного образования, в том числе внедряется она и в подготовку дерматовенерологов и косметологов.

К особенностям современной медицины стоит отнести увеличение объемов и скорости обновления медицинской информации, что требует создания системы непрерывного (ежедневного) обучения врачей на рабочих местах и скорейшего получения ими научно-обоснованной достоверной информации по новым методам лечения и диагностики заболеваний, в том числе с применением дистанционных электронных технологий. Эти технологии позволяют приблизить высококачественные образовательные мероприятия к рабочему месту врача и повысить эффективность расходов на образование.

В настоящее время назрела необходимость пересмотра организации учебного процесса и форм постдипломного медицинского образования. И уже предприняты первые шаги для ее решения. Приказом Минздрава России от 18 февраля 2013 года № 82 был создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования, основной задачей которого является осуществление модернизации системы дополнительного профессионального образования.

В сентябре 2013 г. в рамках IV Международной конференции «Инновационные обучающие технологии в медицине» на открытом заседании Координационного совета был обсужден план внедрения и проект методических рекомендаций новой модели НМО. Начиная с 2016 года, организация системы медицинского образования претерпит некоторые изменения. По завершению разных этапов медицинского образования будет проводиться аккредитация – «экзамен» врача на соответствие профессиональным стандартам (знаний, умений и навыков). Так, после выполнения программы высшего медицинского образования будет проводиться первичная аккредитация; после выполнения

учебного плана ординатуры и циклов профессиональной переподготовки – первичная специализированная; а для всех специалистов не реже 1 раза в 5 лет – реаккредитация. Система оценивания будет включать: тестирование, решение ситуационных задач, демонстрацию практических навыков в стандартизированных симулированных условиях и анализ портфолио обучающегося. Следует отметить, что в предложенной модели предусматривается обучение работника (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий) в течение всех 5 лет, путем прохождения отдельных мероприятий в государственных образовательных учреждениях и в профессиональных некоммерческих организациях по специальностям. За один час участия в образовательном мероприятии врачу будет вручаться один кредит. При этом расширятся объемы самостоятельного обучения, предоставляющие возможность выбора учебных мероприятий.

Такая форма обучения с возможностью суммирования краткосрочных циклов обучения, когда врач за пять лет накапливает необходимое число образовательных кредитов, позволила бы воплотить в жизнь принцип непрерывности медицинского образования. А привычное повышение квалификации перестало бы носить символический характер, что особенно важно при современной тенденции к увеличению скорости обновления медицинской информации, а также использованию в повседневной работе современных медицинских технологий, срок «жизни» которых составляет в среднем 4–5 лет.

Принципиальные отличия новой системы медицинского образования это: объективная оценка практического уровня подготовленности в соответствии с профессиональными стандартами деятельности; организация части испытания на получение аккредитации с использованием симуляционных технологий и методов современного медицинского образования; наделение врача правом самостоятельной деятельности в конкретной сфере, а не просто для занимания должности. Переход на новую систему всех специалистов планируется завершить к 2025 году. Весь этот период действующие специалисты будут проходить ресертификацию в привычном режиме, но с подключением к системе НМО (портфолио, повышение квалификации).

В перспективе, разработка новой модели НМО позволит шире использовать современные формы обучения врачей косметологов (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий). Учитываться будут такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами; самостоятельная работа с электронными интерактивными образовательными модулями, чтение профессиональной литературы и т.д.

Роль пищевых аллергенов в патогенезе дисгидротической экземы.

Бизунова М.А.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Сочетание пищевой аллергии с дисгидротической экземой изучено недостаточно. Использование панелей

аллергодиагностики позволяет объективно оценить спектр сенсибилизации к пищевым продуктам, выявить скрытую специфическую сенсибилизацию.

Цель работы – оценить спектр сенсибилизации к пищевым аллергенам у пациентов с дисгидротической экземой.

Материал и методы. Первую группу наблюдений составили 143 пациента с дисгидротической экземой в возрасте от 18 до 45 лет, из них 113 (79,0%) женщин и 30 (21,0%) мужчин (средний возраст 29±6,1 лет). Пациентам был проведен клинический осмотр, сбор личного и семейного анамнеза. Для формирования второй группы было отобрано 25 человек, которым был произведен забор крови для определения уровней специфических IgE к 13 пищевым аллергенам педиатрической аллергопанели RIDA® AllergyScreen Panel 4, R-Biopharm AG, включающим аллергены коровьего молока (α-лактоглобулин, β-лактоглобулин, казеин, бычий сывороточный альбумин), яичного белка и желтка, сою, морковь, картофель, пшеничную муку, фундук, арахис.

Результаты. При оценке личного аллергологического анамнеза у больных дисгидротической экземой атопический дерматит выявлен в 19,6% случаев, бронхиальная астма – в 7,7%, аллергический ринит – в 8,4%, крапивница – в 4,2%. Дерматозы в семейном анамнезе были у 30,1% пациентов, атопический дерматит – у 6,3%, бронхиальная астма – у 10,5%, аллергический риноконъюнктивит – у 7,7% и крапивница – у 0,6%. Клинические проявления пищевой аллергии отмечали 18,9% пациентов. Среди пищевых аллергенов больные наиболее часто указывали цитрусовые (14,7%) и шоколад (8,4%). Специфическая сенсибилизация к соевым бобам, моркови, картофелю, пшеничной муке, лесному ореху и арахису отсутствовала в группе больных дисгидротической экземой. Но при этом сохраняется небольшое количество пациентов, сенсибилизированных к белку коровьего молока, α-лактоглобулину и казеину – 8,0%. В то время как пациенты, сенсибилизированные к β-лактоглобулину и бычьему сывороточному альбумину, не были обнаружены. В единичных случаях наблюдали сенсибилизацию к яичному белку и желтку – 4,0%.

Выводы. Пациенты с дисгидротической экземой отмечали клинические проявления пищевой аллергии в 18,9% случаев. Причиной пищевой аллергии чаще являлись цитрусовые (14,7%) и шоколад (8,4%). Наиболее значимыми пищевыми аллергенами по данным аллергопанелей являлись цельное молоко и его белки – α-лактоглобулин и казеин (8%).

Система каппа-опиоидных рецепторов при зудящих дерматозах и их лабораторная идентификация.

Бобко С.И., Лоттс Т., Метце Д., Львов А.Н., Штендер С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва, Россия, Компетентный центр по изучению хронического зуда Университетской клиники кожных болезней г. Мюнстера, Германия

Зуд – один из ключевых и наиболее торпидных симптомов при ряде дерматозов. В настоящее время особенно актуальны поиски новых патогенетических механизмов

зуда для развития целенаправленной терапии. Одним из направлений исследований является изучение состояния (дисбаланса) системы опиоидных рецепторов в коже и ЦНС, играющих роль в индукции зуда. В классических исследованиях выделяется 3 основных класса опиоидных рецепторов: каппа- (κ) опиоидные рецепторы (КОР), мю- (μ) опиоидные рецепторы (МОР) и дельта- (δ) опиоидные рецепторы (ДОР) (Zadina J.E. et al., 1999, Stefano G.B. et al., 2000). Все три класса опиоидных рецепторов относятся к семейству рецепторов, сопряженных с G-белком, образованных 7 трансмембранными сегментами рецепторов, подсемейству родопсин (Tseng R.J. et al., 2005, Schwartz T.W., 2002). В качестве одной из причин хронического зуда в настоящее время предполагается дисбаланс системы мю - (μ) и каппа - (κ) опиоидных рецепторов в коже или в центральной нервной системе. В нескольких исследованиях продемонстрирован положительный эффект системных агонистов каппа-опиоидных рецепторов в лечении уремического зуда (Wikström et al., 2005), узловатой почесухи, паранеопластического и холестатического зуда (Dawn A.G., Yosipovitch G. et al., 2006). Как показано в ряде современных исследований, КОР экспрессируются в кератиноцитах кожи человека (Tominaga M. et al., 2007, Cheng B. et al., 2008) равно как и в дермальных фибробластах (Cheng B et al., 2008, Salemi S et al., 2005) и мононуклеарных клетках (Salemi S et al., 2005). Предполагается, что существует 3 разных подтипа КОР (K1, K2, K3), это базируется на исследованиях по связыванию лиганда с рецептором, но до настоящего времени идентифицирован только один из них (Kosterlitz H.W. et al. 1981, Zukin R.S. et al, 1988, Clark J.A. et al., 1989, Rothman R.B., 1990, Zhu J. et al, 1995, Mansour A. et al., 1995, Simonin F. et al., 1995). При сравнении экспрессии КОР в клетках нормальной, неизменной кожи и в кератиноцитах и фибробластах гипертрофических рубцов с использованием ПЦР (Cheng B. et al., 2008) показано увеличение экспрессии КОР в тканях гипертрофических рубцов, подтверждая усиление ноцицепции в рубцах. Дополнительно активация КОР рецепторно регулирует выработку цитокинов и хемокинов в клеточных культурах лимфоцитов и может вызывать противовоспалительный ответ (Finlay M.J. et al., 2008). В настоящей работе демонстрируется экспрессия каппа-опиоидных рецепторов в коже человека (базальных кератиноцитах, дендритных клетках, меланоцитах эпидермиса и фибробластах сосочкового слоя дермы), определенная с помощью различных иммуногистохимических методик. Для исследования экспрессии КОР в коже человека мы проводили иммуногистохимическое исследование биоптатов различных областей. Образцы кожи после биопсии были немедленно заморожены в жидком азоте и из них с использованием геля Neg-50 были приготовлены срезы с помощью криостат-микротомы (Microm Int., Walldorf, Germany), которые затем помещались на специальное предметное стекло (SuperFrost Plus (Menzel-Gläser). Замороженные срезы нативной криоткани были фиксированы в 2% растворе параформальдегида в фосфатном буфере и 1% растворе пикриновой кислоты в течение 20 минут и преинкубируются в течение 30 минут с 10% раствором бычьего сывороточного альбумина в гидроксиметиламинометаном буфере. Образцы были затем инкубированы в течение ночи при комнатной температуре с мышиными моноклональными

антителами к каппа-опиоидным рецепторам (1:100, раствор для разведения антител ДАКО, антитела к КОР фирмы Lifespan/Biozol, Германия). Специфичность антител к опиоидным рецепторам была доказана заменой антител к каппа-опиоидным рецепторам сывороточными мышиными антителами G, которые не приводят к специфической иммуноокраске кожи человека.

Разработка процедуры «контролируемого химического пилинга» в клинической дерматокосметологии.

Бобова А.М., Жучков М.В., Сонин Д.Б., Тарасова М.А.

Рязанский государственный медицинский университет, Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань

Целью работы явилось изучение возможностей и путей оптимизации технологии проведения процедур поверхностного и срединного химического пилинга с помощью конфокальной эпилюминисцентной дерматоскопии и дерматоскопического спектрометрического интрадермального анализа, а также формирование инновационной концепции «Контролируемого пилинга». Материалы и методы. В исследование было включено 137 пациентов, имеющих клинические проявления актинического эластоза, высокими градациями по Р.Глоау, которым была рекомендована процедура срединного или поверхностного химического пилинга. В качестве пилингового раствора использовались растворы гликолевой кислоты, растворы Джеснера, растворы трихлоруксусной кислоты. Все пациенты в исследование подписывали перед началом исследования информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В исследовании, с дополнительного согласия пациентов, проводилась обработка пилинговым раствором области верхней трети плеча и/или межлопаточного пространства. При проведении процедуры химического пилинга проводилось одномоментное дерматоскопическое исследование обрабатываемых кислотой участков кожного покрова и оценка получаемого паттерна дерматоскопического изображения. В качестве референт-вмешательства использовалась биопсия кожи с проведением патогистологического исследования полученных образцов на фоне разной экспозиции растворов кислот. Референт-вмешательство позволило в исследовании сопоставить фактическую глубину пенетрации раствора химического пилинга и дерматоскопические критерии пенетрации этого раствора. Окраска приготовленных микропрепаратов биоптатов кожи проводилась по стандартной методике с окраской гематоксилином и эозином. Конфокальная эпилюминисцентная дерматоскопия в нашем исследовании проводилась в помощью дерматоскопа «Heine delta 20» по контактной методике. Получаемые дерматоскопические изображения интерпретировались по алгоритмическому анализу паттерна Гарольда Китлера. Сопоставление результатов дерматоскопии и патогистологического исследования проводилось ретроспективно.

Результаты исследования. В результате первого этапа нашего исследования были разработаны представленные ниже корреляционные критерии пенетрации пилинговых растворов. Корреляционные дерматоскопические критерии пенетрации пилинговых растворов, для пилингов с помощью большинства альфа-гидроксикислот, раствора Джесснера и пировиноградной кислоты: при пенетрации в роговой слой эпидермиса – диффузная бело-серая вуаль (коагуляция филлагрина), в зернистый слой эпидермиса (верхний отдел, при отсутствии гипергранулеза) – на фоне диффузной бело-серой вуали множественные точки беловато-розового цвета, в зернистый слой эпидермиса (нижний отдел, при отсутствии гипергранулеза) – на фоне диффузной бело-серой вуали множественные «глобулы» беловато-розового цвета; появляются участки исчезновения бело-серой вуали, в шиповатый слой эпидермиса – появление бело-розовой вуали островками и диффузно, в базальный слой эпидермиса – появление розово-красных точек и глобул.

Выводы. Первые результаты нашего исследования позволяют надеяться, что дерматоскопия во время процедуры химического пилинга позволит улучшить объективизацию глубины пенетрации растворов кислот и способствует снижению частоты осложнений при применении данной процедуры.

Выявление и прогностическая значимость параэфлоресценциальной гипертермии у пациентов с псориазом.

Бобова А.М., Жучков М.В., Сонин Д.Б., Тарасова М.А.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Областной клинический кожно-венерологический диспансер,
Рязань*

Цель данной научно-исследовательской работы – доказать, что выявленный авторами исследования «параэфлоресценциальный ободок гипертермии» вокруг элементов прогрессирующей фазы псориазической бляшки является предиктором короткосрочного прогноза при псориазе (т.е. определяет будущую площадь поражения бляшкой при псориазе, в данном эпизоде обострения), а нанесение в эту зону лекарственных препаратов способно быстро «абортировать» обострение при псориазе.

Материалы и методы. В исследование было включено 204 пациента, страдающих вульгарным распространенным псориазом. Пациентам в исследовании в течение первых пяти дней от начала обострения заболевания при наличии ободка Пильнова проводилось исследование локальной гипертермии вокруг псориазических эфлоресценций с помощью аппарата «Хелпер» (НТЦ РАН, Россия, 1999). Из исследования исключались пациенты, у которых от начала появления псориазических эфлоресценций прошло более пяти дней и/или им на момент включения в исследование была назначена топическая медикаментозная терапия.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что в случае наличия на псориазических элементах ободка Пильнова и/или существования псориазических

элементов менее пяти дней в параэфлоресценциальной зоне высыпаний выявляется «ободок» локальной гипертермии, отличающийся от здоровой кожи в среднем на 5,7+2,1 градуса по Цельсию ($p < 0,05$). Открытый авторами, параэфлоресценциальный ободок гипертермии вокруг псориазических элементов может являться маркером короткосрочного прогноза при псориазе, т.к. именно его размер отражает, на какое расстояние будет увеличиваться «в ширину» псориазическая бляшка в рамках данного обострения псориаза, у данного пациента.

Выводы. Результаты данной научно-исследовательской работы можно будет использовать в прогнозировании распространенности псориаза в момент обострения заболевания. Это позволит использовать топические медикаментозные вмешательства (в т.ч. топические глюкокортикостероиды и топические ингибиторы кальциневрина) не только на сами эфлоресценции, но и в область параэфлоресценциальной гипертермии, для «абортирования» обострения и последующей экономии расхода лекарственных препаратов для лечения псориаза.

Факторы риска и некоторые клинико-эпидемиологические аспекты пиодермий.

Бородулина К.С., Касихина Е.И., Ломакина Е.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Поверхностные кожные инфекции и пиодермии занимают одно из ведущих мест в структуре дерматологической заболеваемости. Результаты российских эпидемиологических исследований разных лет позволяют сделать вывод, что пиодермии могут составлять от 17 до 60% в объеме первичной заболеваемости больных с кожными заболеваниями. Заболеваемость пиодермиями у детей выше, чем у взрослых и составляет около 25–30% общей дерматологической патологии. Этиопатогенетическими факторами развития пиодермитов являются: действие возбудителя, состояние макроорганизма и внешняя среда (климатические, социально-экономические, экологические факторы).

Целью нашей работы явилось изучение структуры заболеваемости пиодермиями, изучение факторов риска и особенностей клинической картины пиодермий в различных возрастных группах. За период с июля по декабрь 2015 года под нашим наблюдением в Пролетарском филиале ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ находилось 23 человека, больных пиодермиями в возрасте от 2 до 54 лет. Среди обратившихся преобладали пациенты со стрептококковым поражением кожи – 15 (65,2%). Основным источником стрептодермий, особенно у детей, явились пациенты с инфекциями верхних дыхательных путей. Главнейшим фактором в распространении от носителя или инфицированного лица является близость к лицу, выделяющему микроорганизмы. Около 20% школьников являются носителем стрептококка А в носоглотке. У большинства обследованных нами пациентов были выявлены явления назофарингита и хронического тонзиллита. Различные формы стафилодермий были диагностированы у 8 человек (34,8%). В процессе

сбора анамнеза причиной возникновения заболевания назвали травму (механические повреждения кожи) 13 (56,5%) пациентов. На близкий контакт с больным пиодермией указали 4 (17,4%) человека. С особенностями профессиональной деятельности связали свое заболевание 2 (8,7%) пациента; с наличием сопутствующей эндокринной патологией (сахарный диабет) – 1 (4,3%). Затруднились ответить 3 (13%) больных пиодермией. В литературе имеются сведения о роли климатических факторов на частоту возникновения пиодермий. В условиях жаркого, влажного климата уровень заболеваемости пиодермиями выше, чем в холодном. Кроме того, повышенная влажность воздуха способствует усилению проницаемости и мацерации эпидермиса. Проведенный нами анализ обращаемости с учетом сезона показал, что в 60,9% случаев пиодермий, особенно стрептококковой этиологии, пришлось на теплое время года (с июля по сентябрь); на холодное (с октября по декабрь) – 39,1%. Таким образом, уже на начальном этапе клинико-эпидемиологического исследования нами отмечено преобладание количества стрептококковых поражений кожи в структуре пиодермий. Возможно, это связано с наличием носителей инфекции стрептококка А в популяции. После выздоровления (без антибиотикотерапии) от стрептококкового фарингита ряд пациентов становятся носителями в течение длительного времени. Состояние носительства также может возникать и без предшествующих клинических проявлений. Полученные данные требуют дальнейшего анализа с целью разработки профилактики стрептодермий, особенно среди детского населения.

Опыт комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Бурова С.А., Федюкина М.Ю., Эмирасланов Ф.Л., Яковлев А.Б., Савенков В.В., Сиверцева Н.В., Сухов А.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница №81, Москва

Приводим клинический опыт успешного комплексного лечения хронических глубоких гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки с использованием антибактериальных препаратов и отечественного иммуномодулятора с противовоспалительным и заживляющим действием – Актинолизата. В эксперименте на животных, *in vitro* и *in vivo* было доказано, что под влиянием актинолизата в организме происходит мобилизация и активация макрофагов, стимуляция фагоцитарного процесса и продукции антител, снижение интенсивности воспаления, улучшение регенерации тканей и эффекта заживления, повышение резистентности организма. На этом фоне отмечено усиление действия антибиотиков, позволяющее сократить длительность курсов, а значит уменьшить гепато- и нефротоксичность последних. С середины прошлого столетия нормативные документы на производство и реализацию актинолизата в условиях правового поля постоянно

обновлялись. В 2012 г. при очередной перерегистрации в МЗ РФ получено бессрочное регистрационное свидетельство ЛС-001204-110912 и бессрочная лицензия на его производство. Исследования отечественных авторов 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. Приводятся сведения об ускоренном купировании воспаления при абсцедирующих, индуративных, флегманозных, конглобатных и кистозных угрях в случаях подключения актинолизата. Мы проводили классическое сравнительное исследование клинической эффективности двух схем: 1) антибиотикотерапия с актинолизатом, 2) антибиотикотерапия без актинолизата, для лечения тяжелых гнойно-воспалительных процессов кожи и мягких тканей. В результате, в 1-й группе, где применяли актинолизат, эффективность лечения в балльной оценке по 7 клиническим критериям была достоверно в 4 раза выше, чем во 2-й группе. Еще раз оправданы рекомендации необходимости применения актинолизата для этой патологии. В литературе представлен большой клинический опыт актинолизатотерапии в практике дерматологов и хирургов при комплексном лечении распространенного хронического гнойного гидраденита, нередко (5–10%) осложненного вторичным актиномикозом, в аксиллярно-генитально-перианальных зонах, когда в процесс вовлечены апокриновые и эккриновые потовые железы, сальные железы, волосные фолликулы с перифолликулярным абсцедированием, образованием гранулем, абсцессов и рубцовой ткани. В большинстве случаев верифицировать диагноз актиномикоза лабораторно не представлялось возможным из-за физиологической способности актиномицет к обизвествлению и самолизированию и, следовательно, наблюдалось отсутствие роста микроорганизмов на питательной среде. Положительный опыт применения актинолизата приводят торакальные хирурги при лечении пациентов с хроническим послеоперационным стерномедиастинитом, развившимся после операции на сердце с применением срединного трансстернального доступа. Действие актинолизата было оценено авторами уже на дооперационном этапе лечения: гнойно-некротические очаги на передней грудной стенке принимали 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. При хронических остеомиелитах и хондритах грудины и ребер после аортокоронарного шунтирования на фоне монотерапии актинолизатом прекращались гнойные выделения из раны, закрывались свищи, уменьшались боли, нормализовалась температура, больные начинали набирать вес, гнойный процесс локализовался и приобретал доброкачественное течение. Таким образом, актинолизатотерапия с адекватными курсами антибиотиков повышает эффективность лечения тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, а также способствует улучшению прогноза.

Поздние формы нейро- и кардиоваскулярного сифилиса у больных с первичным сифилисом в анамнезе.

Бохонович Д.В., Лосева О.К., Устьянцев Ю.Ю., Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Чернышева Н.В.

Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Медицинский институт усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность проблемы. Первичный сифилис обычно воспринимается как наиболее благоприятно протекающая и наиболее эффективно излечиваемая форма сифилиса. Однако на практике приходится встречаться с пациентами, у которых поздние формы сифилиса развились после первичного сифилиса, адекватно пролеченного, согласно действующим рекомендациям. Возникновение поздних проявлений сифилиса объясняется способностью бледной трепонемы к образованию форм выживания, обеспечивающих персистенцию возбудителя в организме. Рекомендации по наблюдению за больными после лечения первичного сифилиса предусматривают сероконтроль в течение одного года, и критерием излеченности служит негативация нетрепонемных тестов. По представленным наблюдениям можно сделать вывод, что этот срок и этот критерий не позволяют выявить начальные проявления поздних форм сифилиса.

Цель исследования: на основании собранных клинических случаев обратить внимание дерматовенерологов на возможные тяжелые последствия первичного сифилиса, в частности, леченного.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 5 пациентов в возрасте от 37 до 48 лет (средний возраст 40,6 лет), у которых диагностированы нейро- или кардиоваскулярный сифилис.

Результаты. Поражение нервной и сердечно-сосудистой системы были выявлены у одного больного через 3 месяца после лечения по поводу первичного сифилиса (ранний асимптомный нейросифилис), у других – спустя 8, 10, 12 и 25 лет после него. У 2 больных диагностирован поздний нейросифилис с симптомами (энцефаломенингомиелит и атрофия зрительных нервов), у 2 – поздний кардиоваскулярный сифилис (у 1 – стеноз коронарных артерий и крупных сосудов и у 1 – аневризма восходящей аорты, вальвулит аортального клапана с выраженной аортальной недостаточностью). У 3 патологическая симптоматика со стороны сердечной и нервной системы развилась в возрасте 32–37 лет. По поводу первичного сифилиса 1 больной получил лечение экстенциллином, 1 – цефтриаксоном (в дальнейшем – ранний асимптомный нейросифилис) и 2 – растворимым пенициллином, который считается препаратом выбора. О лечении еще одного пациента определенных данных нет. Трое из пяти находились на клинико-серологическом контроле и были сняты с учета через 1–2 года после проведенного лечения. У одного пациента поздний кардиоваскулярный сифилис развился на фоне отрицательных нетрепонемных реакций.

Заключение. Приведенные данные из историй болезни заставляют пересмотреть оптимистический взгляд на первичный сифилис. Анализ рассматриваемых случаев показывает, что гарантии излечения не дает ни один из ныне применяемых препаратов. Больной первичным сифилисом должен длительно наблюдаться и помнить о своем заболевании сифилисом, чтобы при необходимости сообщить врачу достоверные данные анамнеза. Серьезное отношение пациента к заболеванию во многом зависит от разъяснений лечащего врача.

При разработке новых методических указаний должны быть учтены рекомендации по увеличению сроков диспансерного наблюдения и пересмотрена позиция, рассматривающая негативацию нетрепонемных тестов как гарантию излеченности больного.

Эпидемиологическая характеристика больных дерматозами с локализацией в аногенитальной области.

Василенко Т.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Появление высыпаний на коже в области гениталий и ануса всегда вызывают выраженную тревогу у пациентов, вследствие глубокого опасения больных наличия «половой инфекции». Поражение кожи аногенитальной области может быть обусловлено разнообразными причинами – от инфекционных заболеваний, хронических дерматозов до онкологических процессов и результатов навязчивых действий индивидуума. Нередко острое течение заболеваний с поражением кожи в аногенитальной области может привести к стойким изменениям, способствующим нарушению функции наружных половых органов (стриктуры и синехии), что обуславливает необходимость быстрой диагностики и применению мер по экстренному купированию симптомов дерматоза. Таким образом, изучение клинических аспектов, особенностей течения, дифференциальной диагностики и лечения дерматозов в аногенитальной области актуально в современной дерматовенерологической практике.

Целью исследования являлось определение частоты встречаемости дерматозов неинфекционной этиологии с изолированной локализацией в аногенитальной области. Материал исследования. Под наблюдением находилось 96 больных из них 23 мужчины (средний возраст $34,96 \pm 3,18$ лет) и 73 женщины (средний возраст $46,27 \pm 5,37$ лет). Производилась оценка клинических симптомов заболеваний с целью верификации диагноза, давность появления симптомов, а также их влияние на качество жизни обследуемых пациентов при помощи определения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты исследования. Структура заболеваемости дерматозов с изолированной локализацией в аногенитальной области у мужчин и женщин была различной. Среди больных мужского пола наиболее часто диагностировались фиксированная токсидермия (7/30,44%) и хроническая экзема (5/21,74%), реже были зарегистрированы красный плоский

лишай (3/13,04%), псориаз (3/13,04%), склероатрофический лишай (2/8,70%) и блестящий лишай (3/13,04%). У женщин в большинстве случаев был верифицирован простой лишай (27/36,99%), реже были определены склероатрофический лишай (18/24,66%), красный плоский лишай (16/21,91%), псориаз (7/9,59%) и фиксированная токсидермия (5/6,85%). При определении длительности периода от возникновения первых клинических симптомов до постановки диагноза было установлено, что в среднем у обследуемых пациентов он составил $13,87 \pm 2,17$ месяцев, что было обусловлено поздней обращаемостью больных за медицинской помощью вследствие особенностей локализации заболеваний и их стеснения, а также продолжительностью лабораторного исключения, а иногда и лечения инфекционных заболеваний урогенитального тракта, которые проводились врачами различных специальностей. Оценка качества жизни пациентов показала, что наиболее высокие показатели индекса ДИКЖ были констатированы у пациентов с дерматозами, сопровождающихся зудом (аллергический дерматит, экзема, красный плоский лишай и простой лишай): у мужчин – $12,37 \pm 2,44$ балла, у женщин – $15,42 \pm 1,08$ баллов. При отсутствии субъективной симптоматики ДИКЖ у мужчин составил $9,04 \pm 0,52$ балла, у женщин – $9,34 \pm 0,92$ балла. Вывод. Эпидемиологические особенности течения неинфекционных дерматозов с изолированной локализацией в аногенитальной области характеризуются высокой встречаемостью токсидермии и хронической экземы у мужчин и простого лишая у женщин, продолжительным периодом от появления клинических симптомов до верификации диагноза и выраженным влиянием заболеваний на повседневную и сексуальную активность больных при наличии субъективной симптоматики.

Анафилаксия в кабинете косметолога.

Воронцов Е.А.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

В современной косметологии назрела негативная тенденция, когда на прием к косметологу приходят пациенты, которые не сообщают полной информации о предыдущих процедурах, принимаемых и самостоятельно назначаемых препаратах и т.д. Таким образом, полипрагмазия, алергологическая настроенность организма, экология, питание и образ жизни пациента приводят к тому, что предугадать в какой момент иммунитет даст избыточную реакцию невозможно. А с другой стороны, косметолог, столкнувшись с анафилаксией, не имеет навыков оказания неотложной помощи, не имеет необходимых препаратов под рукой, теряет и теряет драгоценные минуты для жизни пациента. Навык оказания неотложной медицинской помощи – это алгоритм, отработанный не только доктором, но и всем коллективом, где каждый заранее знает что делать. Проявления анафилактической реакции и скорость ее развития очень вариабельны в каждом случае. Но объединяет их нарушение дыхательной и сердечно-сосудистой функций организма, которые необходимо поддерживать до приезда бригады скорой медицинской помощи.

Из необходимых препаратов в аптечке должен быть адреналин, глюкокортикостероиды. Антигистаминные препараты для лечения анафилактического шока не являются препаратами первой необходимости. Также при оказании неотложной помощи наличие в кабинете наборов для сердечно-легочной реанимации значительно повысит шансы на положительный исход. В наборе обязательно должны быть: воздуховод, мешок Амбу.

Основной задачей, оказывающего помощь, является поддержание сердечно-сосудистой и дыхательной системы, контроля их функций. Для этого необходимо иметь навык выполнения закрытого массажа сердца и искусственного дыхания. Получить эти навыки можно проходя курсы на специальных манекенах, чтобы в экстренной ситуации воспроизвести его, опираясь на свою «мышечную память».

Ангидротическая эктодермальная дисплазия.

Гаджимурадов М.Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Генодерматозы необходимо предупреждать, так как лечение большинство из них лишь симптоматическое. Для этого проводится генетическое консультирование родителей и исследование плода. В некоторых случаях иметь ребенка не рекомендуется, а нередко здоровым может быть только определенного пола. Так ангидротическая эктодермальная дисплазия (син.: синдром Криста-Сименса, синдром Гилфорда-Тендлоу) у девочек протекает в abortивной форме: может нарушаться развитие зубов, потовых и молочных желез. Это определяется рецессивным типом наследования, сцеплено с X-хромосомой. Поэтому полный синдром (ангидроз, зубные аномалии, гипотрихоз) проявляется только у мальчиков. На 2–5 месяце внутриутробного развития уже проявляется действие генетических дефектов. У больных сразу после рождения характерный лицевой скелет: выступающий лоб, седловидный нос, толстые вывернутые губы, оттопыренные низко посаженные уши. В жаркую погоду возникают приступы лихорадки вследствие гипертермии. Зубы могут полностью отсутствовать или сохраняется лишь несколько зубов. Брови и ресницы отсутствуют, растительный покров волосистой части головы тонкий, ломкий, редкий или отмечается тотальная алопеция, пушковых волос практически нет. У 50% ногтевые пластинки деформированы, ломкие, тонкие. Кожа морщинистая, но не ихтиозиформная, на ладонях и подошвах диффузный кератоз средней степени выраженности. Повышена восприимчивость к респираторным заболеваниям вследствие гипоплазии желёз слизистых оболочек верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта. В 30–50% отмечается нерезко выраженное отставание умственного развития. Физическое развитие может задерживаться, половое в пределах нормы. Иногда наблюдаются аномалии гонад и атрофия молочных желёз. Нами консультирован мальчик Б. семилетнего возраста. Пушковые волосы отсутствуют, на волосистой части головы редкие и короткие, ангидроз, зрение ослаблено, зубы недоразвиты. Ногтевые пластинки

без патологических изменений, психических отклонений не отмечается. Две сестры мальчика здоровы. Подобное манифестное проявление заболевания отмечено у дяди (брат матери) и двоюродного брата (сын сестры матери). У матери кератодермия, аномалии зубов. Выставлен диагноз: синдром Криста-Сименса. В описанном нами наблюдении члены семьи и родственники по материнской линии должны находиться под диспансерным наблюдением. В семье мальчика обе сестры клинически здоровы. Высок риск рождения больного ребенка только мужского пола. В подобных ситуациях необходимо ультразвуковое исследование кожи плода, взятой при фетобиопсии на 20-й неделе беременности для пренатальной диагностики ангидротической эктодермальной дисплазии, а также внутриутробное установление пола.

Клинические особенности болезни Кирле.

Гаджимурадов М.Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Гиперкератоз фолликулярный и парафолликулярный, проникающий в кожу (болезнь Кирле), – редкое генетически детерминированное заболевание, характеризующееся нарушением кератинизации. Впервые было описано J. Kyrle в 1916 г. Этиология болезни Кирле до настоящего времени остается не до конца ясной. Приводятся семейные случаи, указывается на взаимосвязь заболевания с нарушением метаболизма витамина А, с васкулопатией, хронической почечной недостаточностью, сахарным диабетом, заболеваниями печени и селезенки, застойной сердечной недостаточностью, гиперлипидемией, гипотиреозом. В то же время в литературе имеются данные о том, что заболевание может развиваться и при отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии. Патогенез болезни Кирле также остается малоизученным. Пусковым механизмом может служить травматизация кожи. Тем не менее молекулярные и клеточные основы феномена Кебнера при этом, равно как и при других дерматозах, до сих пор остаются неясными. Болезнь Кирле чаще возникает у взрослых на третьем-четвертом десятке жизни, однако описаны случаи заболевания и у детей. Считается, что женщины болеют чаще, чем мужчины. Нами наблюдался мужчина 44 лет, у которого 2 месяца назад на месте расчесов появились папулезно-эрозивные элемент и периодически беспокоил слабый зуд в очаге поражения. При этом заболевании на коже появляются фолликулярные и парафолликулярные папулы сероватого или телесного цвета, склонные к образованию гиперкератотических бляшек желтовато-коричневого цвета, плотной консистенции, покрытых чешуйками и крепко сидящими корками. Патологический процесс при болезни Кирле в большинстве случаев берет начало в подкожных ямках. Со временем кератоз распространяется на другие участки тела. Процесс характеризуется симметричным расположением очагов на коже нижних конечностей, реже высыпания локализируются на коже головы, шеи, туловища, верхних конечностей, наружных половых органов. Кожа ладоней и подошв остается свободной от высыпаний.

Постепенно размер папул увеличивается, они могут сливаться и образовывать веррукозные бляшки с полициклическими очертаниями. В центре папул формируется роговая пробка в виде конуса, размер которой увеличивается по мере роста высыпаний и занимает до четверти диаметра элемента. Роговая пробка удаляется с усилием, обнажая кратерообразное, слегка кровоточащее углубление. После заживления на кожном покрове остаются рубцы келоидные, иногда может наблюдаться гиперпигментация. Слизистые оболочки, ладони и подошвы не вовлекаются в процесс. Субъективные ощущения отсутствуют; общее состояние больных не нарушено. Приведенное наблюдение позволит дерматовенерологам и косметологам акцентировать внимание на клинических особенностях болезни Кирле и своевременно выставить клинический диагноз.

Медико-психологические приоритеты персонализации в дерматовенерологии и косметологии.

Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, филиал № 6, Москва

Актуальность: согласно катмнезу ежегодных отчетов и справок докладов за последние 10 лет по кожно-венерологическому отделению, предоставляемым в отделение сбора и обработки статистической информации, наблюдается физиологическое старение прикрепленного контингента, средневозрастная медиана в 2016 году составила 80 лет. Для данной возрастной группы характерны коморбидность, полиморбидность и полифармакотерапия. Согласно эпигенетической теории старения (Галицкий В.А., 2009 год), именно психогенетический, нервно-психический статус человека определяет возрастную депрессию мобильных элементов генома. В коррекции возрастных изменений и антистрессовой адаптации необходимо учитывать психофизиологические особенности, используя лекарственные и нелекарственные психотерапевтические методы лечения (Зилов В.Г., 2012 год). Филогенетически прослеживается связь между заболеваниями вегетативной нервной системы и дерматозами с поражением не только кожных покровов и видимых слизистых, но и придатков кожи. Цель исследования: с учетом перспективных приоритетов дерматовенерологии и косметологии на рубеже XX–XXI вв., тенденции к персонализации медицинских услуг (методов диагностики, клинических рекомендаций по лечению, протоколов ведения больных) для улучшения комплаентности, повышения качества жизни, провести статистическое наблюдение со стратификацией больных, интерпретировать (оперативно оценить) с нейровизуализацией функциональное состояние нервной системы у гериатрических больных дерматологического профиля, с отягощенным соматическим фоном, нейродегенеративными заболеваниями нервной системы, с учетом иммунофизиологических, хронобиологических особенностей и физиотерапевтического, нелекарственного воздействия на кожу физического фактора низкой температуры.

Материалы и методы: медицинские амбулаторные карты 104 больных мужского пола в возрасте от 73 до 86 лет (средний возраст $78,7 \pm 5,43$ года). Для оценки функционального психоэмоционального состояния, психоэмоциональной реакции на нагрузку (воздействие низкой температуры на кожу лица и стоп), выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций был использован тест САН (Доскин В.А., 1973). Данная методика позволяет оценить 3 основных показателя функционального состояния: самочувствие, активность и настроение, которые могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существуют континуальная последовательность промежуточных значений. У всех больных были верифицированы диагнозы дерматофитии ногтей и кожи стоп [B35.1, B35.3; МКБ-10] и розацеа (эритематозно-телеангиэктатическая, папулопустулезная и пустулезноузловая формы) различной степени тяжести [L71]: ринофима [L71.1] и другой вид розацеа – гнатофима, метафима [L71.8].

Результаты: в целом, среднее арифметическое значение самочувствия, активности и настроения, в утренние часы составляло 4,7 баллов: самочувствие – 5,4; активность – 3,6; настроение – 5,5. В целом, в вечерние часы – 4,5 баллов: самочувствие – 4,6; активность – 3,1; настроение – 5. После воздействия низких температур на кожу лица при розацеа наблюдалось повышение среднего арифметического общего показателя на 1 балл: повышение показателей самочувствия – на 1,2 балла; активности – на 0,9 баллов; настроения – на 0,9 баллов. Субъективно отмечалось уменьшение головной боли и общей сонливости, разбитости, слабости.

Выводы: 1) В вечерние часы наблюдается снижение показателей самочувствия, активности и настроения, что говорит об общей психоэмоциональной астенизации. 2) Психоэмоциональная реакция на нагрузку (физический фактор – воздействие низких температур на кожу лица) характеризовалась улучшением когнитивных функций, иммуностимулирующим и обезболивающим действием. В группе гериатрических больных дерматовенерологического профиля, для получения косметологического эффекта, необходим междисциплинарный консилиум дерматологов, психиатров, психотерапевтов, неврологов, физиотерапевтов в условиях приоритетной персонификации современной клинической медицины.

Ошибки в диагностике вульгарной пузырчатки при локализации ее на слизистой полости рта врачами-практиками.

Глебова Л.И., Чистякова Т.В., Фомина Е.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Истинная пузырчатка – хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется появлением пузырей на видимо не измененной коже и/или слизистых оболочках,

располагающихся внутриэпидермально и образующихся в результате акантолиза (нарушение адгезии между клетками эпидермиса кожи, индуцируемое связыванием аутоантител с кератоцитами). Сложно ли поставить диагноз пузырчатка (пемфигус) с локализацией на слизистой полости рта врачу дерматологу, к которому больной обращается первично? Да, сложно. Во-первых, потому что это довольно редкое заболевание и врачи практической медицины с ним сталкиваются не часто, хотя в 60% случаев процесс начинается именно со слизистой полости рта. Но не только дерматологи часто быстро не диагностируют это заболевание. Дерматологические журналы только за последние три-четыре года описывают множество случаев запоздалой постановки диагноза, да и в стационарах мы видим больных, которым, врачи разных специальностей не могут в течение трех-шести месяцев (в среднем) поставить правильный диагноз и начать лечение. Это приводит к генерализации процесса и лечению гораздо более высокими дозами кортикостероидов. Грешат незнанием клиники высыпаний на слизистой полости рта ЛОР-врачи, наблюдающие больных с диагнозами (острый инфильтративный ларингит, фолликулярная ангина); онкологи (базалиома, сириноаденома); инфекционисты (кандидоз) из-за общей низкой квалификации, дерматологи частных клиник и особенно стоматологи. Почему же именно у стоматологов чаще всего возникают ошибки? Стоматолог обычно обращает внимание только на состояние зубного ряда, а высыпания на слизистой диагностируются как стоматит. От врача этой специальности мы не можем требовать постановки диагноза «Пемфигус», но он должен помнить о пузырьных заболеваниях, клиническая картина которых выражается в появлении эрозий и пузырей. В 2015 году среди 4184 пациентов, обратившихся на прием к врачу дерматовенерологу, специалисту по заболеваниям слизистой полости рта, консультативно-поликлинического отделения нашего центра (МНПЦДК ДЗМ) 92 страдали пузырчаткой и только у 45 (1,1%) диагностирована пузырчатка с поражением слизистой полости рта. Ни один из присланных пациентов не был направлен с предположительным диагнозом пузырчатка. Диагнозы были различными: токсикодермия, аллергический дерматит, подрывающий фолликулит Гоффманна (слизистая полости рта и гениталии не осматривались врачом дерматологом). Акантолиз является морфологической основой пузырчатки. Диагностика пемфигуса основывается на совокупности результатов клинического, цитологического, гистологического и иммунологического обследования. Нахождение акантолитических клеток (клеток Тцанка) в мазках-отпечатках с эрозий после окраски по Романовскому-Гимза является дополнительным тестом и не может заменить гистологическое исследование. Условием квалифицированной постановки диагноза является так же проведение иммунофлюоресцентного исследования. На практике РИФ и гистологическое исследование при пузырчатке делают в диспансерах далеко не всегда, так как для этого нет условий, обычно ограничиваются цитологическим исследованием на акантолитические клетки. Кроме вышеперечисленных методов диагностики в последнее время в лаборатории нашего центра используются иммуноферментные методы: определение антител к десмоглеину 1 (anti-desmoglein 1 Elisa IgG) для диагностики вульгарной и листовидной пузырчатки; определение антител к десмоглеину 3 (anti-desmoglein 3 Elisa

IgG) – для диагностики вульгарной пузырчатки; определение антител к энвоплакину (anti-envoplakin Elisa IgG) – для диагностики паранеопластической пузырчатки. Правильная постановка диагноза и своевременно начатое лечение позволит достичь выраженного эффекта и значительно повысить качество жизни больного. Необходимо помнить о симптоматике пузырных заболеваний на слизистой полости рта. Тогда трудности в диагностике будут преодолены.

Эффективность комбинированной терапии хронической идиопатической крапивницы с применением бактериальных иммуномодуляторов.

Головинов А.И., Масюкова С.А., Гладько В.В., Ахматова Н.К., Сорокина Е.В., Столпникова В.Н., Сходова С.А.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва

Цель исследования: изучение клинико-иммунологической эффективности комбинированных методов терапии хронической крапивницы.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 185 больных хронической идиопатической крапивницей (ХИК). Больным было проведено бактериологическое, вирусологическое и иммунологическое исследования. Изучение экспрессии TLRs на МЛПК проводили методом проточной цитометрии с применением МАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR9 (Caltag Laboratories, США) с использованием проточного цитометра FC-500 (Beckman Coulter, США). Уровень цитокинов (GM-CSF, IFN- γ , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-12, IL-17, TNF- α) определяли в сыворотках/плазме больных методом твердофазного ИФА с использованием тест-систем фирмы «Biosource» (Австрия).

Результаты. При иммунологическом исследовании были выявлены некоторые отличия в экспрессии TLRs в зависимости от характера сопутствующей инфекции. У больных с бактериальной инфекцией наблюдаются высокие уровни экспрессии TLR2. Уровни экспрессии TLR4 также выше нормальных значений в 5 раз. Уровни экспрессии TLR3 и TLR9 превышают норму в 2 раза, составляя 31,1 и 29,9% соответственно. При наличии сопутствующих рецидивирующих вирусных инфекций наблюдались высокие значения экспрессии TLR3 на фоне повышенных почти в 4 раза TLR2. При наличии смешанной вирусной и бактериальной патологии у больных ХИК наблюдались наиболее низкие значения экспрессии TLR4. Наиболее высокие значения TLR2 (до 60%) и TLR3 (до 83%) наблюдаются у больных средней и тяжелой формой крапивницы. У больных с легким течением наблюдаются низкие значения TLR3 (до 0,05%). Перед началом исследования пациенты были ранжированы на 3 группы в зависимости от лечения: группа 1 получала иммунотерапию вакциной иммуновак-ВП-4 на фоне базисной терапии (85 больных); группа 2 – только базисную терапию (97 больных). При оценке отдаленных результатов терапии при наблюдении в течение 12 месяцев в целом по группе у больных ХИК

выявлено достоверное снижение числа рецидивов (с $2,3 \pm 1,4$ до $1,13 \pm 0,26$) в год и активности процесса (с $3,08 \pm 1,67$ до $2,54 \pm 0,86$) баллов. Наиболее выраженное снижение частоты рецидивов ХИК наблюдается в группе 1, получавших комбинированную терапию с применением Иммуновак (до $0,5 \pm 0,06$ в год). Базисная терапия способствовала снижению частоты рецидивов (до $1,6 \pm 0,3$ в год). Снижение степени активности процесса выражено только в группе 1 до $1,95 \pm 1,9$ баллов, ($p < 0,05$). Клиническую ремиссию в группе больных, получавших комбинированную терапию, наблюдали в 37,64%/32 случаев; в группе 2, получавшей монотерапию базисными препаратами, у 20,62%/20 больных. Стойкая клиническая ремиссия достигалась в том числе снижением частоты бактериальных и вирусных инфекций в группах, получавших комбинированную терапию. Таким образом, иммунотерапия способствовала повышению количества экспрессирующих TLR3 и TLR9 клеток во всех подгруппах независимо от характера сопутствующей патологии. В подгруппе больных с сочетанной бактериально-вирусной инфекцией более выраженное повышение наблюдали в отношении TLR3, исходно сниженного в 15 раз по сравнению с группой здоровых лиц. У больных с бактериальной инфекцией все виды терапии способствовали снижению исходно высоких уровней TLR2, TLR4, способствуя нормализации этих показателей. С одной стороны, гиперэкспрессия рецепторов TLR2 и TLR4 может привести к перевесу провоспалительных цитокинов и инициации развития хронического воспаления и аутоиммунных заболеваний. Поэтому корректирующее действие терапии на эти показатели оказывает противовоспалительный эффект. Однако в результате наблюдения больных ХИК с длительностью заболевания от 2 до 6 месяцев, для которых характерны очень низкие уровни экспрессии TLR2, TLR4, выявлено, что Иммуновак вызывает повышение этих показателей в несколько раз. Учитывая, что в группе обследованных больных выявлялись очаги фокальной инфекции и признаки реактивации герпесвирусной инфекции, включение в терапию Иммуновак, способствуя активации механизмов врожденного иммунитета, воздействует на триггерный фактор – основное звено в этиопатогенезе заболевания. Полученные данные свидетельствуют о значительном клиническом эффекте применения комбинированной терапии при ХИК с использованием иммуномодулирующего препарата, содержащего микробные антигены, как по снижению числа и тяжести рецидивов крапивницы, так и по снижению числа сопутствующих заболеваний.

Случаи необычных высыпаний при редких заболеваниях кожи.

Голоусенко И.Ю., Болдырева И.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Целью работы являлось описание редко встречающихся или ранее не описанных кожных проявлений при гранулематозе

Вегенера и синдроме Луи-Бара. Под нашим наблюдением находилось двое больных 29 и 5 лет, обратившихся за консультативной помощью.

Больная А., 29 лет в июле 2015 г. после установки штифта в зуб обратила внимание на появление разрастаний в области десен верхней и нижней челюсти, язвы на лице. При осмотре выявлены 4 глубоких язвенных дефекта овальной формы размеров от 7 мм до 4 мм в Д. Края язв ровные, на поверхности гнойно-геморрагические корки, под ними обильное гнойное отделяемое желтоватого цвета. На слизистой оболочке полости рта в области десен на верхней и нижней челюсти множественные грануляции розово-красного цвета без язвенных дефектов. Подчелюстные лимфоузлы неувеличены. Патогистологическое исследование: в препарате фрагменты слизистой оболочки десны, покрытые многослойным плоским неороговевающим эпителием с очагами некроза, лейкоцитарной инфильтрацией и явлениями папилломатоза и акантоза. В собственной пластинке слизистой и подслизистом слое обнаруживаются очаги некроза, а также поля гранулематозной ткани из плазматических клеток, макрофагов, лимфоцитов с примесью лейкоцитов, богатой сосудами капиллярного типа с явлениями деструктивно-продуктивного васкулита. Был поставлен диагноз гранулематоза Вегенера и назначено лечение: преднизолон 40 мг/сут., метотрексат 10 мг/сут. (№2), бисептол 960 мг/сут., фолиевая кислота 3 мг/сут. (5 дней в неделю), Омес 20 мг/сут., кальций Д3 Никомед форте 400 МЕ/сут.

В результате лечения отмечена клиническая ремиссия: эпителизация всех кожных дефектов на лице, регресс гранулематозных поражений на слизистой десен.

Больная К., 5 лет, у которой в 1 год и 3 месяца обнаружилась атаксия. Около 2-летнего возраста появился расширенный сосуд на правой конъюнктиве, папулезная сыпь на нижних конечностях. В 2012 году на основании клинической картины, наличия первичного иммунодефицита (снижение уровней Ig A,G), ДНК-диагностики (наличие мутированного гена ATM) был поставлен диагноз атаксия-телеангиоэктазия Луи-Бара. При гистологическом исследовании биоптатов кожи был обнаружен продуктивный гранулематозный дерматит. В 2014 году проведено повторное гистологическое исследование. Заключение: саркоидозный дерматит. Проведено РКТ органов брюшной и грудной полостей, патология не выявлена. С 2015 года отмечалось ухудшение кожного процесса с увеличением размера высыпаний и появления в их центре изъязвлений, без болезненных ощущений и лихорадки. Проведено очередное гистологическое исследование, которое выявило множественные сливающиеся эпителиоидноклеточные и гигантоклеточные гранулемы со скоплением макрофагов, отдельных гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Ланганса, а также лимфоцитов. Гранулемы локализируются в дерме и окружены валом воспалительного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Часть гранул имеют в центре казеозный некроз.

Заключение: дифференциальный диагноз следует проводить между саркоидозом, микобактериозом и туберкулезом.

При осмотре на нижних конечностях, ягодицах имелись бляшки округлых, овальных очертаний, диаметром 5–8 см. Периферическая часть бляшек красновато-сиреневатого цвета, центральная часть западает, желтовато-буроватого

цвета. На поверхности легкое шелушение, желтые корки и многочисленные телеангиоэктазии.

Учитывая клинические проявления кожного процесса, гистологические исследования, отсутствие данных за саркоидоз и туберкулез, можно думать о липоидном некробиозе.

Таким образом, в первом случае мы встретились с редким поражением слизистой оболочки полости рта при гранулематозе Вегенера, а во втором было описано поражение кожи, имеющее клинику и гистологию липоидного некробиоза и не встречающееся в литературе.

Особенности клинических проявлений обыкновенного псориаза у пациентов со снижением минеральной плотности костей.

Горина Ю.А

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Проблема псориаза остается актуальной в силу своей высокой распространенности, резистентности к терапии и снижению качества жизни пациентов. Одним из коморбидных состояний, сопровождающих псориаз, является снижение минеральной плотности костей (МПК). Сочетание этих заболеваний объясняется общностью патогенетических механизмов: нарушение звеньев иммунной регуляции, развитие системного воспаления посредством активности деструктивных медиаторов и дисбаланса про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1,4,6,8,17 и т.д.). Подобное сочетание нозологических единиц тягостит течение друг друга, что находит свое проявление как в показателях лабораторных и инструментальных исследований, так и в клинических проявлениях дерматоза. Цель настоящего исследования – совершенствование терапии псориаза на основании изучения маркеров резорбции костной ткани. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 пациентов с обыкновенным псориазом легкой и средней степени тяжести течения от 30 до 65 лет (мужчин – 26, женщин – 54). Пациенты были распределены на три группы в соответствии с показателями МПК и проводимыми лечебными мероприятиями. В I группе (26 человек) с обыкновенным псориазом и нормальной МПК, которым проводилась традиционная терапия: системное применение тиосульфата натрия 30% – 10 мл в/в, №10, витамина В12 по 500 Гамм в/м №15, гемодеза 200 мл в/в через день № 7–10; наружное использование комбинированных топических глюкокортикостероидов с салициловой кислотой и витамином D3. Во II группе (29 человек) с псориазом и снижением минеральной плотности костей (СМПК) была применена методика комплексного лечения – сочетание традиционной терапии и нативной формы витамина D3 (холекальциферол) 1000 МЕ в сутки и 1500 мг кальция поступающего из продуктов питания (20 г ореховой смеси ежедневно). В III группе (25 человек) больных обыкновенным псориазом и выраженным снижением минеральной плотности костей (ВСМПК) применялась комбинированная

терапия с алендронатом натрия и холекальциферолом в дозе 91,37 мг и 26,67 мг один раз в неделю и препаратом кальция карбоната 1250 мг и нативной формы холекальциферола 1000 МЕ в сутки. Фармакологические средства для стабилизации дальнейшего снижения минеральной плотности костей принимались пациентами в течение 1 года.

Тяжесть течения псориаза оценивалась на основании анализа динамики показателей индекса PASI до лечения, через 1, 3, 6 месяцев и 1 год от начала лечения. Минеральная плотность костной ткани измерялась с помощью рентгеновской двухлучевой абсорбциометрией (денситометрия, DEXA) шейки бедренной кости до лечения и через год от начала терапии. Для определения 10-летнего риска остеопоротических переломов использовался инструмент шкалы FRAX (fractureriskassessmenttool), проведение которого осуществлялось до начала исследования. Активность системного воспаления оценивалась по изменению уровня интерлейкинов – 1 β , 4, 6, 8, 17 в сыворотке крови до начала и после окончания лечения. Для определения данных показателей использовался метод твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. У пациентов II и III групп на фоне проведения антиостеопоротической фармакотерапии динамика индекса PASI составила 63,58% и 74,82% через год от начала лечения соответственно. Общая динамика тяжести течения псориаза у больных I группы через год наблюдения – 2,23%. К моменту завершения исследования псориазные высыпания на теле, изменения ногтей пластинок кистей и стоп отсутствовали у 11,76% пациентов. Незначительные проявления заболевания наблюдались у 35,30% человек, а клинические признаки дерматоза различной степенью выраженности сохранились у 52,94% больных. При проведении традиционной терапии псориаза выявлено увеличение больных с отсутствием обострений у 14,29% и с длительностью ремиссии менее 3 месяцев у 14,29%. Во II группе обследуемых применение комплексной терапии привело к уменьшению пациентов с обострениями более 3 раз в год у 4%, увеличению ремиссией в течение года у 16% человек и к снижению продолжительности временной нетрудоспособности и госпитального этапа. При лечении III группы было констатировано увеличение количества больных с ремиссией в течение года в 13,63% случаев, уменьшение с ремиссией менее 3 месяцев у 4,55%, длительности временной нетрудоспособности в два раза и госпитального этапа в 7,3 раза ($p \leq 0,05$). В результате проведенного анализа средних значения показателей T-критерия денситометрии на фоне комплексной терапии было выявлено отсутствие тенденции к дальнейшему нарушению МПК у больных во II и III исследуемых группах через год от начала лечения. В I группе отмечалось незначительное снижение МПК. Высокий 10-летний риск остеопоротических переломов, определяемый посредством инструмента шкалы FRAX, был констатирован у 65/81,25% больных псориазом.

Экспрессия средних значений провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17 была достоверно определена у пациентов II и III групп после лечения по отношению к данным до начала терапии ($p \leq 0,05$). Также было констатировано достоверное повышение средних значений ИЛ-4 ($p \leq 0,05$) у пациентов всех групп.

Вывод. В результате комбинированного антирезорбтивного лечения у пациентов с обыкновенным псориазом была выявлена значительная положительная динамика клинических проявлений дерматоза, стабилизация остеопоротической активности и нормализация маркеров системного воспаления.

Риск перехода ограниченной склеродермии в системную у детей.

Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Бассе Ф.Б., Ларионова Е.В., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Системная склеродермия (СС) – аутоиммунное мультисистемное заболевание, отличающееся высокой удельной смертностью, что обуславливает важность ее раннего распознавания. СС редко встречается в практике дерматолога, ее распространенность составляет предположительно 1–2 случая на 10 000 населения. Определенную роль в развитии СС принадлежит наследственности, различные факторы окружающей среды нередко являются триггерами этой болезни.

Относясь к диффузным заболеваниям соединительной ткани, склеродермия имеет склонность к прогрессирующему течению. Хотя ограниченная и системная форма склеродермии известны очень давно, вопрос их взаимосвязи, этиологии и патогенеза остаются невыясненными. В настоящее время многие авторы рассматривают эти клинические разновидности как различные, самостоятельные заболевания. При этом для очаговой склеродермии характерно доброкачественное течение, а системная форма является тяжелым страданием часто с неблагоприятным прогнозом.

Для отличия СС от ограниченной (локализованной) формы в первую очередь, заслуживает внимание рассмотрение диагностических критериев диффузной склеродермии. Основной ее клинический симптом – это феномены Рейно и склероз кожи. Значительный интерес представляет вопрос о возможности перехода ограниченной, очаговой склеродермии в системную. При этом такие случаи чаще наблюдаются у взрослых, в детском возрасте они встречаются редко.

Так, среди лечившихся в подразделении «Дерматовенерологическое отделение (детское) (круглосуточный стационар) (ДВО) филиала «Коломенский» за год встречается около 10% больных, у которых допускается возможность перехода ограниченной склеродермии в системную форму. Нами рассмотрены 4 клинических случая ограниченной склеродермии многоочаговой бляшечной формы. Все больные – девочки 10–11 лет с давностью заболевания от одного до трех лет. Очаги поражения чаще округлых диаметром от 2 до 10 см числом от 6 до 11, располагались на различных участках тела (конечности, туловище). У всех наблюдаемых больных были 2–3 сопутствующих заболевания: острый ринит, энтеробиоз, дискинезия желчевыводящих путей, склероатрофический лишай вульвы, крапивница,

диффузный нетоксический зоб I степени, атопический дерматит.

Клинические проявления многоочаговой бляшечной склеродермии характеризовались эритематозными четко очерченными пятнами с коричневато-лиловыми оттенками, диаметром в несколько сантиметров, в центральной части очагов отмечался цвет слоновой кости, постепенно возникала поверхностная инфильтрация. Субъективные ощущения отсутствовали.

Обращались к врачу в сроки от 1 месяца до полугода после заболевания. Высыпания обычно имели склонность к прогрессированию: появлению новых элементов, росту величины очагов.

При поступлении в ДВО филиала «Коломенский» больные получали курсовое лечение в соответствии с существующими стандартами (бензилпенициллин, пентоксифиллин (трентал), депротеинизированный гемодериват из телячьей крови (актовегин), ксантинола никотинат, антигистаминные, витамины, гепариноид (гепароид), диметилсульфоксид (димексид), гидрокортизон (локоид)). При активности патологического процесса лечение включало ГКС препараты (20 мг/сут). При консультации у ревматолога, в 2 из 4 случаев при обследовании в педиатрической клинике были выявлены признаки системности склеродермии и в дальнейшем проводилось соответствующее интенсивное лечение.

Таким образом, многоочаговые склеродермические поражения при ограниченной склеродермии, их прогрессировании, предполагают возможность развития системной склеродермии, особенно в пубертатном возрасте, и требует консультацию у ревматолога.

Изучение омолаживающих и осветляющих свойств плацентарного препарата в коррекции инволюционных изменений кожи лица с признаками фотоповреждения.

Губанова Е.И., Вавилова А.А., Гладько В.В., Каримова И.В., Закирова Г. Ш., Староватова П.А.

Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Московский государственный университет пищевых производств, Медицинский институт усовершенствования врачей, Корпорация «RHANA», Москва

Использование инъекционных препаратов в косметологической практике является одним из наиболее популярных методов устранения признаков хронического старения лица. Выбор среди мезотерапевтических препаратов для коррекции фотоповреждения кожи (тусклость, неравномерная пигментация, мелазма, дряблость и морщинистость) весьма ограничен. Поиск безопасных и эффективных изделий медицинского назначения в терапии фотостарения является актуальным в косметологии. Одним из таких инновационных препаратов, содержащих биологически активные соединения, является плацентарный препарат CURACEN (Japan Bioproducts Industry Co., Ltd, Япония). Зарегистрированный как медицинское изделие в 2014 году на территории России для мезотерапии кожи,

препарат содержит комплекс незаменимых аминокислот, факторы роста клеток, гиалуроновую кислоту. Однако работ, посвященных изучению эффективности разных техник введения, отбеливающих и омолаживающих свойств данного пептидного комплекса, в научной литературе не встречается. Цель настоящего исследования заключалась в сравнении эффективности двух техник введения плацентарного препарата у женщин старше 40 лет с признаками фотоповреждения кожи лица.

Материалы и методы: 12 женщин 40–65 лет были включены в двойное слепое рандомизированное клинико-функциональное исследование. Пациенты соответствовали критериям включения и исключения, имели признаки хронического старения и фотоповреждения кожи лица (дряблость, морщинистость кожи век, неравномерная пигментация, мелазма, сухость, снижение тургора и эластичности кожи). Женщинам проводился курс из 4 процедур с интервалом 7 дней в мультипунктурной технике. С одной стороны, препарат вводился глубокими папулами (ГП) на глубину 2–3 мм, с другой – поверхностными папулами (ПП) 1 мм глубиной. «Ослепленные» независимый эксперт и пациенты оценивали клиническую разницу между сторонами лица. Инструментальная оценка гидратации кожи лица (корнеометрия), эластичности (кутометрия), цветовых показателей (колориметрия, индекса пигментации MASI) проводили до инъекций на день (D) 01, после курса через неделю на D28 и через месяц после окончания курса – D56. Переносимость процедуры оценивали врач и пациент, используя 10-балльную шкалу для определения выраженности боли, отека, эритемы, экхимозов и контурирования препарата. Безопасность и нежелательные явления (НЯ) оценивались по дневникам пациентов после каждой процедуры. Эффективность 4 инъекций препарата оценивали врач и пациент, используя шкалу GAIS на D28 и D56. Анкета удовлетворенности процедурой заполнялась пациентами в те же визиты.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $50,8 \pm 6,99$ лет, ИМТ $22,6 \pm 1,85$. Все участницы закончили исследование. Четыре процедуры мезотерапевтических инъекций улучшили качество кожи лица и век на D28 и D56: кожа лица и век стала менее морщинистой, более гладкой, светлой, упругой и увлажненной ($p < 0,05$). После курса инъекций визуальной разницы между левой и правой сторонами лица (ГП и ПП) не выявлено независимым экспертом и пациентом. Согласно данным колориметрии и индекса пигментации MASI отмечено осветление тона и пигментных пятен кожи лица ($p < 0,05$). Не обнаружено разницы в поверхностной и глубокой техниках инъекций по основным показателям пигментации.

При оценке клинических результатов и врачом, и пациентом отмечено одинаковое улучшение состояния кожи при обеих техниках инъекций ГП и ПП. Оценка врачом и пациентом по шкале GAIS была одинаковой с обеих сторон (1,75 балла) через 1 месяц после окончания курса.

Процедура хорошо переносилась и сопровождалась легкой болезненностью, отеком, покраснением и экхимозами, но более выраженными в периорбитальной области. Отмеченные в постпроцедурный период нежелательные явления являлись кратковременными и самопроизвольно проходящими. Серьезных НЯ не было.

Выводы. Проведенное исследование по изучению эффективности плацентарного препарата подтвердило его омолаживающие и осветляющие свойства в коррекции признаков хроно- и фотостарения, отсутствие разницы между внутрикожной и подкожной техниками инъекций.

Особенности патологии волос у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом.

Деева Н.В.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Очаговая алопеция и «аутоиммунная» алопеция в структуре телогенового выпадения волос с преждевременным вступлением в фазу телогена имеют аутоиммунный патогенез заболевания. Трихоскопия является современным неинвазивным методом в мониторинге лечения алопеции и оценке его эффективности, позволяющим объективно оценить активность заболевания.

Цель исследования: оценить особенности патологии волос у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материалы и методы. В исследование включены пациентки с жалобами на выпадение волос. В 1 группу вошли 15 пациенток с АИТ в возрасте от 27 до 54 лет (средний возраст – 36,5±9,3 лет). Во 2 группу вошли 9 пациенток без АИТ (средний возраст – 33,7±7,6 лет). Диагностику волос проводили с помощью прибора «Soft plus» («Callegari S.p.A») с встроенной микровидеокамерой с увеличительными линзами x100 и x400. Густоту и толщину волос измеряли в трех локализациях: теменной, височной и затылочных областях. Густоту волос измеряли в (количество волос/см²), норма ≥ 100 волос/см², редкие волосы – плотность меньше 100 волос/см². Толщина волос в норме ≥ 50 мкм, тонкие волосы – толщина меньше 50 мкм.

Результаты. В 1 группе в теменной области редкие волосы наблюдали у 38,5% пациентов (средняя густота волос – 144,6±56,7 волос/см²), в височной области редкие волосы – у 50% пациентов (средняя густота волос – 105,8±50,5 волос/см²), в затылочной области редкие волосы – у 30% пациентов (средняя густота волос – 176,8±53,4 волос/см²). Во 2 группе в теменной и затылочных областях наблюдали нормальную густоту волос у всех пациентов (средняя густота волос – 186,2 ± 43,6 волос/см² и 203,6 ± 80,6 волос/см² соответственно), в височной области редкие волосы – у 33,3% пациентов (средняя густота волос – 151,1 ± 56,6 волос/см²). Тонкие волосы в теменной и затылочной областях в 1 группе наблюдали у 30% пациентов (средняя толщина волос 52,6 ± 5,3 мкм и 53,5 ± 9,2 мкм соответственно), в височной области тонкие волосы – у 60% пациентов (средняя толщина волос 48,6 ± 9,6 мкм). Во 2 группе в теменной и затылочной областях. Во 2 группе в теменной и затылочной областях тонкие волосы наблюдали у 11,1% пациентов (средняя толщина волос 62,0 ± 9,1 мкм и 55,6 ± 9,9 мкм соответственно), в височной области тонкие волосы – у 33,3% пациентов (средняя толщина волос 53,6 ± 7,2 мкм).

Выводы. У пациентов с АИТ редкие и тонкие волосы значительно чаще встречали в височной области.

Патогенетические аспекты создания инновационных фототехнологий угревой болезни.

Демина О.М., Потекаев Н.Н., Картелишев А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Лазерная академия наук, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Несмотря на общепризнанность ведущей роли в патогенезе угревой болезни (УБ) четырех основных механизмов (включая гиперпродукция себума гиперплазированными сальными железами; патологический фолликулярный гиперкератоз; колонизация сально-волосных фолликулах *Propionibacterium* аспес в анаэробных условиях; формирование воспалительной реакции), практика традиционной комплексной терапии больных УБ, включающая антибактериальные, антимикробные препараты и ретиноиды, показала ее не достаточную эффективность, а также не редкость вторичных осложнений и побочных явлений, обуславливающих торпидное течение и резистентность к используемым средствам, с последующей хронизацией процесса и развитием более тяжелых форм. Это указывает, с одной стороны, на неполноту знания патогенетических звеньев УБ, с другой, на возможности оптимизации комплексного лечения пациентов с выяснением хотя бы ряда из них. В первую очередь следует учитывать вновь открытое существенное значение для синдромологических и клинико-лабораторных особенностей УБ изначального наличия иммунного дефицита. При этом использование в комплексном лечении больных инновационных фотобиологических методов с их иммуномодулирующим действием должно способствовать оптимизации их лечения. Цель: проанализировать в патогенетических аспектах у больных разными формами УБ динамику клинико-иммунологических параметров и выявить маркеры эффективности этапной комбинированной низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической технологии.

Материалы и методы: 276 больных различными формами угревой болезни (УБ) в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелыми проявлениями УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%) подразделенные на две группы: I – контрольная (39) – лечившихся традиционно и II – основная (237) – получавших комбинацию НИЛТ+ФДТ по авторскому способу. Исследованы показатели клеточного иммунитета: CD3+ (Т-лимфоциты) и CD19+ (В-лимфоциты) и их субпопуляций: CD3+CD4+ (Т-хелперы), CD3+CD8+ (Т-цитотоксические лимфоциты) и CD3-CD16+CD56+ (NK-клетки).

Результаты. Клинически в основной группе наблюдался достоверный регресс комедонов на второй неделе лечения (10,05,7; p<0,05), папул – на третьей (3,31,4; p<0,05), пустул – на четвертой (1,41,1; p<0,01), соответственно. До лечения общие уровни в крови у наблюдаемых больных лимфоцитов (CD3+), Т-цитотоксических лимфоцитов (CD3+CD8+) и NK-клеток (CD3-CD16+CD56+) недостоверно отличался от показателей нормы. При оценке уровня лимфоцитемии отмечена тенденция к ее снижению при тяжелом течении

УБ. Показатели Т-хелперов (CD3+CD4+) при тяжелой форме УБ достоверно снижались. Также было обнаружено достоверное снижение иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) у больных с тяжелой формой УБ (1,40,4; $p < 0,05$). Анализ изученных маркеров клеточного иммунитета, проведенный после разных вариантов лечения, показал, что в основной группе больных УБ, получавших модифицированную этапно выполняемую комбинированную лазерную и ФДТ, нейтрофилия достоверно снижалась до показателей нормы; установлено достоверное повышение исходно низкого количества Т-хелперов (CD3+CD4+) при тяжелой форме УБ в основной группе до 41,04,9% ($p < 0,05$), что является благоприятным прогностическим критерием, свидетельствующим о разрешении воспалительного процесса за счет мощного иммуномодулирующего эффекта модифицированной этапно выполняемой комбинированной лазерной и ФДТ, особенно важного при тяжелой форме УБ. Таким образом, в результате курсовой инновационной комбинации НИЛИ+ФДТ клиническая ремиссия и значительное улучшение, а также нормализация показателей иммунного статуса достигнута у 96,7% больных. Лазерные и фототехнологии являются патогенетически обоснованными альтернативными высокоэффективными методами терапии акне, с быстрым стойким клиническим эффектом, отсутствием побочных реакции и осложнений с высоким профилем комплаентности.

Этапная комбинированная лазерная и фотодинамическая терапия в оптимизации традиционного лечения пациентов с угревой болезнью.

Демина О.М., Картелишев А.В., Потекаев Н.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Лазерная академия наук, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Многолетняя практика выявила, что комплексная медикаментозная терапия с применением топических и системных препаратов оказывает непродолжительный положительный эффект, нередко имеет значительные побочные действия и осложнения, не препятствуя хронизации и рецидивированию угревой болезни (УБ). В итоге столь часто наблюдаются «вторичные» осложнения кожного процесса, включая развитие «лекарственной» болезни и фармакорезистентности. Именно поэтому оптимизация эффективности терапии пациентов с УБ является одной из наиболее актуальных. И в данном плане весьма перспективным представляется применение в традиционной терапии больных УБ широкого спектра лечебно-биологических механизмов и эффектов комбинации низкоинтенсивного лазерного и фотодинамического излучения (НИЛИ+ФДТ). Постулатом явился факт их успешного использования в разных областях дерматологии и смежных дисциплин, включая весьма частую, как установлено, сопутствующую патологию УБ. Данные позиции и определили цель собственных исследований, направленных

на оценку долговременной эффективности и безопасности в терапии больных УБ применения комбинации лазерной и фотодинамической технологии. Их результаты клинико-лабораторно мониторировались на протяжении более 10 лет в нашей стране группой отечественных ученых, включая авторов. Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность инновационной этапной комбинации низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической терапии в лечении пациентов с угревой болезнью по данным катамнеза (ближайшего и отдаленного).

Материалы и методы: 276 больных угревой болезнью (УБ) в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелым течением УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%) подразделенные на две группы: I – контрольная (39) – лечившихся традиционно и II – основная (237) – получавших комбинацию НИЛИ+ФДТ по авторскому способу. Эффективность инновационной технологии лечения оценивали в катамнезе через 1 год (144 пациента), 2 (128), 3 (128), 4 и 5 лет (по 104). Выявленный у них до лечения дисбаланс клеточного и гуморального звеньев иммунитета, показателей фагоцитоза свидетельствуют о развитии сочетанной вторичной иммунологической недостаточности. Результаты: динамический мониторинг клинических и параклинических показателей у больных УБ основной и контрольной групп как в ближайшем (1–2 года), так и в отдаленном катамнезе (3–5 лет), показал, что количество рецидивов у больных УБ основной группы было единичное, тогда как в контрольной однократного рецидива в год не отмечено ни у одного больного, а выявлялись 2–3 рецидива УБ. Анализ в целом показал, что частота рецидивов в контроле была в 2,3–3,1 раза выше, чем в основной группе ($p < 0,01$). При этом степень тяжести рецидивов УБ в контрольной по сравнению с основной группой степени тяжести рецидивов была равнозначной – у 42,3% больных, тогда как у 57,7% – характеризовалась значительно и достоверно ($p < 0,01$) более тяжелыми клиническими проявлениями.

Таким образом, курсовая инновационная комбинированная этапная НИЛИ+ФДТ обеспечивает клиническую ремиссию и значительное улучшение с иммуномодулирующим эффектом у 96,7% больных со стабильностью полученных результатов терапии УБ и профилактике ее рецидивов, подтверждаемых 5-летним катамнезом.

Раннее лечение детей с врожденной сосудистой мальформацией.

Дзыбова Э.М., Шентий О.В.

Клиника «Медквадрат», Москва

Среди врачей существует распространенное мнение, что младенцев и детей грудного возраста с врожденными капиллярными ангиодисплазиями (КАД, так называемые «винные пятна») не стоит рассматривать в качестве пациентов, пока они не повзрослеют. Наш опыт дает основание полагать, что использование импульсного лазера на красителях является безопасным и эффективным средством лечения КАД даже для младенцев. Начало лечебного курса с 2–4-недельного возраста. Интервал между процедурами – 3–4 недели.

Основные преимущества:

- Тонкая незрелая дерма, мелкие сосуды, расположенные близко к поверхности кожи, позволяют лазерному свету практически беспрепятственно достичь мишени.
 - Минимальное количество дермального коллагена способствует уменьшению рассеивания лазерного излучения по пути к мишени.
 - Малое количество дермального меланина уменьшает конкурентное поглощение лазерного излучения.
 - Раннее лечение предотвращает дальнейшее развитие гипертрофии винного пятна, а также увеличение количества эктазированных сосудов в более глубоких слоях дермы.
- Лечение было проведено 18 здоровым младенцам в возрасте от 3 до 10 недель. После курса терапии ни у одного ребенка не было обнаружено каких-либо стойких изменений пигментации, рубцовых и других видов осложнений. Единственным недостатком раннего лечения винных пятен можно считать общую анестезию (наркоз), которую мы вынуждены применять в случае обширной ангиодисплазии или ее локализации в области лица с распространением на область глаза. Но и в этом случае нами не было обнаружено существенных негативных последствий для здоровья младенцев, т.к. длительность процедуры в условиях общей ингаляционной анестезии Севораном занимает не более 20 минут. Перед процедурой под наркозом проводилось тщательное обследование ребенка, включающее общеклинические лабораторные исследования, ЭКГ, осмотр педиатра и анестезиолога.

Оптимизация лабораторной диагностики нейросифилиса с использованием сывороточно-ликворного соотношения.

Дмитриев Г.А., Незашева Е.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. В настоящее время в России отсутствуют единые критерии лабораторной диагностики нейросифилиса. В частности, вопрос о специфическом поражении нервной системы при положительных трепонемных и/или нетрепонемных тестах в ходе исследования спинномозговой жидкости при нормальных показателях ее белково-клеточного состава и отсутствии клинических симптомов, остается «открытым». В ряде случаев это не позволяет осуществить адекватное обследование пациентов, что препятствует как постановке диагноза «нейросифилис», так и назначению эффективной терапии.

Цель исследования. Сравнительный анализ используемых методов клинической лабораторной диагностики и оптимизация постановки адекватного диагноза путем исследования биопроб, полученных от пациентов с подозрением на сифилис нервной системы, с использованием сывороточно-ликворного соотношения с помощью ИТРА – индекса (Intrathecal Treponema pallidum assay). Материалы и методы. 38 пациентов (21 мужчин и 17 женщин). Оборудование и тест-системы для определения общих иммуноглобулинов (IgG), количественного определения

концентрации общего белка в спинномозговой жидкости, определения количества клеток в ликворе, реакций ИФА, РМП, РПГА, РИБТ (РИТ), РИФ; подсчет индекса сывороточно-ликворного соотношения.

Результаты. Анализ результатов клинических лабораторных исследований продемонстрировал следующее:

- У пациентов с асимптомным нейросифилисом (АНС) (20 больных) было выявлено: повышение уровня белка (протеинария) у – 6 больных; плеоцитоз – у 11; РМП отрицательна – у 18, у одного – 3+, у одного – 4+; РИБТ (РИТ) – у 7 – отрицательна, у остальных процент иммобилизации трепонем колебался от 40% до 68%;

- У пациентов с нейросифилисом с симптомами (НСС) (16 больных): патологии ликвора не отмечено у 10; у 1 – протеинария и плеоцитоз, однако в пробе имеется примесь крови; РМП – отрицательна у 13 пациентов, положительна – у 3 (2+, 3+, 4+); процент иммобилизации трепонем в ликворе составил 40–58%;

- У пациентов с НС-неуточненным (2 больных) патологии ликвора не выявлено; РМП – положительна (3+ и 4+); процент иммобилизации трепонем в РИТ колебался в пределах 50–52%. Во всех пробах ликвора РПГА, РИФ, ИФА были положительными.

В сыворотке: у всех 38 пациентов выявлены положительные РМП, РПГА, РИФ, ИФА, РИТ.

Из 38 больных, обследованных с помощью ИТРА-индекса, у 26-и (13-АНС, НСС-11, НС-неуточненный-2) отмечен высокий коэффициент сывороточно-ликворного соотношения (9,06–260,8), свидетельствующий о наличии поражения нервной системы.

Обсуждение. Проведенные комплексные сопоставительные клиничко-лабораторные исследования показали, что основным критерием постановки «лабораторного» диагноза у большинства больных является положительный результат специфических трепонемных тестов (РПГА, ИФА, РИФ), так как у большинства пациентов с клиническим диагнозом «нейросифилис» патология ликвора отсутствует, нередко отмечается отрицательная РМП, а процент иммобилизации трепонем колеблется в пределах 52%.

Однако на основании лишь положительных результатов трепонемных тестов, при отсутствии патологии ликвора, отрицательных значениях нетрепонемных тестов, а также РИТ (низкий процент иммобилизации) – подтвердить клинический диагноз весьма проблематично, особенно в случаях НС без симптомов, т.е. фактически без каких-либо проявлений поражения нервной системы (АНС и НС-неуточненный), которые, в свою очередь, не являются строго специфичными для НС. Необходимо также учитывать следующее: положительные результаты трепонемных тестов могут объясняться пассивным проникновением компартментов *T.pallidum* через поврежденный гематоэнцефалический барьер в спинномозговой канал, а также длительным (месяцы и годы) отсутствием негативации трепонемных тестов даже после полноценной терапии. В таких, далеко не редких, случаях следует, на наш взгляд, предпринять дополнительные, не регламентированные в настоящее время в РФ исследования, позволяющие верифицировать диагноз «нейросифилис». Одним из таких подходов является концепция сывороточно-ликворного соотношения (ИТРА-индекс).

Считаем, что такой подход может иметь не только теоретическое, но и практическое приложение, тем более что реализация этой методологии не требует значительных организационных усилий и финансовых затрат. Заключение. Клинико-лабораторные исследования сывороточно-ликворного соотношения в биопробах пациентов с подозрением на НС продемонстрировали возможность верификации диагноза в случаях дискордантных результатов регламентированных лабораторных и клинических методов обследования.

Выявление инфекций урогенитального тракта, вызванных вирусами герпеса и папилломавирусом человека.

Евдокимов В.В., Науменко В.А., Тюленев Ю.А., Ковалык В.П., Гомберг М.А., Куц А.А.

Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н.Ф. Гамалеи, Клинико-диагностический центр Федерального клинического центра высоких медицинских технологий, Москва

Проблема выявления герпесвирусов человека (ГВЧ) и вируса папилломы человека (ВПЧ) в урогенитальном тракте (УГТ) актуальна в связи с широким распространением в человеческой популяции, длительным персистированием без клинически выраженных проявлений и способностью к реактивации и онкогенной трансформации. Кроме того, присутствие вирусов в УГТ повышает риск заражения другими инфекционными агентами, в частности ВИЧ.

Цель настоящей работы состояла в сравнительном изучении ГВЧ и ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) в образцах из УГТ мужчин с бесплодием неясной этиологии и с воспалительными заболеваниями (ВЗ) УГТ с использованием количественных лабораторных методов молекулярного анализа.

Материал и методы. Обследованы 355 пациентов. Бесплодие устанавливали, если после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции у женщины не наступала беременность. Диагноз хронического простатита был верифицирован согласно критериям NIH (1999). Диагноз уретрита определяли согласно руководству Европейской Ассоциации Урологов (2013). Для исключения бактериальной контаминации материала проводили микробиологическое исследование.

Клинические материалы. Образцы эякулята были получены пациентами путем мастурбации после 3-дневного полового воздержания. Соскоб уретры производили введением зонда в канал уретры на глубину 3–4 см и произведением вращательных движений. Далее зонд извлекали и вносили в пробирку с транспортной средой. Затем пациенту предлагали частично помочиться с высвобождением 150–200 мл мочи. Забор секрета простаты производили с помощью пальцевого массажа железы сразу после мочеиспускания. Полимеразная цепная реакция в реальном времени (ПЦРрв). ДНК ВПЧ ВКР в клиническом материале определяли методом ПЦР с помощью реагентов фирмы Интерлабсервис (Москва, Россия): для экстракции ДНК – «АмплиСенс ДНК-сорб-В» и для

выявления ДНК ВПЧ 12 генотипов ВКР – «АмплиСенс® ВПЧ ВКР скрин-FL». Амплификацию проводили с помощью Rotor-Gene 6000 (Corbett Research, Australia). При интерпретации количественных данных использовали рекомендации производителя тест-систем, разработанные для анализа ВПЧ в урогенитальных соскобах: концентрации ВПЧ $\leq 3 \lg_{10}/100$ тыс. кл. оценивались как клинически мало значимые; $> 3 \lg_{10}/100$ тыс. кл. – как клинически значимые с высоким риском развития дисплазии. Для количественного определения ДНК ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6 использовали набор реагентов для ПЦР в режиме «реального времени» – «АмплиСенсEBV/CMV/HHV6-скрин-FL». β -глобиновый ген использовали в качестве эндогенного внутреннего контроля. Иммуноцитохимический анализ. Для выявления вирусов в мужских гаметях *in situ* подвижные сперматозоиды выделяли из эякулята в градиенте *SupraSperm* reagent (Denmark) и готовили цитологические препараты. На препаратах, фиксированных в охлажденном метаноле, проводили идентификацию вирусных белков с помощью моноклональных антител методом иммунофлюоресценции. Использовали вторичные антитела, меченные флюорохромом ФИТЦ. Окрашенные клетки идентифицировали под микроскопом «Olympus BX51» (Япония).

Результаты. Методом ПЦРрв в эякулятах были обнаружены ВПГ1/2, ЦМВ, ВЭБ и ВГЧ-6 как у мужчин с идиопатическим бесплодием (суммарно, с частотой 16%), так и при бесплодии с ВЗ УГТ (суммарно, с частотой 20%). ВПЧ ВКР выявлен у 13% мужчин с бесплодием и у 14% – с бесплодием и ВЗ УГТ. С учетом сочетанных инфекций (ГВЧ+ВПЧ) вирусы были выявлены в эякулятах 33,2% обследованных мужчин. Количественный анализ показал, что у 10,5% ВПЧ ВКР-положительных пациентов концентрация вирусной ДНК превышала $5 \lg_{10}/100$ тыс.кл. Изученные вирусы были обнаружены также в соскобах из уретры и в соке простаты, причем приблизительно с той же частотой и в тех же количествах, что и в эякуляте. Иммуноцитохимический анализ позволил выявить ВПГ и ЦМВ в зрелых сперматозоидах мужчин с бесплодием и установить внутригаметную локализацию инфекционных агентов.

Заключение. Использование количественных молекулярных методов позволило выявить в УГТ у каждого третьего мужчины с бесплодием и ВЗ УГТ присутствие изученных вирусов и у каждого десятого – в высокой, клинически значимой концентрации, что может являться фактором риска развития тяжелого заболевания и онкогенной трансформации.

Измерение внутриклеточной и поверхностной экспрессии белков теплового шока hsp70 в клетках крови больных атопическим дерматитом.

Елистратова И.В., Морозов С.Г., Захарова И.А.

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва

Диагностическая значимость изучения маркеров стресса, в том числе, белков теплового шока, определяется возможностью индивидуальной оценки состояния больного

в дерматологии. Этиология атопического дерматита (АД), заболеваемость которым постоянно растет во всем мире, весьма разнообразна, но среди причин АД особое место занимает стресс. Молекулярной основой реакции клеток на стресс является развитие так называемого ответа на несвернутые белки (Unfolded Protein Response – UPR), осуществление которого зависит от активности стрессовых белков, часть из которых исторически называют белками теплового шока (Heat Shock Proteins – HSP). В зависимости от молекулярной массы все HSP разделяют на семейства. Семейство белков HSP70 кодируется 13 генами и включает постоянно присутствующие в клетке конститутивные белки и индуцибельные, экспрессия которых значительно повышается при стрессе. В эндоплазматическом ретикулуме клеток HSP70 выполняют роль молекулярных шаперонов, контролирующих фолдинг белков, качество их сборки, транспорт белков и т.д. Однако секреторные формы HSP70 могут участвовать в межклеточных взаимодействиях, не связанных со стрессом, но имеющих отношение к развитию воспалительного процесса, опухолевого роста и т.д.

Целью данной работы было количественное измерение экспрессии белков HSP70 на плазматической мембране клеток крови, а также определение интенсивности внутриклеточной флуоресценции HSP70 у больных атопическим дерматитом в зависимости от тяжести состояния.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 136 мужчин в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст 26 лет), больных атопическим дерматитом (индекс SCORAD от 14 до 45), и 64 донора (мужчины 18–34 лет). Схема эксперимента была предварительно согласована с Этической комиссией учреждения. Все участники эксперимента подписывали добровольное информированное согласие. Кровь получали из локтевой вены натощак однократно до начала лечения. Работа с кровью проводилась по международным стандартам. Эритроциты удаляли с помощью лизирующего буфера (Becton Dickonson), клетки отмывали центрифугированием и окрашивали моноклональными антителами к конститутивному HSP70 и индуцибельным HSP70, конъюгированными с фикоэритрином (PE) или флуоресцеин-изотиоцианатом (FITC). Для измерения экспрессии HSP70 на плазматической мембране клетки окрашивали поликлональными антителами. Интенсивность флуоресценции измеряли на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickonson). Основные популяции клеток крови определяли в соответствующих гейтах, автоматически выставленных на дисплее цитометра. Статистическую обработку полученных данных проводили по программе ANOVA с использованием непараметрического анализа методом Ньюмена-Кейлса для малой выборки, при котором $P < 0,05$ обозначает статистически значимое различие между группами.

Результаты. Первоначальным этапом работы было определение экспрессии белков HSP70 на мембране клеток крови. Интенсивность флуоресценции HSP70 была максимальна на моноцитах, для нейтрофилов эти значения несколько ниже. Колебания уровня экспрессии HSP70 для доноров были ~20% от средних значений. Экспрессия конститутивных HSP70 и индуцибельных HSP70 в клетках крови доноров также имела существенный разброс, при этом не установлено корреляции между уровнем экспрессии HSP70 на мембране и внутри клеток в каждой из основных

популяций, возможно, это связано с малой выборкой данных. По сравнению с донорами экспрессия HSP70 на мембране клеток больных атопическим дерматитом достоверно выше ($P < 0,05$), хотя имеется значительный разброс результатов. При этом выявлена четкая тенденция к повышению экспрессии HSP70 на мембране клеток при повышении индекса SCORAD. В отличие от доноров, для больных АД в острой стадии имелась положительная корреляция между интенсивностью флуоресценции индуцибельного HSP70 внутри клеток и уровнем экспрессии HSP70 на плазматической мембране клеток данной популяции. При хроническом течении АД измерение экспрессии HSP70 внутри клеток выявило более низкие значения по сравнению с данными больных АД в острой стадии. Однако следует подчеркнуть, что можно выделить несколько подгрупп в когорте больных АД хронического течения, для которых средние показатели HSP70 отличались в несколько раз.

Выводы. Количественное измерение экспрессии HSP70 на плазматической мембране и внутри клеток крови имеет тенденцию положительно коррелировать с тяжестью заболевания и может отражать интенсивность воспалительного процесса у больного атопическим дерматитом.

Изучение молекулярных механизмов стресса при атопическом дерматите.

Елистратова И.В., Морозов С.Г., Захарова И.А.

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва

Атопический дерматит (АД) получает все большее распространение в мире, что связано с неблагоприятными факторами окружающей среды и стрессовыми условиями жизни. Работами российских и зарубежных авторов показана прямая взаимосвязь между стрессом и обострением АД, однако очень мало публикаций касается молекулярных механизмов этого взаимодействия.

Целью данной работы было исследование молекулярных событий, сопряженных с развитием стресса при АД, в частности, определение уровня экспрессии белков теплового шока (HSP) – HSP70 и HSP40, на клетках крови. Под названием HSP объединяется группа белков, у которых есть главная функциональная обязанность – поддержание жизнеспособности клетки при стрессе. Все HSP классифицируется по молекулярной массе на семейства. Семейство белков HSP70 включает конститутивные белки, постоянно присутствующие в клетке, а также индуцибельные, экспрессия которых повышается при стрессе. У человека HSP40 называют DNAJ и классифицируют по структурной организации J домена, необходимого для связывания с HSP70. Только 1 и 2 типы HSP40 могут поставлять субстраты для HSP70, стимулировать гидролиз АТФ, регулировать сборку полипептидных цепей и освобождение от клиентных белков HSP70. Поскольку HSP40 является ко-шапероном HSP70, изучение их совместной экспрессии дает информацию об активности клеток при стрессе.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 136 мужчин в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст 26 лет), больных атопическим дерматитом (индекс SCORAD от 14 до 45), и 64 донора (мужчины 18–34 лет). Схема эксперимента была предварительно согласована с Этической Комиссией учреждения. Все участники эксперимента подписывали добровольное информированное согласие. Кровь получали из локтевой вены натощак однократно в первый день обращения больного к дерматологу. Очищенную от эритроцитов лейкоцитарную взвесь получали после 10-минутного контакта крови с лизирующим раствором (Becton Dickonson) и последующей отмывкой центрифугированием в среде 199. Клетки окрашивали конъюгированными с фикоэритрином моноклональными антителами к HSP70, а также моноклональными антителами к HSP40, которые докрашивали изотипспецифическими антителами, меченными FITC. Интенсивность внутриклеточной флуоресценции белков анализировали на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickonson). Для популяционного исследования клеток крови использовали соответствующие гейты, автоматически выставленные на дисплее цитометра. Статистическую обработку полученных данных проводили по программе ANOVA с использованием непараметрического анализа методом Ньюмена-Кейлса для малой выборки, при котором $P < 0,05$ обозначает статистически значимое различие между группами. Результаты анализировали в зависимости от интенсивности воспалительного процесса у больных АД (по индексу SCORAD). Для определения совместной экспрессии индуцибельного HSP70 и его ко-шаперона HSP40 использовали двойную окраску клеток. У доноров совместная экспрессия этих белков установлена во всех основных популяциях клеток, максимально в моноцитах > нейтрофилах > лимфоцитах. В острой стадии АД экспрессия обоих белков повышалась статистически достоверно, при этом интенсивность внутриклеточной флуоресценции HSP40 повышалась менее значимо (двухкратно) по сравнению с уровнем повышения HSP70 (до 3-кратных значений). У первично обратившихся к дерматологу пациентов с подострым течением АД также регистрировалось достоверное повышение экспрессии обоих белков, но менее выраженное, чем у больных с острым течением заболевания. У больных АД с индексом SCORAD >30 в 23% случаев экспрессия изучаемых белков была выше показателей доноров в 4–5 раз, тогда как у 34% больных она была ниже нормы. При тяжелом течении заболевания проявляются выраженные индивидуальные особенности организма, определяющие характер его ответа на стресс. Двойная окраска клеток на HSP70/HSP40 выявила закономерности в колебании уровня этих белков в клетке в зависимости от совокупности клинических параметров пациентов.

Выводы. Уровень белков теплового шока HSP70, а также их ко-шаперонов HSP40, достоверно повышается в клетках крови при обострении атопического дерматита. Определение одновременной экспрессии HSP70/HSP40 в клетках крови позволило установить закономерности колебания их уровня в зависимости от тяжести течения заболевания. У больных атопическим дерматитом выявлены существенные индивидуальные колебания этих показателей, что отражает способность организма отвечать на стресс.

К проблеме ведения и лечения детей с врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермией.

Ермилова М.М., Касихина Е.И., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Врожденная ихтиозиформная эритродермия (эпидермолитический гиперкератоз) — редкая форма ихтиоза, выделенная Броком в 1902 г. В зависимости от наличия мутаций в генах выделяют следующие типы заболевания: буллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия с аутосомно-доминантным типом наследования (мутации в гене кератина 1 и 10) и небуллезная аутосомно-рецессивная (АРВИ/ВИЭ), обусловленная множественными мутациями, связанными с липидными аномалиями.

Клинические признаки эпидермолитического гиперкератоза у разных пациентов могут существенно различаться. Так, в современной литературе описано шесть клинических фенотипов заболевания: с отсутствием тяжелого ладонно-подошвенного гиперкератоза (NPS-1,2,3 типы) и его наличием PS -1,2,3 типы.

Цель работы: представить описание клинического случая врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермии (ВИЭ).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находится пациентка Ю., 2008 г.р., состоящая на диспансерном наблюдении у дерматолога с основным диагнозом: Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия (Q 80.3). Сопутствующие диагнозы: Острый вульвит. Персистирующий аллергический ринит, неполная спонтанная ремиссия. Дискинезия желчевыводящих путей, холестаза? Панкреатопатия. Дуоденогастральный рефлюкс, рефлюкс эзофагит, СИБР-3ст на фоне основного заболевания.

Первые проявления заболевания у девочки появились сразу при рождении в виде генерализованной эритемы с образованием на ее фоне крупных вялых пузырей. Пузыри разрешались без рубцевания. По мере взросления количество пузырей уменьшилось, в тоже время гиперкератоз становился все более выраженным, с усиленной концентрацией гребешков на разгибательных поверхностях суставов. Сейчас высыпания представлены распространенным умеренно-выраженным бородавчатым гиперкератозом серо-коричневого цвета, наиболее выраженным над суставами. На лице проявления заболевания носят эритематозный характер, гиперкератотические явления выражены слабо и преимущественно в периоральной зоне. Рост ногтей и волос ускорен. Эктропион, эклабиум отсутствуют. Потоотделение у ребенка снижено, характерна непереносимость высоких температур окружающей среды. Ребенок эмоциональный, данные изменения сопровождаются дискомфортом, беспокойством. Фенотип: выраженных стигм дисэмбриогенеза не выявлено. Физическое развитие: рост 120 см, вес 20 кг. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Течение ВИЭ носит непрерывно-рецидивирующий характер, с периодами улучшения на фоне климатолечения в мае и октябре, а также на фоне морского климата и бальнеотерапии. В осенне-зимний период отмечается значительное

утолщение кожи с крупнопластинчатыми роговыми образованиями бурого, грязно-серого, буро-черного цвета, на фоне которого появляются зудящие пузыри, нередко с присоединением вторичной инфекции. Рекомендуется применение анилиновых красителей для подсушивания пузырей, эмоленты с кератолитическими свойствами (с содержанием молочной кислоты, салициловой кислоты, мочевины). С целью купирования зуда и воспалительных явлений назначаются глюкокортикостероидные средства (ТГКС) как моно, так и в комбинации с антибиотиками. Для профилактики и лечения вторичных кожных инфекций применяются антибактериальные препараты в виде порошков или мазей. При отторжении роговых наслоений и появлении эрозированных очагов используются эпителизирующие и регенерирующие наружные средства. Госпитализация ребенка с целью подбора адекватной системной и наружной терапии проводится не реже двух раз в год. Для пациентов с ВИЭ свойственна повышенная фоточувствительность, и поэтому при активной инсоляции в летнее время, возможно усиление пузыреобразования и усиление воспаления на коже открытых участков тела, что приводит к появлению выраженного зуда, повышенной травматизации, увеличением трансэпидермальной потери воды. Данное обстоятельство приводит к увеличению объема используемых лекарственных препаратов (ТГКС, антисептических и антибактериальных средств). В летнее время применяются эмоленты с более легкой текстурой, так как гиперкератоз в это время года выражен умеренно.

Проведено медико-генетическое консультирование семьи ребенка (врач-генетик).

Заключение. Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока (OMIM 146800). Анализ родословной: наследственность по данной патологии не отягощена, отягощенность по СД 1 типа по отцовской линии (у отца и бабушки пробаанда СД 1 типа). Мутация *de novo*, аутосомно-доминантный? не исключается аутосомно-рецессивный тип наследования? Повторный риск для потомства пробаанда 50%. В лабораторных анализах ребенка отмечаются изменения в биохимическом анализе крови: повышенные значения АСТ 48,4 (при норме 5,0–38,0) и увеличение щелочной фосфатазы 246,4 (при норме 37–196,0). Анализ кала: присутствуют в большом количестве остатки непереваренной пищи, реакция на стеркобилин – положительная, реакция на билирубин – отрицательная, мышечные волокна: с исчерченностью – ед. в поле зрения, без исчерченности – много, соединительная ткань – умеренная. Остальные показатели без изменений. Анализ крови на содержание глюкозы утром натощак – 4,77 ммоль, в 13.30 с сахарной нагрузкой – 6,0 ммоль. Клинический анализ крови – все показатели в пределах нормы.

Заключение. Описанный клинический случай такого редкого заболевания, как ВИЭ, может быть интересен для клиницистов как образец подбора индивидуальных схем терапии для пациентов с разными формами ихтиозов. Постоянное диспансерное наблюдение, а также своевременная госпитализация помогают не только определить потребность в топических препаратах, перевязочных средствах и пероральных ретиноидах; оказать реабилитационную помощь; выполнить ряд лабораторных обследований, которые на амбулаторном приеме представляют большие трудности в связи со сложностью забора венозной крови

при выраженном гиперкератозе. Индивидуальный подход к таким тяжелым пациентам позволяет добиться наиболее хороших результатов и позволяет чувствовать себя таким пациентам более уверенно и повысить их качество жизни.

Место ААМ в клинике эстетической медицины.

Жукова И.К.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Антивозрастная медицина стала очень модным направлением в косметологических клиниках, об этом много говорят и пишут в самых различных изданиях. Но на практике это, как правило, выглядит следующим образом: в клинике консультирует эндокринолог, гинеколог или андролог, а косметологи как занимались своим непосредственным делом, так и продолжают работать с инъекционными препаратами, лазерами и т.д. Единичные клиники имеют в своем штате врача-специалиста, занимающегося именно вопросами предупреждения возрастных изменений. Пациенты врача-косметолога очень заинтересованы в информации по коррекции самых различных возрастных проявлений и очень нуждаются в помощи по многим проблемам не только эстетического характера.

В докладе представлены рекомендации по применению препаратов витамина Д, Омега-3 жирных кислот, альфа-липоевой и тиоктовой кислот в качестве геропротекторов. Кроме этого, даны схемы применения фармакологических препаратов для коррекции таких возрастных изменений, как снижение настроения, нарушение сна, мышечная слабость и т.д.

Векторный лифтинг препаратами гиалуронана цинка.

Жукова И.К.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Соединения гиалуроновой кислоты с цинком характеризуются более длительным нахождением препарата в тканях, что позволяет осуществлять с помощью этих соединений реальное армирование кожи. Этот подход наиболее эффективен при мелкоморщинистом типе старения для армирования дермальных морщин в различных зонах лица – носогубные складки, морщины в углах рта, уголках глаз, кисетные морщины вокруг губ, мимические морщины на лбу. Техники введения – линейная и мелкопапульная поверхностная. У пациентов с усталым морфотипом с помощью препаратов гиалуронана цинка можно проводить процедуру так называемого векторного лифтинга, когда препарат вводится канюльной техникой по направлению максимального натяжения тканей, противоположного птозу в различных отделах лица – лоб, виски, овал лица, подбородок. На курс лечения требуется проведение от 3 до 5 процедур 1 раз в 3–4 недели. Количество введенного гиалуронана

цинка от 3,0 до 5,0 мл на одну процедуру в зависимости от степени выраженности возрастных изменений.

В докладе представлены схемы проведения процедур пациентам с различными клиническими проявлениями возрастных изменений кожи и мягких тканей лица, а также клинические результаты применения данной методики.

Опыт применения циклоспорина у пациентов с пустулезной формой ладонно-подошвенного псориаза.

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Воронцова И.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Псориаз (psoriasis vulgaris) – хронический рецидивирующий папулосквамозный дерматоз мультифакториальной природы. Морфологические элементы являются по своей природе участками хронического воспаления и избыточной пролиферации лимфоцитов, макрофагов и кератиноцитов кожи, а также избыточного ангиогенеза в подлежащем слое кожи. При многообразии клинических форм псориаза (псориаз обыкновенный, псориаз складок, псориаз ладоней и подошв), а также включая тяжелые формы заболевания (псориаз пустулезный, артропатический, псориаз эритродермия) особенно хочется выделить пустулезный псориаз ладоней и подошв (тип Барбера). Интерес к данному типу «чешуйчатого лишая» в практике дерматовенеролога вызван, прежде всего, упорным течением дерматоза и зачастую резистентностью к стандартной комплексной терапии. Клинически установлена неэффективность применения глюкокортикостероидных препаратов в лечении ладонно-подошвенного пустулеза (ЛПП), а также цитостатиков (метотрексата). Наиболее целесообразным следует считать применение системных ретиноидов и иммунодепрессантов для торпидных форм ЛПП, механизм действия последних обусловлен ингибированием G₀ и G₁ фазы клеточного цикла иммунокомпетентных лимфоцитов, особенно Т-хелперов, подавлением образования и выхода из клеточинтерлейкина-2 и его связывания со специфическими рецепторами, а также нарушает дифференцировку и пролиферацию Т-клеток, что ведет к разрыву звеньев патогенеза, на который и должны быть направлены основные задачи лечащего врача. Принимая во внимание все вышеперечисленное, нами была выбрана группа из 8 пациентов с ЛПП в возрасте от 27 до 60 лет из них 5 мужчин и 3 женщины, длительное время страдающими дерматозом, от 2 до 20 лет, и отмечающим полную резистентность к стандартным методам лечения, включающим применение ГКС, препаратов витамина А, а также топических ГКС. В связи с неэффективностью проводимого лечения, отсутствия противопоказаний со стороны органов и систем, пациентам был предложен препарат резервной терапии (сандиммун неорал) из расчета 2–5 мг/кг массы тела в сутки с последующим снижением. Задачей данного исследования была рассмотреть безопасность выбранного метода терапии. Клинический эффект был отмечен через 10 дней от начала приема сандиммуна, и при контроле лабораторных показателей

крови и мочи спустя 2 недели, отклонений от норм не выявлено. 6 из 8 пациентов отметили ремиссию после проведенного курса более чем 6 месяцев, при условии использования поддерживающей мазевой терапии (с учетом индивидуальной переносимости).

Таким образом, делая выводы о наиболее актуальных и безопасных методах терапии торпидных форм псориаза, следует отметить, что применение циклоспорина дает возможность увеличения сроков ремиссии и улучшения качества жизни пациентов с ЛПП.

Кольцевидная гранулема в детской практике.

Жукова О.В., Мохова В.И., Круглова Л.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Кольцевидная гранулема (КГ) – доброкачественное, воспалительное гранулематозное заболевание кожи с неизвестными этиологией, по существующим данным, говорящее в пользу отсроченной реакции гиперчувствительности (IV тип), возникающей в ответ на неизвестный антиген. Актуальность проблемы изучения связана с ростом заболеваемости детей кольцевидной гранулемой – около 10% от детского приёма с 2013 года. Кроме того, до сих пор наблюдаются ошибки в верификации диагноза, в связи с чем пациенты получают неоправданную терапию, применяемую к таким заболеваниям, как кольцевидная эритема, узловатая эритема, аллергические дерматиты и др. Некоторым пациентам (37,5% случаев) верный диагноз ставился спустя год. Также между дерматологами не достигнут консенсус в вопросах подбора безопасной, эффективной, с высоким комплаенсом терапии данного дерматоза, особенно у детей.

Цель: проведение ретроспективного анализа собственных наблюдений заболеваемости детей КГ в 3 филиалах МНПЦДК ДЗМ г. Москвы в период с 2013 по 2016 годы.

Методы исследования: 1) сбор данных анамнеза и клинический осмотр; 2) подтверждение коморбидности у смежных специалистов (эндокринолог, оториноларинголог, аллерголог, гастроэнтеролог); 3) оценка эффективности проведенной ранее терапии у пациентов, попавших на прием с верифицированным диагнозом. Собственные исследования: под наблюдением с установленным на приёме диагнозом кольцевидная гранулема было 40 детей, среди которых девочек было 28 (70%), мальчиков 12 (30%) в возрасте от 1 до 14 лет. Давность заболевания от нескольких месяцев до 3 лет. Основная масса пациентов была с локализованной КГ (ограниченной и распространенной – 85%), с подкожной КГ в сочетании с локализованной (10%), генерализованной КГ (5%). При проведении обследования сопутствующей патологии у врачей смежных специальностей спектр коморбидности КГ у пациентов был представлен следующими нозологиями: превалируют эндокринопатии (40%), в особенности нарушения углеводного обмена на фоне ожирения (24%) у пациентов старше 6 лет, гипотиреоз (16%) и сахарный диабет (14%), далее по степени значимости

отмечались очаги хронической инфекции ЛОР-органов (8%), наличие аллергопатологии (6%), глистная инвазия (4%). У 28% детей не было выявлено никаких системных заболеваний. При оценке ранее проводимой терапии основными были: применение топических кортикостероидов слабой и средней потенцией, токоферола ацетата, препаратов дёгтя с умеренной эффективностью, небольшому количеству пациентов (5%) в частных медицинских центрах проводилась криодеструкция очагов. У 17,5% пациентов после проведения местной терапии кортикостероидами средней потенции под окклюзию отмечался положительный эффект в виде регресса очагов с последующим рецидивированием в течение нескольких месяцев. Таким образом, в свете представленного анализа данных собственных пациентов детского возраста на базе 3 филиалов МНПЦДК ДЗМ в период с 2013 по 2016 гг., требуется повышенное внимание уделять опросу и осмотру пациентов, дифференциальной диагностике с целью постановки точного диагноза, разностороннему обследованию для выявления и коррекции коморбидной патологии, а также поиску эффективных, безопасных, с высокой комплаентностью методов терапии.

Результаты обследования больных поздними формами сифилиса с помощью ЭЛИ-висцеро-теста-24.

Жуковский Р.О., Лосева О.К., Андропова Н.В., Вечтомова Л.В., Сизова И.Д.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность исследования. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сифилисом в последние годы характеризуется ростом доли поздних форм заболевания, в частности, нейро-, кардиоваскулярного и позднего скрытого сифилиса. В то же время не диагностируется висцеральный сифилис других локализаций. При этом отмечается частое сочетание позднего кардиоваскулярного и нейросифилиса с метаболическими нарушениями, гипертонической болезнью, сахарным диабетом. Выявление висцеральной патологии (как специфической, так и сопутствующей) у больных поздними формами сифилиса становится необходимым компонентом обследования этих больных. Целесообразно иметь возможность ориентировочно оценивать состояние различных органов с помощью единого скринингового теста. Цель исследования: оценить возможность применения ЭЛИ-висцеро-теста-24 для выявления висцеральной патологии у больных поздними формами сифилиса. Материалы и методы. Обследовано 34 больных сифилисом – 15 мужчин и 19 женщин. У 9 из них диагностирован поздний скрытый сифилис, у 8 поздние манифестные формы (нейро- или кардиоваскулярный сифилис), у 9 длительно сохранялась позитивность нетрепонемного серологического теста после лечения по поводу ранних форм заболевания (серорезистентность) и 8 представляли контрольную группу больных ранними формами сифилиса. Метод ЭЛИ-висцеро-теста-24 является скрининговым методом клинического

обследования, позволяющим определять содержание десятков аутоантител – маркеров разной специфичности, с помощью которых можно оценить состояние иммунной, центральной и периферической нервной, репродуктивной, сердечно – сосудистой, пищеварительной, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной систем. Стойкое повышение уровня аутоантител свидетельствует о развивающейся патологии органа.

Результаты. Достоверное повышение уровня аутоантител к белкам различных органов было наиболее выражено в группе мужчин, больных поздним скрытым сифилисом и мужчин с диагнозами кардиоваскулярного или нейросифилиса. Изменения касались ЦНС, лёгких, почек, желудка, свёртывающей системы крови (тромбоциты), а также щитовидной железы и иммунной системы. У женщин достоверные изменения уровня аутоантител встречались существенно реже, при этом лидировали женщины с серорезистентностью, имевшие больше всего указаний на возможную висцеральную патологию: щитовидная железа, сердце, иммунная система. Минимум изменений имели больные ранними формами сифилиса.

Выводы.

1. ЭЛИ-висцеро-тест-24 может служить скрининговым методом, указывающим на возможное развитие висцеральной патологии у больных сифилисом.
2. Для обоснования углублённого обследования на патологию тех или иных органов и систем необходимо убедиться в стойкости повышения уровня аутоантител путём повторного обследования с помощью названного теста в динамике.

К проблеме патогенеза и лечения витилиго.

Завадский В.Н.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель – поиск ключевых звеньев патогенеза витилиго.

Задачи – прогнозировать и, по-возможности, определить патогенетические факторы терапии. Материалы: 30 больных обычным витилиго (ОВ) и 21 больной профессиональным, химически индуцированным витилиго (ХИВ) – с длительностью наблюдения 25 лет. Пол, возраст пациентов, распространённость и давность поражения сопоставимы в обеих группах.

Методы: клиничко-лабораторные; ЭПР де- и репигментированной кожи. Лечение (в сравнении): местная фотохимиотерапия с псораленом, крем с дигидроксиацетоном.

Результаты и обсуждение. ОВ и ХИВ клинически идентичны по всем патогномичным признакам (первичность депигментации, необратимость, очаговое поражение, спонтанная диссеминация очагов и т.п.), но ХИВ не наследуется, причём склонность к ХИВ неограниченная: заболели 21 из 22 человек, работавших при пуске производства п-трет-бутилфенола (90–100%, $P < 0,05$). ХИВ – фенокопия генодерматоза витилиго. И, вполне вероятно, эпигенетические факторы (ХИВ) и генетические (ОВ)

действуют сходно. Все облигатные витилигогены (пара-алкил- и пара-алкоксифенолы одно- и двухатомные; пирокатехин, гидрохинон) – антиоксиданты. Они селективно ингибируют меланогенез, причем – в подпороговых дозах, то есть, на порядок ниже токсического и раздражающего действия. Антиоксиданты образуют стабильные свободные радикалы, которые способны блокировать активные свободные радикалы, необходимые для свободнорадикальной полимеризации меланина. Полимеризация обрывается, между тем, только полимер меланина имеет тёмный цвет (ди-, три-, олигомеры бесцветные)! Антиоксиданты отличаются по химическому сродству (affinity) к субстрату. Не следует путать антиоксиданты-витилигогены с антиоксидантами, тормозящими свободнорадикальное перекисное окисление липидов (ПОЛ)! При лечении больных наилучший косметический эффект наблюдался от дигидроксиацетона; причём у нескольких человек из обеих групп (около 10%) стойко восстановилась пигментация отдельных очагов. Дигидроксиацетон не только окрашивает кожу. Этот димер по химическим свойствам – инициатор полимеризации. Образование меланина подтверждено изменением сигнала ЭПР. В эксперименте на морских свинках также вызывал стойкую пигментацию кожи и другой инициатор полимеризации – дикумилпероксид (димер). Диссеминация витилигинозных очагов в отдалённые сроки после начала болезни, возможно, объясняется образованием в коже при обоих заболеваниях эндогенных витилигогенов, аналогичных тем, которые вызывают ХИВ. Источником эндогенных витилигогенов типа: пара-метил-, пара-этилфенол, 4-метилпирокатехин, пирокатехин, гидрохинон могут стать тирозин, катехоламины и сам меланин. При их метаболизме (декарбоксилирование, дезаминирование, гидроксильное и т.д.) образуются указанные соединения. Метаболиты могут варьировать и появляться нерегулярно. Но для запуска/продолжения витилигинозного процесса, как показало наблюдение ХИВ, достаточно непродолжительного контакта с витилигогеном. Далее развивается цепная саморегулирующаяся реакция.

Вывод. Исследование и разработка патогенетической терапии витилиго должны включать не только восстановление меланина (в частности, полимеризацию его), но также поиск способов блокировать образование эндогенных витилигогенов, которые, вполне возможно, являются гомологами экзогенных витилигогенов, вызывающих ХИВ.

Организация дерматовенерологической помощи детскому населению в филиале «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Заторская Н.Ф., Урпин М.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Согласно Всеобщей декларации прав человека дети имеют право на особую заботу и помощь. Конституция Российской Федерации гарантирует государственную поддержку семьи, материнства и детства. В Российской Федерации был принят документ – Указ Президента РФ – Национальная стратегия

действий в интересах детей на 2012–2017 годы (далее – Национальная стратегия). Главная цель Национальной стратегии – определить основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права.

Проблемы детства и пути их решения нашли свое отражение в стратегии развития ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». В последние годы обеспечение доступной качественной медицинской помощи детям стало одним из основных приоритетов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Цель – оказание квалифицированной специализированной помощи как в амбулаторных условиях с применением эффективных технологий, в том числе и стационар-замещающих, так и в стационарных.

Для повышения качества специализированной медицинской помощи детям, большим хроническими дерматозами, необходима организация эффективной системы взаимодействия между первичным медицинским звеном и врачами-дерматовенерологами. На сегодняшний день отсутствует отлаженная система взаимодействия и преемственности в работе как с первичным звеном (участковыми педиатрами, врачами общей практики), так и с врачами-дерматовенерологами в филиалах Центра, отсутствует четкая система маршрутизации пациентов. Отсутствует механизм внедрения обучающих программ для семей, имеющих детей, больных хроническими дерматозами, система восстановительного лечения и реабилитации больных дерматозами. Соответственно, отсутствие единой организационной структуры специализированной помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами значительно снижает эффективность терапии и прогноз на благоприятный исход заболевания, способствует повышению уровня заболеваемости. Для решения проблем были поставлены задачи: создание условий для обеспечения доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам лечения болезней и восстановления здоровья; организация системы взаимодействия и преемственности как в работе с первичным звеном (участковыми педиатрами, врачами общей практики), так и с врачами-дерматовенерологами в филиалах Центра на всех этапах оказания специализированной помощи детям; развитие подростковой медицины; внедрение методов психологической поддержки для детей с хроническими дерматозами и членов их семей; стимулирование потребности в здоровом образе жизни; формирование современной модели – клиники, дружественной к детям и молодежи. Совокупность проблем и задач привела к идее создания детской клиники (отдельного филиала). 1 декабря 2015 г. создан Филиал «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» – детская клиника – правопреемница детского дерматовенерологического подразделения (суточный стационар) Клиники им. В.Г. Короленко и консультативно-диагностического амбулаторного Центра детской дерматологии и косметологии (ул. Бочкова 4А). Филиал «Коломенский» оказывает лечебно-диагностическую специализированную стационарную (круглосуточный стационар на 45 коек), стационар-замещающую (дневной стационар на 20 коек) и консультативно-диагностическую амбулаторную помощь по дерматовенерологическому

и косметологическому профилю детскому населению города Москвы. В филиале проводится диагностика и лечение как часто встречающихся кожных заболеваний, так и редких. Предоставлена возможность получить консультации смежных специалистов: генетика, аллерголога-иммунолога, детского гинеколога, онколога-хирурга, гастроэнтеролога, эндокринолога, педиатра, психотерапевта, оториноларинголога, физиотерапевта, трихолога и косметолога. Проводится медико-генетическое консультирование семей, пациентов с наследственной и врожденной патологией, консультирование семей по вопросам бесплодия, невынашивания беременности. Диагностика и лечение аллергических заболеваний, аллерген-специфическая иммунотерапия, диагностика иммунодефицитов и транзиторной иммунной недостаточности. В рамках реализации мероприятий, направленных на создание условий и мотивации к ведению здорового образа жизни подростков и молодежи в филиале есть возможность получить консультацию детского гинеколога. С подростками обсуждаются вопросы гигиены, полового воспитания, о вреде аборт, эффективных и безопасных методах контрацепции, методах профилактики ИППП. Детским онкологом проводится ранняя диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований кожи с использованием современных методов диагностики, хирургическое иссечение новообразований с наложением косметических швов, взятием биопсии. Проводится ультразвуковое исследование органов. Есть возможность на восстановительном этапе пройти лечение в современном физиотерапевтическом отделении, получить процедуры в водолечебнице. На базе филиала работает крупная клиничко-диагностическая лаборатория. Создание единой организационной структуры специализированной помощи детям и подросткам позволит существенно повысить качество оказания помощи детскому населению и ее доступность, повысить эффективность терапии и прогноз на благоприятный исход заболевания, снизить уровень заболеваемости.

Витаминотерапия у вегетарианок с проявлениями трихо- и ониходистрофии.

Звездина И.В., Задионченко Е.В., Исаева С.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Общеизвестным и давно известным фактом является развитие гиповитаминозов и микроэлементозов у людей, придерживающихся тех или иных ограничений в пищевом рационе. У любителей растительной пищи часто наблюдается дефицит витаминов группы В, особенно витамина В₁₂, витамина Д, а также кальция, железа, йода, цинка и других жизненно необходимых веществ. Проявлениями недостатка витаминов и микроэлементов наряду со слабостью, сонливостью, апатией, снижением работоспособности, развитием анемии, нарушением со стороны органов желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Цель. оценить влияние поливитамино-минерального комплекса на состояние волос и ногтей у вегетарианок с проявлениями трихо- и ониходистрофии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 пациенток, полностью исключивших из своего рациона продукты животного происхождения: мясо, рыбу, птицу, яйца, молочные продукты. Длительность периода вегетарианства составила в среднем 2,3 года. Возраст пациенток варьировался от 15 до 47 лет, при этом, подавляющее большинство пациенток находилось в возрастном промежутке от 15 до 26 лет (их количество составило 82,9% или 19 человек) и лишь несколько женщин (8) были старше 30 лет. Все пациентки обратились с жалобами на истончение и поредение волос, изменение ногтевых пластин. При осмотре были выявлены признаки ониходистрофии: точечные лейконихии (33), истончение и мягкость ногтевых пластин (40), продольная параллельно краю ногтя (21), онихорексис – продольное расщепление ногтя (5). Все ногтевые пластины кистей в разной степени выраженности были изменены примерно у трети пациенток (15). У остальных пациенток наблюдалось поражение 3–7 ногтей. При визуальном исследовании волос отмечалось истончение стержней, сухость, пористость, потеря естественного блеска, а также признаки трихорексиса и трихошизиса.

Результат исследования. При проведении микроскопии визуализировались преимущественно (у 97,8% или 46 человек) миниатюризированные дистрофичные анагеновые луковицы, диаметр которых был меньше или равен диаметру стержня волоса, увеличение количества телогеновых волос (46,8% или 22 пациентки), признаки дегидратации стержней (72,3% или 34 пациентки). С целью исключения каких-либо других этиопатогенетических факторов на состояние волос всем пациенткам была выполнена оценка гормонального статуса. Отклонений от референсных значений со стороны половых гормонов и гормонов щитовидной железы выявлено не было.

Учитывая вышеуказанные обстоятельства, пациенткам была рекомендована терапия с использованием поливитамино-минерального комплекса (ПВМК), включающего в себя: жирорастворимые витамины А, Е, Д; витамины группы В (В₁, В₂, В₃, В₅, В₆, В₈, В₁₂); минералы – цинк, железо, марганец, магний, йод, селен, фосфор, кальций, а также аминокислоты: L-цистеин и L-метионин в комплексе с препаратом, улучшающим периферическое кровоснабжение. Наружно рекомендован шампунь и лосьон для укрепления и роста волос. Парафинотерапия ногтевых пластин. Также необходимо отметить, что в ходе консультации 17 пациенток удалось убедить в целесообразности употребления в пищу продуктов животного происхождения, включая мясо, и еще 6 пациенток согласились возобновить употребление молока, масла и яиц. Длительность терапии составила 6 месяцев.

При подведении итогов, выяснилось, что часть пациенток не полностью соблюдала данные рекомендации и не принимала вовсе или принимала нерегулярно препарат, улучшающий микроциркуляцию, ввиду неудобства приема (Зр/д) и возникновения нежелательного эффекта в виде гиперемии кожи лица и верхней части туловища. Комплаентность наружных средств тоже оказалась невысокой. Однако ПВМК

принимался пациентками регулярно на протяжении всего курса терапии, благодаря отсутствию побочных эффектов и кратности приема 1 раз в день. В итоге рекомендации в полном объеме были выполнены 38 пациентками. В результате терапии признаки ониходистрофии полностью разрешились у 12 из 47 пациенток, качество ногтевых пластин значительно улучшилось у 31 пациентки, что выражалось в усилении скорости роста ногтей, в утолщении и уплотнении ногтевых пластин, исчезновении онихошизиса и онихорексиса, уменьшении глубины продольных борозд, появлении блеска ногтевых пластин и уменьшении количества точечных лейконихий. У 4 пациенток отмечалась незначительная динамика.

Волосы также претерпели ряд позитивных изменений в виде снижения тусклости и появления здорового блеска, увеличения прикорневого объема, приобретения мягкости и эластичности, снижения интенсивности выпадения. При проведении микроскопического исследования после терапии было констатировано: увеличение диаметра анагеновых луковиц, увеличение соотношения между диаметром луковицы и диаметром стержня волоса, снижение количества телогеновых волос, увеличение отражающей способности поверхности стержней волос в связи со сглаживанием кутикулы и закрытием чешуек. Результатами лечения были полностью удовлетворены 32 пациентки, хороший эффект отметили 9 пациенток, «ожидали лучших результатов» 4 пациентки и 2 – не заметили положительной динамики. Следует отметить, что незначительная динамика наблюдалась у пациенток, продолжающих строго придерживаться вегетарианства. Терапия этих женщин была скорректирована. Вывод. Поливитаминно-минеральный комплекс, содержащий в себе жизненно необходимые витамины, микроэлементы и аминокислоты следует рекомендовать в качестве поддерживающей терапии пациенткам с какими-либо пищевыми ограничениями, сопровождающимися проявлениями трихо- и ониходистрофии.

Доброкачественные новообразования кожи у пациентов с псориазом.

Зубарев А.К.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Пациенты с псориазом получают лечение глюкокортикостероидами, фототерапией и биологической терапией, которое оказывает свое действие на состояние кожи и может привести к появлению новообразований кожи. Также псориаз имеет коморбидные состояния, которые по данным литературы имеют ассоциацию с такими образованиями как акрохордоны.

Цель работы: изучение характера доброкачественных новообразований кожи у пациентов с псориазом.

Задачи: оценить встречаемость меланоцитарных, эпидермальных и сосудистых новообразований кожи у пациентов с псориазом.

Материалы и методы: Методом случайной выборки было сформировано 2 группы наблюдения. Основную группу

составили 39 больных псориазом (в возрасте от 45 до 75 лет, средний возраст составил $60,0 \pm 7,8$ лет) из них 23 мужчин и 16 женщин со средней продолжительностью заболевания $22,2 \pm 16,1$ лет. Для формирования контрольной группы было отобрано 45 человек, не имеющих псориаза (в возрасте от 45 до 75 лет, средний возраст $60,6 \pm 8,0$ лет) из них 17 мужчин и 28 женщин. В обеих группах проводили полный осмотр кожных покровов, дерматоскопию образований дерматоскопом HEINE MINI 3000 10X с иммерсией 70% этиловым спиртом.

Результаты. При осмотре и дерматоскопии кожных новообразований у пациентов с псориазом обнаружены меланоцитарные новообразования (пограничные и дермальные невусы) в 87% случаев; эпидермальные новообразования: себорейные кератомы в 10% случаев и акрохордоны в 23% случаев; сосудистые новообразования (ангиомы) в 74% случаев. В контрольной группе данные новообразования были обнаружены в 85%, 63%, 40% и 55% случаев соответственно. В обеих группах меланоцитарные новообразования кожи и акрохордоны были обнаружены с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Выводы: в группе у пациентов с псориазом старше 45-летнего возраста себорейные кератомы были обнаружены значительно реже ($p < 0,001$), в то время как сосудистые новообразования (ангиомы) обнаружены чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов без псориаза.

Топическая фотодинамическая терапия актинического кератоза.

Иванова М.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актинический кератоз (АК) – нередко встречающийся предраковый дерматоз, патогенез которого связан с длительным, повторным интенсивным воздействием УФ-излучения на кожу. Лечение очагов кератоза служит эффективной канцеропревенцией. Самым современным методом лечения данного дерматоза является фотодинамическая терапия (ФДТ). Авторами было обследовано и пролечено 30 больных АК методом ФДТ с аппликационным нанесением препарата 5-аминолевуленовой кислоты («Аласенс») и применением терапевтической импульсной лампы «Биоспек» с высокой эффективностью метода, подтвержденной гистологически и при помощи акустического исследования кожи.

Под наблюдением находились 30 амбулаторных пациентов в возрасте от 50 до 80 лет (средний возраст $65,9 \pm 6,28$ года) с актиническими кератомами (14 мужчин и 16 женщин). У 16 пациентов были единичные очаги, у 14 – распространенные множественные.

У пациентов было обнаружено и пролечено 95 очагов, от 1 до 10 на пациента, в среднем 3 у каждого больного, диаметр которых варьировал от 0,2 до 4,0 см. Из них 15 очагов были локализованы в области носа, 30 – в области лба и волосистой части головы (скальп у мужчин), 20 – в области щек, 2 – в периорбитальной области, 15 – в височной, 1 – на

ушной раковине, 12 – на туловище, преимущественно в зоне декольте и кистей рук. У всех пациентов наблюдались и другие проявления фотоповреждений, включая различные формы нарушения пигментации, сухость, грубый микрорельеф и глубокие морщины. У 40% пациентов диагностирована эритематозная форма, у 30% – кератотическая, у 10% – пигментная, у 20% – сочетание вышеперечисленных форм АК. В результате терапии наблюдалось полное клиническое разрешение элементов очагов расположенных на лице и скальпе после одной процедуры. При локализации на ушной раковине, в зоне декольте и на кистях понадобилось две процедуры, чтобы добиться полной клинической ремиссии. У пациентов были исследованы интегральные показатели системы про- и антиоксидантных реакций до и через месяц после проведенной процедуры, такие как: общий антиоксидантный статус, общие перекиси, а также ферментное звено антиоксидантного статуса: активность супероксиддисмутазы и глутамилпероксидазы. Выявлена повышенная генерация свободных радикалов и усиленное перекисное окисление липидов, индуцированное ультрафиолетом у пациентов с фотоповрежденной кожей. Для определения степени накопления аласенса в коже и контроля ФДТ оценивали спектр флуоресценции порфиринов с помощью лазерной электронно-спектральной установки («ЛЭСА-01-БИОСПЕК»).

Для объективной оценки эффективности результатов лечения было проведено механическое акустическое исследование кожи. Для этого был использован акустический медицинский диагностический прибор АМДП (патент Федоровой В.Н.), позволяющий измерять скорость распространения поверхностных волн частотой 1,5–2 кГц вдоль поверхности кожи. При первичном гистологическом исследовании биоптатов у двоих пациентов был диагностирован гипертрофический морфотип АК, у одного боуэноидный морфотип и еще у одного аторфический тип АК. Гистологически в зонах АК наблюдалась интраэпидермальная атипия кератиноцитов (в 100% случаев) и нарушение архитектоники.

При контрольном гистологическом исследовании, проведенном через 2 месяца после окончания терапии, у пациентов с гипертрофическим морфотипом АК полностью восстанавливается структура эпидермиса и уменьшается базофильная деструкция коллагеновых волокон дермы, у пациентов с боуэноидным вариантом АК удалось добиться нормализации дифференцировки клеток и толщины эпидермиса, полностью разрешились воспалительные изменения.

Для объективной оценки эффективности результатов лечения было проведено акустическое исследование кожи до и через два месяца после лечения. Было показано, что механические параметры кожи – скорость распространения в ней поверхностной волны в результате лечения снижается, что свидетельствует о нормализации структуры кожи, следовательно, данный метод является эффективным неинвазивным способом для оценки динамики лечения кератозов.

Результаты проведенного исследования показали, что процедура ФДТ эффективна и безопасна для лечения всех форм актинического кератоза у пациентов независимо от их половой принадлежности. Показано применение ФДТ в целях предупреждения трансформации актинических

кератом в злокачественные новообразования и устранения косметических дефектов кожи.

Рациональный подход к лечению себорейного дерматита.

Кандалова О.В. , Ключникова Д.Е., Кулешова Л.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель исследования. Оценка эффективности терапии себорейного дерматита (СД) шампунем циклопирокс 1% и масляным раствором ретинола пальмитата 100 000 ЕД. Задачи. Оценить тяжесть течения и выраженность симптоматики у больных СД. Изучить pH кожи волосистой части головы до, во время и после лечения больных СД. Определить эффективность ухода и лечения больных СД. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 больных СД. В возрасте от 20 до 57 лет 16 мужчин и 9 женщин. Всем больным была назначена терапия масляным раствором ретинола пальмитата в количестве 100 000 ЕД в сутки, разделенных на 2 приема, 1 месяц ежедневно. Наружно применялся шампунь с содержанием 1% циклопирокса в течение 6 недель. В дальнейшем больные переходили на использование шампуня 1 раз в 7–10 дней. Остальное мытье головы производилось нейтральными увлажняющими косметическими средствами. Выраженность клинических проявлений оценивались с помощью дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) в виде суммы баллов, характеризующих выраженность таких симптомов: эритема, отёк, эксфолиация, лихенификация, папулы, сухость, шелушение, трещины и зуд. Степень симптоматики выражалась в баллах: от 0 – отсутствие до 3 – сильно выражены. pH поверхности кожи измерялся с помощью анализатора Courage + Khazaka electronic GmbH. Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании изменений ДИШС и pH кожи волосистой части головы в процессе и после лечения.

Результаты. До лечения у больных определялось среднее и легкое течение СД – мокнутия и трещин не отмечалось. У 5 больных наблюдалось образование корок, трое предъявляли жалобы на болезненность кожи волосистой части головы. ДИШС колебался в интервале от 3 до 9 баллов. Среднее значение 5,5. pH кожи головы у 8 больных был близок к норме 4,5–5,5, однако у 17 больных наблюдался сдвиг pH в основную сторону 5,6–7,2. Средние значения pH у этих больных составили 6,3. Через 2 недели после начала лечения у всех больных отмечалось улучшение состояния кожи волосистой части головы. При этом у 15 больных был значительный регресс симптомов, а у 10 улучшение. Средние показатели ДИШС в группе составили 3,5. pH у 17 больных, которые имели сдвиг в щелочную сторону изменился до 6,1. Через 6 недель клиническая ремиссия наблюдалась у 20 пациентов – ДИШС 0. У трех пациентов сохранялись жалобы на сухость головы ДИШС – 1. У двух пациентов сохранялись сухость и зуд ДИШС 2 и 3. pH кожи у 8 больных, которые

имели рН близкий к норме таким и остался после лечения 4,5–5,5. У 17 больных с рН измененным в основную сторону до лечения, через 6 недель терапии не достиг нормальных значений, но уменьшился в кислую сторону до 5,8. Выводы. Предложенная терапия больных СД ведет к формированию ремиссии заболевания у большинства больных, нормализации уровня кислотности кожи головы, обеспечивает щадящий обезжиривающий эффект. Помимо лечебного, данный метод может использоваться в качестве профилактики рецидивов СД.

Современные возможности коррекции инволюционных изменений кожи лица с признаками фотостарения.

Каримова И.М., Ляпон А.О.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Биоревитализация и биорепарация на сегодняшний день являются очень востребованными процедурами у врачей-косметологов и у пациентов, особенно при решении возрастных изменений кожи лица и лечении пигментаций и фотостарений кожи. Одним из современных пептидных препаратов является препарат из гидролизата плаценты человека, разработанный и созданный специально для подкожного и внутрикожного введения. Гидролизат плаценты человека для мезотерапии получен в результате запатентованного нанотехнологического процесса молекулярного фракционирования плаценты человека, обеспечивающего полную безопасность препарата, очищение от балластных высокомолекулярных компонентов и гормонов. В состав препарата входят активные центры факторов роста IGF1, bFGF, VEGF, TGF, KGF, aFGF, 18 аминокислот, гиалурионовая кислота, интерлейкины, низкомолекулярные регуляторные пептиды, вит. С, минералы (Zn, Mg, Cu, S, Fe и др).

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность терапии препаратом гидролизат плаценты человека для мезотерапии у женщин старше 40 лет на основании изменений клинико-функциональных показателей кожи лица: цветовых показателей, индекса пигментации кожи, выраженности морщин, увлажненности, жирности и эластичности, а также уровня удовлетворенности пациентом результатом процедуры.

Материалы и методы. 12 женщин были включены в двойное слепое рандомизированное клинико-функциональное исследование. Пациенты соответствовали критериям включения и исключения, имели признаки хроностарения и фотоповреждения кожи лица (дряблость, морщинистость кожи век, неравномерная пигментация, мелазму, сухость, снижение тургора и эластичности кожи). С одной стороны, гидролизат плаценты человека для мезотерапии вводился глубокими папулами (ГП) на глубину 2–3 мм, с другой – поверхностными папулами (ПП) 1 мм глубиной. «Ослепленные» независимый эксперт и пациенты оценивали клиническую разницу между сторонами лица. Инструментальная оценка гидратации кожи лица (корнеометрия), эластичности (кутометрия), цветовых показателей (колориметрия, индекса пигментации

MASI) проводили до инъекций, после курса через неделю и через месяц после окончания курса. Безопасность и нежелательные явления (НЯ) оценивались по дневникам пациентов после каждой процедуры. Эффективность 4 инъекций плацентарного препарата оценивали врач и пациент, используя шкалу GAIS через неделю и через месяц после курса. Анкета удовлетворенности процедурой заполнялась пациентами в те же визиты.

Результаты исследований. Результаты оценки врачом и пациентом по шкале GAIS были одинаковыми с обеих сторон и сопоставимы – 1,75 балла через 1 месяц после окончания курса. После 4 процедур визуальной разницы между левой и правой сторонами лица не выявлено независимым экспертом и пациентом. При оценке клинических результатов и врачом, и пациентом отмечено одинаковое улучшение состояния кожи при обеих техниках инъекций. Большинство пациентов отметили положительные изменения качественных характеристик кожи: повышение увлажненности, уменьшение пористости, уменьшение дряблости век, подтяжку кожи век, лифтинг лица, свежесть, осветление тона кожи и пигментных пятен. Отмечена положительная динамика, статистически значимое улучшение функциональных показателей кожи: увлажненности эпидермиса, эластичности и жирности кожи. Разницы между техниками инъекций при оценке функциональных показателей кожи не выявлено.

Согласно данным колориметрии и индекса пигментации MASI отмечено осветление тона и пигментных пятен кожи лица. Не обнаружено разницы в поверхностной и глубокой техниках инъекций по основным показателям пигментных пятен. Однако выявлено статистически значимое изменение равномерности тона (Ровно 2, L*, a*, Ровно 1L*, a*) при глубокой технике инъекций.

Выводы. 1. Внутрикожное и подкожное введение гидролизата плаценты человека для мезотерапии для коррекции возрастных изменений лица является безопасной и эффективной процедурой осветления и омоложения кожи у женщин с признаками хроно- и фотостарения.

2. Процедура хорошо переносится. Отмеченные в постпроцедурный период нежелательные явления (отечность, покраснение, экхимозы) являлись кратковременными и самопроизвольно проходящими. Серьезных НЯ не было.

3. Результаты обеих техник введения являются сопоставимыми, за исключением более выраженного осветления тона кожи по показателям колориметрии в технике глубоких папул.

Спектр триггерных факторов в патогенезе розацеа.

Карнова А.В., Баткаев Э.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность исследования обусловлена увеличением частоты манифестации розацеа в молодом возрасте, склонностью данного заболевания к рецидивирующему течению, в том числе и из-за нерациональной терапии, вследствие недостаточно полного обследования пациентов и не выявления сопутствующих заболеваний, которые могут негативно отражаться на течении дерматоза.

Цель исследования и задачи. Оценить частоту сопутствующей патологии, которая связана с этиопатогенезом розацеа и может влиять на его течение.

Материалы и методы. Дизайн исследования включал микроскопическое исследование соскоба с себорейных зон кожи лица, биохимическое исследование крови, фиброгастроуденоскопию, ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин, оценку состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 37 больных розацеа: 23 (62%) женщины и 14 (38%) мужчин. У 11 (30%) из них установлена эритематозная форма дерматоза, у 16 (43%) – папулезная, у 10 (27%) – выявлена пустулезная форма, проявляющаяся инфильтрацией кожи, папулезными и пустулезными элементами. В 56,7% (n=21) случаев течение дерматоза было осложнено демодекозом (подтверждено лабораторно).

Ранее лечение получали 26 (70%) больных с рецидивами до 3 случаев в год.

В процессе фиброгастроуденоскопического обследования проводили визуальную оценку состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У 29 (78%) обследуемых обнаружены различные формы гастродуоденальной и гастроэзофагальной патологии.

При исследовании клеточного и гуморального иммунитета отмечены снижение абсолютного и относительного содержания В-лимфоцитов, увеличение содержания С3 компонента комплемента, повышение содержания IgA, M, G. В сыворотке крови определялось повышенное содержание провоспалительных цитокинов (ИНФ γ , ИА – 8, ИЛ – 1 β , И – 6, ИЛ – 17).

У 8 (21,6%) обследуемых женщин констатированы увеличение уровня тестостерона, ДЭА, ЛГ. При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлены у них поликистозные изменения в яичниках.

Веето-сосудистая дистония была (по данным анамнеза) у 18 (48,6%).

Заключение. Углубленное обследование больных розацеа, выявление сопутствующей соматической патологии, изучение и анализ взаимодействия триггерных факторов, участвующих в патогенезе данного заболевания, позволяющая выработать оптимальную тактику лечения.

Аневризмы аорты при кардиоваскулярном сифилисе.

Квижинадзе Г.Н., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность проблемы. За последние несколько десятков лет в мире опубликовано немало описаний клинических случаев сифилитических аневризм аорты и крупных сосудов. В последние годы отмечается рост числа успешно проведенных хирургических вмешательств в подобных случаях.

Цель исследования. Охарактеризовать клинические особенности сифилитических аневризм аорты, диагностированных в Москве за последние 10 лет.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2015 гг. сифилитические аневризмы аорты были диагностированы у 17 пациентов мужского пола. Возраст больных составлял от 48 лет до 81 года (в среднем 59 лет).

Результаты. Из 17 пациентов у 14 диагноз сифилитической аневризмы аорты был поставлен в стационаре, куда они были доставлены по скорой помощи со следующими диагнозами: обострение хронического панкреатита, почечная колика, закрытая травма грудной клетки, гипертонический криз, острая сердечная недостаточность, лёгочное кровотечение, тромбоз вен нижних конечностей, перелом ребер, тромбоэмболия легочной артерии. Только в 2 случаях диагноз при поступлении содержал указание на патологию аорты: разрыв аневризмы брюшной аорты и расслаивающая аневризма аорты. Это указывает на объективную трудность диагностики обсуждаемой патологии и недостаток знаний о ее существовании и клинике у врачей-кардиологов и кардиохирургов. У 3 остальных пациентов диагноз был поставлен при плановом обследовании в стационаре.

Жалобы: боли в области груди без иррадиации, слабые, периодические, самостоятельно исчезающие; одышка при быстрой ходьбе; сердцебиение; давящие боли в сердце; онемение пальцев рук; пульсирующие образования в области живота.

Серологические тесты, как кардиолипидные, так и трепонемные, были положительными у всех 17 больных. Титры НТТ составляли от 1:2 до 1:32, титры РПГА от 1:2560 до 1:20480. Ведущую роль в диагностике играли данные Эхо-КГ, которые демонстрировали уплотнение и кальциноз стенок аорты и аортальных клапанов и расширение различных отделов аорты. Диагностика дополнялась данными УЗДГ и дуплексного сканирования сосудов головы и шеи.

Локализация аневризм: у 13 – в области грудной аорты, у 2 – брюшной аорты, у 2 диагностировано сочетание аневризм грудной и брюшной аорты. Поражения грудной аорты в 9 случаях локализовались в восходящей части, в 5 из них сочетаясь с расширением корня аорты, в 2 случаях – в области дуги и в 2 – в нисходящей части аорты. Размеры (диаметр) аорты в районе аневризмы составлял от 4,2 см до 5,1 см (при норме до 4,0 см). У одного больного была диагностирована гигантская тромбированная аневризма дуги и нисходящей аорты диаметром до 11,3 см. У 1 больного аневризма аорты сочеталась с аневризмой брахиоцефального ствола и у 1 – с аневризмой подвздошных артерий. У 9 больных отмечалась аортальная недостаточность II-III ст. Специфическую терапию получили 11 больных, оперативное лечение – 4. В общей сложности от момента диагностики до настоящего времени 9 больных умерли в сроки от 3,5 часов до 7 лет после установления диагноза, судьба 2 больных неизвестна, 6 больных живы и продолжают наблюдение. Среди причин смерти наиболее частая – разрыв аневризмы, реже – расслоение аневризмы, а также – острая сердечная недостаточность и, наконец, – полиорганная недостаточность, которая возникла в послеоперационном периоде у 1 больного. Выводы.

1. Сифилитическая аневризма аорты не является казуистической редкостью. Это подтверждают как литературные, так и наши собственные данные.
2. На тяжесть этой патологии указывает высокая смертность из-за разрывов, расслоений аневризмы и послеоперационных

осложнений (летальный исход у 9 из 15 наших больных, о которых имеются данные катамнеза).

3. Для установления предположительного диагноза сифилитической аневризмы аорты достаточно положительных результатов серологических тестов на сифилис и данных Эхо-КГ. Запоздалая диагностика этой патологии связана с недостаточной информированностью кардиологов, кардиохирургов и консультантов-дерматовенерологов о существовании и частоте встречаемости ее в современных условиях.

Совершенствование ведения больных инфекцией *Mycoplasma genitalium* с учетом результатов изучения генетических маркеров антибиотикорезистентности.

Кисина В.И., Гуцин А.Е, Жукова О.В., Романова И.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

В последнее время из семейства микоплазм наибольший интерес вызывает *Mycoplasma genitalium*, впервые выделенная в 1981 году у мужчин с негонококковым уретритом. Одной из современных ключевых проблем (по данным преимущественно зарубежных источников) является стремительное развитие антибиотикорезистентности *M. genitalium*. Получены данные о неудачах лечения традиционными антибактериальными препаратами инфекции *M. genitalium*. Научными исследованиями установлено, что неудачи лечения инфекции *M. genitalium* обусловлены инфицированием мутантными штаммами и формированием мутаций в процессе лечения. Описано появление устойчивости *M. genitalium* к антибактериальным препаратам класса тетрациклинов, в то же время генетическое детерминирование этой устойчивости остается недостаточно изученным. Обнаружено также, что устойчивость *M. genitalium* к антибактериальным препаратам из группы макролидов обусловлена нуклеотидными заменами в V домене гена 23S рРНК в позициях A2058, A2059, C2038 и A2062 (*E.coli*). По данным литературы некоторые препараты класса фторхинолонов (моксифлоксацин) обладают высокой активностью в отношении *M. genitalium* и считаются препаратами выбора при неэффективности лечения данной инфекции макролидами или тетрациклинами. Антибактериальная активность фторхинолонов связана с их ингибирующим воздействием на ДНК-гиразу (состоящую из двух *GyrA* и двух *GyrB* субъединиц), и топоизомеразу IV (состоящую из двух *ParC* и двух *ParE* субъединиц). Описаны мутации в генах *gyrA*, *gyrB*, *parC* и *parE*, определяющие формирование резистентности *M. genitalium* к действию антибактериальных препаратов класса фторхинолонов. До настоящего времени целенаправленные исследования, посвященные оценке распространенности резистентных штаммов *M. genitalium* в РФ в целом и в Московском регионе, в частности, в сопоставлении с характером клинических проявлений и

изучением эффективности лечения антибактериальными препаратами различных фармакологических групп не проводились.

Новизна предполагаемой темы. В настоящее время в связи с отсутствием статистического учета *M. genitalium* не имеется достоверных данных о частоте рецидивирующего уретрита/цервицита, вызванных *M. genitalium*; не проводится мониторинг циркулирующих мутантных штаммов *M. genitalium*, резистентных к антибактериальным препаратам. Также отсутствуют национальные и региональные стандарты лечения инфекции *M. genitalium* с учетом данных изучения генетических маркеров антибиотикорезистентности возбудителя инфекции.

В ходе планируемой работы предполагается получить данные о распространенности и характере мутаций *M. genitalium* среди пациентов Московского региона, оценить клинические проявления инфекции *M. genitalium* у пациентов с мутантными штаммами возбудителя, повысить эффективность терапии заболеваний, обусловленных инфекцией *M. genitalium* на основании результатов изучения генетических маркеров антибиотикорезистентности возбудителя, полученных до назначения лечения, обосновать необходимость разработки эпидемиологической формы статистического учета инфекции *M. genitalium*.

Дерматологический аспект современной парвовирусной инфекции.

Коган А.И., Кладова А.Ю.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Москва

Парвовирусная инфекция в настоящее время имеет довольно широкое распространение и многообразие форм. Обычно она передается воздушно-капельным путем. При этом чаще болеют дети школьного возраста, но нередко могут заболеть и взрослые. Наблюдается возрастание заболеваемости весной и зимой в виде спорадических случаев, хотя описаны и эпидемические вспышки. Среди разнообразия парвовирусной инфекции необходимо прежде всего выделить такие заболевания, как инфекционная эритема и вирусная пузырчатка. Возбудитель инфекционной эритемы – парвовирус B19 (высокоустойчивый мелкий вирус без внешней оболочки) был установлен только в 1983 г., хотя заболевание было описано еще в 1889 г. А.Чамером, а сам вирус был обнаружен в 1975 г. британскими вирусологами. Возбудителем вирусной пузырчатки является вирус Коксаки А16. В самих названиях этих двух вирусных инфекций как бы заложено доминирующее значение в их клинике дерматологической симптоматики. Именно поэтому эти больные чаще всего оказываются на приеме дерматологов, где им обычно выставляются диагнозы – краснуха, крапивница, аллергический дерматит. Следует особо подчеркнуть, что все парвовирусные инфекции после непродолжительной инкубации, как правило, начинаются с выраженного продромального периода. Последний протекает крайне разнообразно с различной степенью выраженности. Общая клиническая картина продромы всегда напоминает ОРВИ-подобный синдром. В дальнейшем, уже в периоде высыпаний указание на предшествующую продрому дает врачу

основание предположить инфекционную (вирусную) природу данного заболевания. Только с совместным учетом продромы и дерматологического статуса может быть установлен правильный диагноз. Дерматологический период характеризуется появлением сыпи сначала на лице в виде различных красных пятен, сливающихся на щеках в яркую эритему. Вскоре сыпь возникает и на других участках тела. Обычно это эритематозно-папулезные высыпания, располагающиеся довольно симметрично на коже туловища, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, порой сливаются в обширные эритематозные очаги. Сыпь может сопровождаться незначительным зудом. Все высыпания обычно исчезают постепенно в течение 10 дней. На фоне сыпи или после ее исчезновения у ряда больных могут возникать артралгии, реже полиартриты. При этом симметрично поражаются коленные и голеностопные суставы, они могут опухать и сопровождаться болезненностью. Вирусная пузырчатка обычно длится 7–10 дней. Характеризуется доброкачественным течением, отсутствием осложнений. Высыпания обычно везикулярные на ладонях, подошвах, ягодицах. Могут сопровождаться зудом. Величина и количество пузырных высыпаний бывают очень различны. Все продромальные явления также более укороченные и несколько сглажены. В последнее время заметно участились случаи так называемой не уточненной парвовирусной инфекции. Они могут протекать крайне разнообразно с большим разнообразием экзантем. Высыпания при этом чаще всего бывают везикулезного характера; могут наблюдаться великулезно-эрозивные высыпания на слизистых полости рта. В ряде случаев высыпные проявления крайне скудные и сопровождают тяжелые формы инфекции, ведущими проявлениями при которой является интоксикация, развитие бронхолегочной или абдоминальной симптоматики. Для лечения парвовирусной инфекции используются противовирусные препараты. Основное внимание должно быть направлено на укрепление иммунитета и усиления защитных сил организма больных. В тяжелых случаях применяется гамма-глобулин, при необходимости можно использовать негормональные противовоспалительные средства. Под нашим наблюдением находилась 47 больных с различными проявлениями парвовирусной инфекции. Среди них с инфекционной эритемой – 18, вирусной пузырчаткой – 6; женщин 36, мужчин 11. Возраст больных от 16 до 40 лет. У всех больных отмечено выздоровление. У двоих больных заболевание протекало с рецидивами. Знание клинических особенностей течения современной парвовирусной инфекции дает врачу возможность избежать диагностических ошибок и выбрать верную тактику лечения данной патологии.

Некоторые особенности клиники прогенитального герпеса у вич-инфицированных мужчин.

Коган А.И., Кладова А.Ю.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Москва

Известно, что вич-инфекция, вызывая у больных выраженный иммунодефицит, создает благоприятные

условия для развития у них ряда дополнительных инфекционных наслоений. На этом фоне прогенитальный герпес выявляется достаточно часто, приобретая при этом своеобразные тенденции в своем клиническом развитии. Мы полагаем, что есть основания выделить особо некоторые из них, которые мы наблюдали у больных. У нас на лечении находилось четверо вич-инфицированных мужчин в возрасте 24–30 лет. Все они страдали прогенитальным герпесом довольно длительно от нескольких месяцев до 1,5 лет. При этом у всех отмечались частые рецидивы с выраженными обильными высыпаниями в очагах и развитием значительных воспалительных изменений в дальнейшем. При этом отмечались серьезные затруднения в лечении заболевания. У всех больных основные клинические проявления имели характерные существенные особенности. Высыпания располагались на тыльной поверхности головки полового члена с переходом на венечную борозду и внутренний листок крайней плоти. Иногда отмечались единичные везикулярные отсеивы на некоторых несколько отдаленных участках. Следует особо выделить состояние основного очага, где всегда выделялись заметные воспалительные явления, а при длительном процессе был выражен существенный местный отек, а также заметная его инфильтрация. Границы очага обычно достаточно четкие. В области венечной борозды может быть мацерация. Цвет очагов серовато-бурый, могут присутствовать бурые корки. При пристальном осмотре очага можно обнаружить ссохшиеся точечные везикулы или эрозии. Основной очаг обычно бывает довольно значительных размеров. У двух наших больных он захватывал большую часть наружной поверхности головки полового члена. Из субъективных ощущений больные отмечали покалывания и легкое жжение. Общий анализ крови, мочи у всех больных был в норме. Анализы крови, РМП и ИФА – отрицательные. Все больные получили лечение Валвиром по 1000 мг, 2 раза в день, в течение 10 дней. Двое больных – 2 курса с интервалом в 10 дней. Местно втирание крема Девирс (Рибавирин) несколько раз в день в очаги. У всех больных было отмечено существенное улучшение. Таким образом, мы хотим выделить следующие клинические особенности генитального герпеса у вич-инфицированных больных: обширность основного герпатического очага, его выраженный воспалительный характер с развитием в дальнейшем заметной инфильтрации бурого оттенка. Нужно подчеркнуть склонность к рецидивам и упорство в обычном лечении. Поэтому дозы противовирусных препаратов в этих случаях должны быть, заметно увеличены.

Милиарный невус полового члена.

Коган А.И., Кладова А.Ю., Агманов С.Т.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Данная невоидная патология встречается не так уж редко. При этом больные обычно обращаются впервые к урологам или венерологам. При знакомстве врача с клиникой этого невуса практически его диагностика сложности не

представляет. Однако в дифференциальном плане следует иметь в виду контагиозный моллюск, генитальный герпес и вирусные папилломы. Заболевание возникает у некоторых молодых людей обычно спонтанно к периоду их половой зрелости, вызывая тем самым у них состояние беспокойства и тревоги. При этом мелкопапулезные, довольно обильные и беспорядочно разбросанные невоидные высыпания очень явственно выделяются в своеобразную клиническую картину милиарности. На половом органе молодых мужчин, в основном на внутренней и внешней стороне крайней плоти постепенно появляются беспорядочно разбросанные, иногда частично сгруппированные, небольшие, в большинстве случаев величиной от булавочной головки до просянного зерна, а порой и более крупные, округлые возвышающиеся узелки. Последние всегда плотные поверхностные, цвета обычной кожи. Никаких субъективных ощущений они не вызывают. Их количество бывает разным, от довольно обильных до незначительных и крайне мелких высыпаний. Здесь же могут выделяться и единичные более крупные элементы. Мы наблюдали 8 молодых мужчин в возрасте от 19 до 27 лет с проявлениями милиарного невуса полового члена. Четверо из них были направлены к нам урологами, все без диагноза. Трех больных мы имели возможность наблюдать в дальнейшем через 2–3 года от начала заболевания. Никаких изменений в ранее возникших высыпаниях отмечено не было. Позднее дополнительных высыпаний также не было отмечено. Мы полагаем, что каких-либо существенных лечебных вмешательств, при данной невоидной патологии предпринимать не следует. Любая мазевая терапия в этих случаях бесполезна. При наличии отдельных выделяющихся более крупных элементов можно прибегнуть к их удалению. Необходимо разъяснить больному абсолютную безопасность для него имеющихся высыпаний, отсутствие их влияния на любые стороны жизнедеятельности. При содействии врача, больной должен осознать, что возникшие невоидные образования являются чисто генетической особенностью его организма, половым путем не передаются и никак не отражаются на его половом партнере.

Влияния сифилиса беременных на развитие детей.

Коккина О.А., Гурьева В.А., Немцева Т.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

В современных условиях наиболее частым исходом беременности женщин, болевших сифилисом, является не врожденный сифилис, а наличие у ребенка ряда неспецифических патологических состояний.

Целью работы явилась оценка параметров физического и психомоторного развития детей 1-го года жизни, в зависимости от сроков гестации при терапии сифилиса у беременных.

Материалы исследования. Критерии включения в основную группу детей – наличие сифилиса в анамнезе у матери, в

контрольную – отсутствие сифилиса у матери. Критерии исключения: ранний врожденный сифилис, тяжелая соматическая патология, тяжелые пороки развития. Группа 1 включала 31 ребенка, матери, которых получили полный курс лечения по сифилису, согласно приказу №327 МЗРФ 2003 г., до 25-й недели беременности. Группу 2 составили 23 ребенка, матери, которых получили лечение на 25–32-й неделе беременности. Группа 3 включила в себя 19 детей, матери которых не лечились. Рандомизация проводилась по отношению к беременным: по возрасту, паритету, соматической и гинекологической патологии, а так же формам сифилиса. Методы обследования: лабораторная диагностика ИППП; нейросоноскопия; оценка по Апгар; психомоторное развитие – метод Л.Т. Журбы – Е.М. Мاستюковой, антропометрия – по методике А.В. Мазурина. Проведенный анализ перинатальных исходов показал, что церебральные нарушения в группе 3 – установлены у 86,1%, при этом в группе 1 – несколько более чем у половины новорожденных, в то время как в группе 4 – только у каждого пятого ребенка. При этом частота церебральной ишемии средней и тяжелой степени также чаще встречалась у детей группы 2 и 3 (31,6 и 72,2%), тогда как в группе сравнения выявлена значимо реже (10,5%). В группе 2 чаще, чем в группе 1, наблюдалась гипотрофия новорожденных (11,6 и 28,9%). При рождении у детей группы 3 средняя масса тела, окружность головы и объем грудной клетки были достоверно меньшими, чем у детей группы 1 и детей группы сравнения. Через 6 месяцев отличий по массе тела не наблюдалось, однако размеры окружности головы и груди продолжали отставать от таковых в группе сравнения до 12 месяцев. Задержка психомоторного развития (ПМР) наблюдалась у 2/3 детей группы 3 и почти у половины – группы 2. Риск задержки ПМР в группе 1 наблюдался в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. Нормально развивались только 22%, тогда как в группе сравнения таких детей было более 60%. Таким образом, у детей, рожденных от матерей, которые прошли полный курс специфической и профилактической терапии во время беременности, наблюдаются функциональные изменения, проявляющиеся в анамнезе первого года жизни в виде нарушения психомоторного развития, что требует наблюдения и реабилитации всех детей, независимо от сроков гестации проведения терапии сифилиса у матери.

Сердечно-сосудистые риски у пациентов с псориазом.

Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Введение. Псориаз – распространенное хроническое заболевание кожи, популяционная частота которого составляет от 1,5 до 5% [1]. Артериальная гипертензия (АГ), один из важнейших факторов риска развития нежелательных сердечно-сосудистых событий – инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и преждевременной смерти, среди больных

псориазом встречается чаще, чем в общей популяции [2]. Целью работы явилось исследование факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных псориазом, а также оценка риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Работа проводилась на кафедре дерматовенерологии ГБОУ ВПО АГМУ г. Барнаула. Обследовано 126 пациентов с псориазом. Федеральный закон РФ «О персональных данных» соблюден. В ходе работы оценивались анамнестические данные, антропометрические показатели (рост, вес), измерение артериального давления, пульса, в биохимическом анализе крови оценивали показатели общего холестерина, триглицеридов. Для оценки риска смерти в ближайшие 10 лет от ССЗ у исследуемых использовалась шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) и прогностическая программа PROCAM (Prospective Cardiovascular Munster). Группу сравнения составили 30 человек, не страдающих псориазом, 13(43%) женщин и 17(57%) мужчин, средний возраст составил $43,83 \pm 15,67$ лет. Результаты. В исследовании принимали участие 126 больных псориазом, средний возраст которых составил $43,41 \pm 14,64$ лет. Из них 74 (59%) мужчины и 52 (41%) женщины. Средний стаж болезни составил $14,37 \pm 12,21$ лет. У 6 (5%) человек в группе больных псориазом имелся сахарный диабет 2 типа. Наличие вредной привычки — курение, отмечалось у 48 (38%) больных и у 7 (23%) человек в группе сравнения. АГ имела у 68 (54%) больных псориазом и у 11 (37%) человек в группе сравнения. У пациентов с псориазом были выявлены факторы риска ССЗ: избыточная масса тела — 40 (32%) человек, ожирение 1 степени — у 20 (16%) пациентов, у 11 (9%) — ожирение 2 степени, у 8 (6%) — ожирение 3 степени. Причем абдоминальное ожирение отмечалось у 67 (53%) человек. В группе сравнения избыточная масса тела выявлена у 8 (27%) человек, у 2 (7%) — ожирение 1 степени, у 2 (7%) — ожирение 2 степени, у 1 (3%) — ожирение 3 степени. Абдоминальное ожирение имело у 12 (40%) человек в группе сравнения. По результатам биохимического анализа крови у больных псориазом в 61% из общего числа имела гиперхолестеринемия, у 15% пациентов триглицеридемия. Отмечается, что уровень общего холестерина на $0,81$ ммоль/л ($p < 0,05$) в основной группе выше, чем в группе сравнения. Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE у больных псориазом в возрасте от 10 до 65 лет составила: у 78 (63%) больных регистрировался низкий риск смертности, у 20 (16%) — умеренный риск смертности, у 19 (15%) — высокий риск смертности, у 6 (5%) — очень высокий. Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE в группе сравнения составила у 22 (73%) больных регистрировался низкий риск смертности, у 6 (20%) — умеренный риск смертности и у 2 (7%) — высокий риск смертности. Оценка риска смертности от ССЗ по прогностической программе PROCAM у больных псориазом в возрасте от 35 до 65 лет составила: у 55 (67%) человек отмечался низкий риск смертности, у 22 (27%) — средний риск смертности, и у 5 (6%) — высокий риск смертности. Оценка риска смертности от ССЗ по прогностической программе PROCAM в группе сравнения в возрасте от 35 до 65 лет составила: у 20 (86,9%) человек риск смертности низкий, у 3 (13%) — риск смертности средний.

Заключение. В проведенном исследовании было выявлено, что у 82 (65%) больных псориазом имеются 3 и более факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, что на 35% больше, чем в группе сравнения. По результатам оценки риска смертности по шкале SCORE у пациентов с псориазом отмечался высокий риск смертности и был в 2,1 раза больше, чем в группе сравнения. Таким образом, проблема коморбидности псориаза актуальна и требует особого внимания. Необходим мультифакторный подход к наблюдению и лечению пациентов.

Особенности характера кожного зуда у пациентов с atopическим дерматитом.

Константиновская Е.Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Атопический дерматит (АД) представляет собой аллергическое заболевание кожи с наследственной предрасположенностью, сопровождающееся зудом и характеризующееся хроническим рецидивирующим течением. АД — одно из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Зуд является постоянным и неотъемлемым симптомом данного заболевания. Согласно проведенным исследованиям, АД ассоциирован с психоэмоциональными расстройствами и зачастую сопровождается аффективными расстройствами, который усугубляют субъективную симптоматику.

Цель исследования. Изучить особенности кожного зуда у пациентов с atopическим дерматитом

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 26 больных (12 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 7 года до 35 лет (средний возраст $14 \pm 2,24$ лет) с диагнозом atopический дерматит. Помимо жалоб на высыпания и сухость кожи, всех больных беспокоил зуд. Исследуемым были проведены следующие методы исследования: дерматологический осмотр с определением индекса SCORAD и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), исследование сыворотки крови с проведением полимеразной цепной реакции синтеза ДНК гена DRD2 и HTR2C, тестирование с определением выраженности депрессии с определением показателя шкалы депрессии Цунга. По результатам полимеразной цепной реакции пациенты были разделены на две группы: в группу А вошли 8 пациентов (30,78%) с мутацией гена DRD2 или HTR2C, в группу В вошли 18 пациентов (69,23%) без мутации этих генов.

Результаты. Оценка тяжести течения заболевания в группах больных показала, что при мутации генов DRD2 или HTR2C atopический дерматит протекает тяжелее: средние значения SCORAD группе А составили $54,12 \pm 19,11$, а в группе В — $31,17 \pm 9,14$ балла. При этом было отмечено, что интенсивность зуда у больных в группе А, варьировала от 4 до 10 баллов и в среднем составила $8,64 \pm 0,42$ балла, а у пациентов в группе В — от 2 до 8 баллов при средних значениях $7,84 \pm 0,3$ баллов. Оценка характеристики зуда позволила установить, что у больных АД с мутацией генов зуд зависел от нервно-психического состояния пациентов и преимущественно отмечался в вечернее и

ночное время, носил приступообразный характер и не коррелировал с тяжестью течения заболевания. В группе В субъективные симптомы АД носили постоянный характер и строго зависели от выраженности воспалительной реакции. При исследовании выраженности аффективных расстройств на основании тестирования было установлено, что в группе А, средние значения в группе А шкалы Цунга составили $48,25 \pm 3,21$ балла, по сравнению с группой В – $32,51 \pm 2,75$ балла ($p \leq 0,05$).

Вывод. Установлено, что атопический дерматит, при наличии у больных с мутацией генов DRD2 или HTR2C характеризуется тяжелым течением, психогенным характером зуда и формированием депрессивных отклонений.

Иммунорегулирующий индекс – показатель эффективности лечения 5% линиментом циклоферона очагов гнездной алопеции.

Корнишева В.Г., Вашкевич А.А., Беттихер О.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

В основе патогенеза гнездной алопеции лежат иммунные нарушения, обусловленные генетическими факторами и экзогенными триггерами. Это приводит к развитию аутоиммунного процесса, усилению апоптоза в матриксе и нарушению конверсии в волосяных фолликулах. В числе важнейших дополнительных или пусковых факторов имеют место нарушение микроциркуляции и реологии крови, гипоксия, продукты перекисного окисления, токсины, депривация нейротрофических факторов, психоэмоциональные стрессы. Следовательно, в развитии гнездной алопеции существенная роль принадлежит нарушениям местного иммунитета. 5% линимент циклоферона – иммунокорректор местного применения, обладает как прямым, так и опосредованным иммуностропными эффектами. Циклоферон повышает образование фагоцитами активных форм кислорода, способствует завершению фагоцитозу. Применение циклоферона вызывает нормализацию иммунорегулирующего индекса, снижение уровня В-лимфоцитов с одновременным повышением продукции высокоаффинных антител (Исаков В.А., 2003).

Цель исследования. Оценка эффективности применения 5% линимента циклоферона в зависимости от иммунорегулирующего индекса при гнездной алопеции.

Материалы и методы. Линимент циклоферона назначался на очаги облысения 25 больным гнездной алопецией, из них 20 взрослым (12 женщин, 8 мужчин) и 5 детям. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 7 до 15 лет – 5 больных, от 16 до 40 – 14 больных, старше 55 лет – 6 больных. Из 25 больных у 3 была тотальная и у 22 гнездная алопеция, из которых у 13 пациентов заболевание находилось в прогрессирующей стадии. Лечение линиментом циклоферон осуществлялось больным после получения их устного согласия или согласия родителей. 5% линимент циклоферона втирали в очаги облысения 1 раза в день.

Продолжительность курса лечения у 13 больных составила 1 месяц, у 12 – 3 месяца. Оценка эффективности лечения проводилась по следующим клиническим критериям: -сроки уменьшения или прекращения выпадения волос; -сроки появления роста пушковых или длинных волос в очагах облысения. Перед началом лечения больным проводили клинические исследования анализов крови, мочи, биохимическое (билирубин, трансаминазы, глюкоза), иммунологическое (Т-лимфоциты и субпопуляции) исследования сыворотки крови. После окончания курса лечения линиментом циклоферона проводили контрольные клинические, иммунологические исследования. Прекращение выпадения волос, укрепление волосяных фолликулов вокруг очагов облысения, начало роста пушковых или длинных волос расценивали как улучшение. Выздоровление считали в том случае, когда полностью выросли волосы в бывших очагах облысения и корни волос были укреплены. Ухудшение оценивали, когда на фоне лечения усиливалось выпадение волос, и появлялись новые очаги или увеличивались старые очаги алопеции.

Полученные результаты. Проведено сравнение содержания Т-лимфоцитов и субпопуляций 11 больных, у которых лечение было эффективным, с аналогичными показателями 9 больных, у которых лечение было малоэффективным. Выявлены следующие различия иммунорегулирующего индекса. У больных, у которых лечение закончилось выздоровлением, соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам перед лечением составило $3,8 \pm 0,4$, за счет низкого содержания Т-супрессоров. У больных, у которых лечение было малоэффективным, соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам было $1,4 \pm 0,18$. Содержание Т-супрессоров у этой группы больных было на верхней границе нормы. Выводы: лечение 5% линиментом циклоферона было эффективно у больных, имевших перед лечением низкое содержание супрессорной активности Т-лимфоцитов и высокий иммунорегулирующий индекс.

Оральный красный плоский лишай, как маркер вируса гепатита С.

Корсантия Н.Б., Кацитадзе А.Г., Киладзе Н.П., Тевзадзе М.Ш., Цискаришвили Н.В., Корсантия Н.Б.

Тбилисский государственный медицинский университет, Тбилиси

Более 170 миллионов человек во всем мире инфицированы вирусом гепатита С (HCV), что составляет 3% от мирового населения. По показателю вирус-специфических антител Грузия занимает третье место (более 200 000 взрослых людей) после Египта и Монголии. У большинства пациентов острый и хронический С гепатит протекает бессимптомно. Сами пациенты и врачи в течение длительного периода могут не обнаружить никаких признаков болезни. Четкое наблюдение и анализ экстрагепатических признаков болезни – часто являются первыми ключами к диагнозу инфекции HCV. Кожная симптоматика и признаки, соответствующие инфекции HCV, обнаруживаются у 20–40% дерматологических пациентов. Красный плоский лишай (КПЛ) – одно из экстрагепатических

проявлений HCV, который должен расцениваться как ранний маркер потенциально фатального хронического заболевания печени. Часто папулезные повреждения КПЛ внезапно появляются на запястьях и руках, вызывая сильный зуд кожи. Оральные признаки КПЛ встречаются реже. У многих пациентов начало орального КПЛ бессимптомно, и они могут ничего не знать о состоянии полости рта. В таких случаях дерматолог или зубной врач могут идентифицировать клинические изменения в слизистой оболочке рта.

Целью исследования было выявление ассоциации инфекции HCV с оральным КПЛ.

Материал и методы. Исследование проводили на 80 пациентах с КПЛ слизистой оболочки полости рта (возрастной диапазон 35–60 лет; 40 женщин и 40 мужчин). Исследование проводилось в Тбилисском государственном медицинском университете, в отделах дерматологии-венерологии и одонтологии. Диагноз HCV подтверждали наличием антител к вирусу гепатита С (анти-HCV) и HCV-RНК. Некоторые пациенты жаловались на шероховатость слизистой рта, чувствительность к горячей или острой пище, к гигиеническим продуктам полости рта, болезненность слизистой оболочки, боль в деснах; красные или белые пятна на слизистой оболочке полости рта, десен или изъязвления. 51 пациент (64%) жаловались на дискомфорт во рту, особенно в связи с атрофическими и эрозивными повреждениями.

Результаты. Из обследованных 80 пациентов с оральным КПЛ, у 11 зафиксирована инфекция HCV – 13,75% (3 женщины и 8 мужчин). Во всех случаях вирусный гепатит С был диагностирован впервые. У 36 пациентов (46%) с оральным КПЛ заболевание совпало с повреждениями кожи. В 25% случаев у женщин были вовлечены гениталии (2,5% у мужчин). Совпадение половых и кожных повреждений было зафиксировано, главным образом, у пациентов с положительными тестами на HCV – 7 пациентов из 11 (64%). **Заключение.** Наши исследования показали, что у пациентов с КПЛ полости рта чаще преобладает HCV инфекция. Обнаружение в полости рта красного плоского лишая должно наводить на мысль о наличии у пациента вирусного гепатита С, что будет иметь большое значение в дифференциальной диагностике и позволит в последующем избежать многих терапевтических ошибок.

Опыт использования таксонографического комплекса для динамического наблюдения за меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями кожи в клинической практике.

Кочетков М.А., Потехаев Н.Н., Жукова О.В., Львов А.Н., Фриго Н.В., Бобко С.И., Хлыстова Е.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Динамическое наблюдение за меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями на коже информативно для ранней диагностики меланомы кожи, но представляет определенные трудности при многочисленных высыпаниях. Основные принципы скрининга: важность

медицинской проблемы, доступность метода диагностики, наличие эффективных методов лечения, экономическая целесообразность. Тщательный полный осмотр всей кожи пациента под различным увеличением имеет большое значение для постановки диагноза. Прогноз заболевания во многом определяет своевременная диагностика и лечение. Отмечено, что при выявлении опухоли на ранних стадиях (pT1, pT2) путём хирургического лечения можно достигнуть 10-летнего безрецидивного периода в 80–90% случаев. Снижение смертности от меланомы кожи в развитых странах связано с ранней диагностикой, своевременным лечением, выявлением лиц, входящих в группу риска и лечением новообразований, являющихся предшественниками меланомы кожи, в частности, диспластических невусов (Арутюнян Л. С., 2010).

Цель: разработка критериев для совершенствования массового скрининга групп риска и динамического клинико-инструментального наблюдения пациентов с высоким риском развития меланомы кожи в условиях крупного мегаполиса. В центре создан и проходит испытания прототип программно-аппаратного комплекса, позволяющего производить динамическое клинико-инструментальное наблюдение за пациентами с меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями на коже. Комплекс позволяет проводить неинвазивное сканирование кожи в ультрафиолетовом, видимом и инфракрасных диапазонах. Полученная информация обрабатывается и хранится в базе данных, а в дальнейшем может быть обсуждена посредством дистанционного телемедицинского консультирования. База данных может пополняться из удаленных медицинских центров в масштабе города и страны. Подана заявка на изобретение «Таксонографический комплекс для клинико-инструментального динамического наблюдения за больными дерматозами, меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями кожи». В 2015 году при помощи прототипа программно-аппаратного комплекса проведено клинико-лабораторное обследование 40 пациентов с меланоцитарными и немеланоцитарными новообразованиями на коже. На основании полученных данных составлялась «карта тела» с обозначением и описанием исследуемых и подозрительных образований. В результате проведенной работы уточнен пошаговый алгоритм клинико-инструментального обследования пациентов. Выявлены и устранены существенные недостатки в надежности хранения полученных данных.

По результатам проведенных клинических исследований в 25% наблюдений при первичном обследовании к дерматовенерологу выявлены меланоцитарные и немеланоцитарные образования с различными признаками озлокачествления. За наблюдаемый период (2015 г.) по результатам динамического наблюдения признаков озлокачествления образований в наблюдаемой группе не выявлено. В исследуемой группе (40 человек) не удалось выявить зависимости выявления признаков озлокачествления от локализации образований. Необходимо дальнейшее усовершенствование конструкции программно-аппаратного комплекса в части быстродействия, стабильности работы и совершенствования программного обеспечения.

Лечение больных красным плоским лишаем с использованием комплексных физиотерапевтических методик.

Круглова Л.С., Жукова О.В., Левшин Р.Н., Федотова К.Ю.

Елецкий кожно-венерологический диспансер, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва, Елец

Современная концепция терапии красного плоского лишая подразумевает не только медикаментозное лечение, но и использование физиотерапевтических методик. В настоящее время широко применяются преформированные физические факторы: ультрафиолетовое (УФ) облучение, лазерное излучение, поляризованный свет, низкочастотное и высокочастотное магнитное излучение, ультразвук, лекарственные форезы и др. Среди всех физиотерапевтических методов основное место по-прежнему занимает ультрафиолетовое облучение. Под нашим наблюдением находилось 23 больных с красным плоским лишаем в стадии обострения, из них 19 женщин (82,6%) и 4 мужчины (17,4%), в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст составил $34,8 \pm 3,2$ года). У большинства пациентов 69,6% процесс носил распространенный характер (площадь поражения от 30% до 50%), у 30,4% – диффузный (площадь поражения более 50%). Все пациенты получали комплексную терапию, включающую узкополосную (311нм) УФБ – фототерапию. Общая эффективность комплексного лечения составила 82,6%, сроки лечения – $28,7 \pm 1,4$ дня, количество процедур – $19,1 \pm 1,2$. Максимальная разовая доза – $1,92 \pm 0,33$ Дж/см² при суммарной дозе облучения $21,7 \pm 0,2$ Дж/см². Переносимость УФБ-терапии в целом была хорошей. Побочные реакции в виде проходящей эритемы были отмечены у 4 пациентов (17,4%), ксероз отмечали 21,7%. До лечения большинство больных жаловались на средней интенсивности зуд – Пруриндекс составлял 7,4 балла. К концу первой недели комплексной терапии индекс снизился на 64%. К концу лечения Пруриндекс редуцировал на 98%. Эти данные находились в соответствии с показателями биохимических маркеров зуда в сыворотке крови серотонина и гистамина, содержание которых к концу лечения снизилось в 2,6 и 3,1 раза соответственно и достигло нормальных значений. Динамика показателей, отражающих качество жизни больных, показывает, что с уменьшением субъективных и объективных симптомов заболевания пропорционально улучшались и эти показатели. В среднем ДИКЖ улучшился на 88,3%. Таким образом, комплексная терапия, включающая в себя УФБ (311 нм) – фототерапию является высокоэффективным, хорошо переносимым и достаточно безопасным методом лечения пациентов с распространенной формой красного плоского лишая.

Опыт применения структурно-резонансной терапии в лечении различных клинических форм красного плоского лишая.

Круглова Л.С., Жукова О.В., Левшин Р.Н., Федотова К.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Елецкий кожно-венерологический диспансер, Москва, Елец

В последнее время отмечается тенденция к увеличению торпидно протекающих, резистентных к терапии диссеминированных форм красного плоского лишая (КПЛ). Актуальной задачей современной дерматологии является разработка эффективных способов лечения КПЛ и профилактики рецидивов, повышающих качество жизни пациентов. Существенная роль в оптимизации терапии КПЛ, предупреждении обострений принадлежит физиотерапевтическим методам. Комплексное лечение больных КПЛ может обеспечить высокий терапевтический результат. Современные экспериментально-клинические исследования раскрыли перспективы применения структурно-резонансной терапии (СРТ). СРТ обладает эффектами иммунной и вегетативной коррекции, что способствует нивелированию воспалительных процессов и повышает адаптивные возможности организма. Под нашим наблюдением находилось 34 больных с КПЛ в стадии обострения, из них 22 женщины (64,7%) и 12 мужчин (35,3%), в возрасте от 19 до 54 лет ($37,8 \pm 3,6$ года). У 82,4% пациентов процесс носил распространенный характер (площадь поражения от 30% до 50%), у 17,6% диффузный (площадь поражения более 50%). Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет ($2,8 \pm 1,1$ года). Всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, включающие сбор анамнеза, оценка дерматологического статуса с использованием индекса тяжести кожного процесса Index Lichen Planus (ILP), опросника Behavioral Rating Scores (BRS), определение индекса качества жизни (ДИКЖ), а также динамика уровня биохимических маркеров зуда (серотонин, гистамин). На факторы, провоцирующие обострение КПЛ (стрессы, нервное перенапряжение) указывали 70,6% больных, обострение сопутствующей патологии 2,9%, перенесенные инфекционные заболевания 8,8%. В 17,6% случаях начало заболевания больные ни с чем не связывали. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на три сопоставимые по основным параметрам группы: 1 группа (основная) – 14 больных получали комбинированную СРТ с одновременным нанесением топических глюкокортикоидов средней силы (гидрокортизона бутират 0,1% мазь). 2 группа (сравнения) – 12 больных получали только наружную терапию топическими глюкокортикоидными средствами. 3 группа (контроля) – 8 больных получали наружную терапию топическими глюкокортикоидами при имитации проведения СРТ без включения аппаратов (оценка «пlacebo» эффекта). Комбинированную СРТ проводили на аппаратах «Рематерп» и «Кэлси» (Россия). На курс 10 процедур ежедневно с использованием сканирующего бесконтактного автоматического режима № 43 (0,02–270кГц экспозиция 43 мин) аппарата «РЕМАТЕРП», и далее дополнительно, последовательно, без временного интервала, контактное (посредством электродов) электроимпульсное воздействие на воротниковую зону 0,2–360 кГц экспозиция 45 мин. сканирующим автоматическим режимом аппаратом «КЭЛСИ-01-МЦК» на курс 10 процедур. Обе процедуры проводились последовательно в один день. Анализ и обработка статистических данных выполнялись с использованием

программ STATISTICA 6,0 и BMDP для IBMPC. До лечения большинство больных жаловались на средней интенсивности зуд, нарушение сна, нервозность. Анализ выраженности зуда и вызываемого им нарушения повседневной деятельности с использованием опросника BRS отражал степень отрицательного влияния зуда на повседневную жизнь. Через 1 неделю от начала лечения в 1 группе отмечался более выраженный регресс субъективной симптоматики: снижение показателя BRS на 35% ($p < 0,05$), во 2 группе BRS достоверно значимо не изменился, в 3 группе на 18% ($p < 0,05$). К концу лечения в 1-й группе значение BRS составило $0,3 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$), во 2-й – $4,1 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$), в 3-й – $3,2 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$). Индекс ILP в 1-й группе снизился на 78% ($p < 0,05$), во 2-й – на 29,7% ($p < 0,05$), в 3-й – на 41,5% ($p < 0,05$). Положительный терапевтический эффект отмечался у 92,8% больных в 1 группе, у 50% 2 группы и у 62,5% больных 3 группы. После лечения наряду с улучшением клинической картины заболевания улучшались и показатели качества жизни наблюдаемых больных, оценивавшиеся путем определения ДИКЖ. Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась после применения сочетанной СРТ, после которой ДИКЖ снизился на 89,5% ($p < 0,05$), в то время как во 2 и 3 группах он снизился на 49% ($p < 0,05$) и 58% ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, комплексная терапия, включающая в себя комбинированную методику СРТ, является высокоэффективным, хорошо переносимым и безопасным методом лечения пациентов с распространенной формой КПЛ, что лежит в основе повышения комплаентности данной категории больных.

Анизоморфоны спинномозговой жидкости при серорезистентности.

Кузнецова Н.А., Важбин Л.Б., Шатохина С.Н.

Московский областной кожно-венерологический диспансер, Москва

В течение последнего десятилетия участились случаи выявления нейросифилиса (НС) у пациентов, ранее лечившихся по поводу разных форм сифилиса. В связи с широким использованием антибактериальных препаратов изменилась реакция организма человека на внедрение бледной трепонемы и часто при общеклиническом исследовании спинномозговой жидкости (СМЖ) показатели (концентрация белка и клеточных элементов) остаются в пределах нормы, а серологические тесты дают отрицательные или сомнительные результаты, что не позволяет подтвердить специфическое поражение нервной системы. Несмотря на применение широкого спектра лабораторных тестов, своевременная диагностика НС остается актуальной проблемой. В настоящем исследовании изучены структуры СМЖ с помощью метода краевой дегидратации биологических жидкостей (раздел технологии Литос-система). Данная технология позволяет получить диагностическую информацию путем перевода жидкокристаллических структур СМЖ в кристаллические (анизоморфоны) и наблюдать их при микроскопии в поляризованном свете.

Целью нашего исследования явился поиск диагностических признаков поражения структур мозга бледной трепонемой у больных лечившихся ранее по поводу сифилиса. Обследовано 68 пациентов, которые в предыдущие годы получали лечение по поводу разных форм сифилиса (ранний скрытый, первичный, вторичный рецидивный) с резкоположительными и положительными результатами специфических серологических тестов, отрицательным или положительным неспецифическим РПР-тестом в сыворотке крови. При исследовании СМЖ выявлены отрицательные или сомнительные результаты специфических тестов и нормальные общеклинические показатели (концентрация белка и клеточных элементов). Из них 29 (14 женщин в возрасте 26–48 лет и 15 мужчин в возрасте 28–60 лет) пациентов с разными формами сифилиса с давностью заражения от 4 до 18 лет и устойчивой серорезистентностью. У всех 29 пациентов сохраняется позитивность нетрепонемного РПР-теста с титром 1/2-1/16 и резкоположительные результаты трепонемных тестов в сыворотке крови. У 39 из 68 пациентов анизоморфоны СМЖ представлены компактными по структуре сферолитами и дендритами с признаками вторичного роста, что является вариантами нормы. У 29 пациентов с устойчивой серорезистентностью определяется небольшое количество разволокненных дендритов, умеренное или значительное количество сферолитов с массивными включениями «шаров», так называемый «хамстер-эффект» – у 25 пациентов, гранулированные шары – у 22 пациентов. На фоне выраженного «хамстер-эффекта» овалы внутри сферолитов определяются у 4 пациентов, вне сферолитов – у 6 пациентов, следует отметить наличие у 5 из них неврологической симптоматики. У двух пациентов овалы располагаются внутри и вне сферолитов. Эти образования в виде аморфных овалов, гранулированных шаров, сферолитов с массивными включениями «шаров» указывают на деструктивные процессы в тканях центральной нервной системы. Таким образом, проведенные исследования показали, что применение метода краевой дегидратации СМЖ по технологии «Литос-система» у пациентов с сифилисом в анамнезе с резкоположительными или положительными специфическими серологическими показателями в сыворотке крови, устойчивой серорезистентностью и отрицательными результатами серологических тестов и нормальными общеклиническими показателями в СМЖ позволяет диагностировать деструктивный процесс в центральной нервной системе при персистенции сифилитической инфекции в организме.

Мониторинг возрастных и гендерных особенностей кожи невазивными методами.

Курдина М.И., Макаренко Л.А., Лебедева А.О., Курдина Е.Е.

ГК «МЕДСИ», Научный клинический центр ОАО «РЖД», ЗАО «Международный центр медицинской пивавки», Москва

Целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка физиологического состояния кожи мужчин и женщин разных возрастных групп с помощью высокочастотного

ультразвукового исследования (УЗИ). Клиническая характеристика больных и методы обследования: В исследование были включены 83 женщины и 36 мужчин в возрасте от 20 до 70 лет. Критериями включения в группу являлись – возраст от 20 до 70 лет; светлая кожа с конституциональной пигментацией светло-коричневых оттенков; II-III тип кожи по T.Fitzpatrick; отсутствие в анамнезе и в момент обследования кожных и острых и/или декомпенсированных соматических заболеваний; отсутствие в анамнезе реконструктивных и/или пластических операций; использования инъекционных методов в зоне исследования. Всем наблюдаемым проведено УЗИ кожи лица (лоб, носогубная складка) и шеи (передняя поверхность). Исследование выполняли при помощи аппарата iU 22 фирмы Philips высокочастотным линейным датчиком с частотой 17,5 МГц в режиме сканирования Sm Parts Superficial. Начинали исследование в В-режиме путем поперечного и продольного сканирования исследуемых участков кожи, с целью оптимизации изображения в серой шкале использовали тканевую гармонику, sono-CT и X-res. Полученные данные обрабатывались многофакторным дисперсионным анализом (STATISTICA Version 10, Analysis Of Variances, ANOVA) для межгрупповых сравнений. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Параметры нормальных распределений признаков в выборках описывали в формате $M \pm m$ (средние значения и среднеквадратическое отклонение). Построение кривых регрессии осуществляли с помощью ПО Microsoft Office EXCEL 2010.

Результаты исследования. При УЗИ у всех обследованных кожа визуализировалась в виде расположенных горизонтально последовательных слоев. Структура кожи лица и шеи у женщин и мужчин разного возраста имеет ряд морфологических особенностей: различную толщину и структуру эпидермиса и дермы в зависимости от возраста, появление гипозоногенной субэпидермальной полосы. У лиц обоего пола первые качественные изменения структуры кожи визуализируются после 30 лет. Толщина эпидермиса и дермы с возрастом достоверно меняется, причем максимальные изменения зарегистрированы в области лба и носогубных складок. Возрастные изменения кожи достоверно проявляются в изменении толщины ее слоев, причем наиболее выраженные изменения наблюдаются в области лба и носогубной складки. Толщина эпидермиса лба женщин увеличивается с 20 до 70 лет в среднем на 25,5%, у мужчин уменьшается к 70 годам в среднем на 30%. В этот же возрастной период дерма лба у лиц обоих полов с возрастом утончается – на 18,7% и 8,3% у женщин и мужчин соответственно. Толщина слоев кожи мужчин и женщин в области носогубной складки с возрастом уменьшается, у женщин – в среднем на 36% и 19%; у мужчин – на 25% и 6,75% соответственно. Толщина эпидермиса лиц обоих полов в области передней поверхности шеи достоверно не меняется. Дерма мужчин и женщин утончается с 20 до 70 лет в среднем на 10% и 12% соответственно.

Выводы. Высокочастотное ультразвуковое исследование позволяет определять структурные особенности кожи у людей обоего пола любого возраста: толщина и эхогенность эпидермиса и дермы, наличие гипозоногенной субэпидермальной полосы. Полученные результаты позволяют приблизиться к определению понятия здоровой

кожи человека на основе количественных и качественных ультразвуковых характеристик кожи женщин и мужчин в разные возрастные периоды жизни.

Базально-клеточный рак кожи: сравнение методов лечения, первый опыт операций по Mohs.

Кушкин Д.Н., Катунина О.Р.

ОАО «Медицина», Клиника Кожи, Москва

Проанализированы отдаленные результаты лечения больных с назально-клеточным раком кожи. По нашим данным, период, в течение которого фиксировались рецидивы, составлял более 5 лет и в отдельных случаях составлял более 8 и более 12 лет. Выявлена корреляция между риском рецидива в зависимости от клинко-морфологической формы и возрастом пациента. Представлен первый опыт удаления базально-клеточного рака кожи методом хирургической эксцизии с проведением интраоперационного контроля границ резекции (методика по Mohs). При отсутствии собственных отдаленных результатов, тем не менее по литературным данным данный подход демонстрирует меньший риск возникновения рецидивов в дальнейшем. Метод применялся согласно рекомендаций NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Basal Cell Skin Cancer.

Вирусные инфекции и бесплодие у мужчин: есть ли связь.

Куц А.А., Евдокимов В.В., Курило Л.Ф., Сорокина Т.М., Ковальк В.П., Гомберг М.А.

Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н.Ф. Гамалеи, Медико-генетический научный центр, Клинико-диагностический центр Федерального клинического центра высоких медицинских технологий, Москва

Согласно опубликованным данным, в мире ежегодно регистрируется около 340 млн новых случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и не менее 15% пар страдают бесплодием. Среди этиологических агентов ИППП в последнее время все чаще обнаруживают вирусы. Однако сведения о мужском факторе в развитии бесплодия вообще, а в частности о влиянии вирусов на состояние репродуктивной системы противоречивы.

Цель настоящей работы состояла в изучении распространенности герпесвирусов человека (ГВЧ) в урогенитальном тракте (УГТ) у мужчин с бесплодием и у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями (ВЗ) УГТ для установления возможной связи между вирусными инфекциями и снижением фертильности у мужчин. Были поставлены следующие задачи: 1. определить частоту встречаемости ГВЧ (ВПГ1/2, ЦМВ, ВЭБ, ВПЧ-6) в эякуляте мужчин с бесплодием, ВЗ УГТ и в контрольной группе фертильных мужчин; 2. провести анализ вирусной

нагрузки в эякулятах; 3. оценить влияние ГВЧ на основные показатели спермы.

Материал и методы исследования. Обследованы 476 мужчин, составивших 4 группы: группа 1 (n=180) – пациенты с бесплодием, страдающие хроническими ВЗ УГТ; группа 2 (n=82) – фертильные мужчины с ВЗ УГТ; группа 3 – 175 пациентов с идиопатическим бесплодием; группа 4 – практически здоровые фертильные мужчины (n=39), обратившиеся для профилактического обследования. У 262 пациентов групп 1 и 2 был установлен простатит, у 133 из них – хронический простатит в стадии ремиссии и у 129 – хронический простатит в стадии обострения. Бесплодие устанавливали, если после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции у женщины не наступала беременность. Образцы эякулята были получены пациентами путем мастурбации после 3-дневного полового воздержания. Спермиологическое обследование проводили согласно Руководству ВОЗ (WHO, 2010). Присутствие ГВЧ оценивали методом количественного ПЦР. Для выявления ДНК ВПГ, ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6 использовали наборы реагентов для ПЦР в режиме «реального времени» фирмы Интерлабсервис (Москва, Россия). Статистические различия анализировали с использованием компьютерных программ STATISTICA 6,0 и BIOSTAT, применяя критерии Стьюдента и Манна-Уитни. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В образцах спермы практически здоровых мужчин в группе 4 ДНК изученных вирусов обнаружена не была. В группах 1–3 ДНК ГВЧ суммарно была обнаружена у 78/437 пациентов (17,8%). Чаще – 36/437 (8,2%) ГВЧ встречались у пациентов группы 1 (бесплодие+ВЗ УГТ), реже – 14/437 (3,2%) – в группе 2 (фертильные+ВЗ УГТ), $p=0,002$. Среди ГВЧ при моноинфекции несколько чаще встречался ВГЧ-6 (7,3%) ($p > 0,05$), сочетания различных ГВЧ выявлены у 12 пациентов (2,7%). Количественный анализ ДНК ГВЧ суммарно выявил значительную вариабельность значений в эякулятах: минимальное значение составило 1 копию ДНК, максимальное – 131 127 копий/100 тыс. кл., причем концентрация ДНК ЦМВ была статистически значимо выше – 388 копий/100 тыс. кл, чем ВГЧ-6 и ВЭБ-27 и 11 копий/100 тыс. кл. соответственно ($p < 0,001$). Для оценки влияния бесплодия и ВЗ УГТ на основные показатели качества спермы были изучены 205 спермограмм. Показатели спермограмм здоровых мужчин были значительно выше, чем у мужчин с бесплодием и ВЗ УГТ в группах 1-3, по подвижности и морфологически нормальным клеткам различия были статистически значимыми ($p < 0,0001$). Значимые различия выявлены также по средним значениям между группой 1 и группами 2 и 3. Наиболее важно, что в группах 1 и 2 показатели качества спермы в эякулятах, инфицированных вирусами, оказались значительно ниже, чем показатели в неинфицированных эякулятах ($p < 0,05$).

Заключение. В настоящей работе на большом клиническом материале показано, что у пациентов с идиопатическим бесплодием в сравнении с фертильными мужчинами снижены такие показатели качества спермы, как подвижность сперматозоидов и количество морфологически нормальных форм половых клеток. При сочетании бесплодия и ВЗ УГТ негативные изменения этих показателей выражены в ещё большей степени. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии изученных вирусов

на мужскую фертильность и указывают на целесообразность вирусологического обследования пациентов с бесплодием и воспалительными заболеваниями УГТ, а также образцов сперматозоидов в банках спермы. Это позволит предотвратить возможную горизонтальную передачу вирусов половым партнерам и вертикальную – новорожденным, а также разработать тактику лечения у пациентов бесплодия ассоциированного с герпесвирусами.

Высокомолекулярные концентраты пробиотических бактериальных культур: антипатогенный потенциал в дерматовенерологии и косметологии.

Лахтин М.В., Афанасьев С.С., Лахтин В.М., Алешкин В.А.

Московский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва

Высокомолекулярные (27–220 кД, рI 3,5-8,5) концентраты (ВМК) культур пробиотических бактерий человека (ПБ: лактобацилл и бифидобактерий) содержат такие антипатогенные системы (против *S.aureus* и *C.albicans*), как распознающие гликоконъюгаты (ГК) пробиотические лектины (ПЛ), гидролазы, оксидоредуктазы, экзополимерные соединения (ЭПС), цитокины-подобные и другие [1]. При этом продуценты антипатогенных систем (моно- и мультиштаммовые пробиотики) проявляют свойства лидерных микроорганизмов в микробиоценозе пробиотического компартмента биотопа [2, 3].

Цель работы – оценить перспективы ВМК культур ПБ в дерматовенерологии и косметологии. Результаты указывают на то, что в синергистическом действии антипатогенных систем ВМК: *отсутствует ряд неспецифических активностей и низкомолекулярных ингибиторов (внеклеточных и внутриклеточных) активных ВМК, что улучшает нацеленность антипатогенных ВМК на мишени, позволяет избирательно использовать антипатогенные активности ВМК, повышает эффективность их кофункционирования в интерактомной сети с другими защитными системами (цитокиновой, макрофаговой, клетками с взаимозависимым варьированием CD-антигенов, системой комплемента, системами крови); *задействованы лектиновые системы ПБ (сильно- и слабокислые, щелочные; поверхностноклеточные и внеклеточные; различающиеся избирательностью связывания полимерных ГК – псевдополисахаридов и гликоантигенов; действующих каскадно во времени и пространстве), что позволяет использовать большее число механизмов сочетанного антимикробного действия ПЛ в биотопе; *проявляются «мягкость» (адаптивность к условиям биотопа) действия ПЛ в сравнении с химиопрепаратами и антибиотиками, отсутствие побочных эффектов; *реализуется депонирующее действие ПЛ (комплексных, частичковых, адсорбированных на клеточной поверхности, в составе слизи и других гелей), обеспечивающее пролонгацию и разнообразие антипатогенных эффектов в процессе антибиотико- и химиотерапии); *в комплексах ПЛ—ГК избирательно и направленно экспонируются

высокоактивные антимикробные компоненты (ПЛ как носители, удерживающие и доставляющие наборы ГК в биотопах), что важно для проявления и повышения активностей, их адресной реализации, временного маскирования и консервации, обеспечения антипатогенного синергизма посредством контролируемой задержки высвобождения эффекторов ГК-природы в действующих антипатогенных каскадах; *реализуется антипатогенное кофункционирование ПЛ как со сцепленными ЭПС, так и с щелочными деполимеризованными наборами эффекторов; *используются иммуномодулирующие активности, антиаллергенный потенциал протеазных систем, способность ЭПС удерживать влагу (в том числе в порах гидрофильных гелей). В составе ВМК проявляются антиопухолевой потенциал (стимулирование продукции клетками человека фактора некроза опухоли, противодействие пигментобразующим процессам). Кофункционирование лактобациллярных каскадных систем оксидоредуктаз и антиоксидантов перспективно для применения ВМК с эффектом отбеливания, что имеет косметическое значение для профилактики и коррекции дефектов кожи в случае использования ВМК Ацилакта. Вывод. Результаты указывают на перспективность ВМК как базовых безклеточных метаболических мультифункциональных препаратов с имитирующими пробиотика свойствами, способных к модуляции и поддержке извне проявляемых ими антипатогенных и антиопухолевых макрофункций.

Корреляция клинической картины и результатов серологической диагностики у пациентов с буллезным пемфигоидом Лёвера.

Лебедева Е.В., Полевщикова С.А., Жукова О.В., Львов А.Н., Сапожникова Н.А., Маляренко Е.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель: оценить степень конкордантности клинической симптоматики и результатов серологических методов диагностики (ИФА) у пациентов с буллезным пемфигоидом Лёвера.

Материалы и методы. Проанализированы стационарные карты 13 пациентов со следующими клиническими диагнозами по МКБ 10: Буллезный пемфигоид L 12.0, Дерматит герпетиформный L 13.0, Пузырчатка обыкновенная L 10.0 и Пузырчатка себорейная L 10.4, Рубцующийся пемфигоид L 12.1. Возраст обследованных пациентов составлял от 60 до 80 лет, гендерное распределение – мужчины:женщины = 5:8. Серологическая диагностика проводилась с использованием иммуноферментного анализа для определения аутоантител к рекомбинантным антигенам буллезного пемфигоида (тест-системы Euroimmun ELISA).

Результаты. При проведении иммуноферментного анализа было установлено, что в 6 случаях выявлены диагностически значимые концентрации аутоантител к антигену буллезного пемфигоида 2 (BP 180) и антигену буллезного пемфигоида

1 (BP 230), что серологически подтверждало клиническую картину буллезного пемфигоида Лёвера. Возраст пациентов составлял старше 69 лет. В 4 случаях при клинически выраженной картине герпетиформного дерматита Дюринга аутоантитела к антигену буллезного пемфигоида 2 (BP 180) и антигену буллезного пемфигоида 1 (BP 230) не были обнаружены, за исключением 1 пациента, у которого выявлялись аутоантитела к антигену буллезного пемфигоида 1 (BP 230). У остальных пациентов концентрации аутоантител к антигену буллезного пемфигоида 2 (BP 180) и антигену буллезного пемфигоида 1 (BP 230) были на уровне минимальной пороговой концентрации, что подтвердило клинический диагноз, поставленный ранее (пузырчатка обыкновенной, пузырчатка себорейной и рубцующегося пемфигоида), до серологической диагностики.

Выводы. Иммуноферментный анализ для определения аутоантител к рекомбинантным антигенами буллезного пемфигоида (BP 180) и (BP 230) является высокочувствительным, специфичным и быстро воспроизводимым диагностическим методом, что позволяет в большинстве случаев выставить диагноз буллезного пемфигоида Лёвера на основании повышения концентраций аутоантител в сыворотке крови и провести корреляционную связь с клиническими проявлениями данного заболевания у пациента.

Особенности клинического течения гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна у пациентки с болезнью Верльгофа, возможности адъювантной терапии при СО 2-лазерной деструкции: случай из клинической практики.

Левшин Р.Н., Сухова Л.П.

Липецкий областной кожно-венерологический диспансер, Липецк

По данным ВОЗ от 60–85% населения инфицировано ВПЧ, однако лишь 2–2,5% из них имеют клинические проявления. Все чаще в практике дерматовенеролога среди пациентов с аногенитальным папилломатозом наблюдаются крупные, множественные, рецидивирующие формы, а неадекватное самолечение и иммунодефицитные состояния различного генеза способствуют формированию резистентности к различным видам деструкции. В ряде случаев на фоне тяжелой соматической патологии, супрессии иммунитета, травматизации, микст инфекции кондиломы трансформируются в гигантскую кондилому Бушке-Левенштейна (КБЛ). КБЛ редкая патология (condyloma acuminata gigante Buschke-Loewenstein) – облигатный предрак кожи, ассоциированный с ВПЧ 6 или 11(возможно ВПЧ – 1,16,18, 31 и 33 типов), клинически очень сходный с экзофитным веррукозным плоскоклеточным раком. КБЛ следует дифференцировать от обычной остроконечной кондиломы, широких кондилом при сифилисе, папилломатоза Gottron и плоскоклеточного рака. Болезнь Верльгофа (БВ) – идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура относится к геморрагическим диатезам с нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы с частотой от 2 до 20 на 100 000 населения. Сочетание

таких нозологий у одного пациента представляет собой большой клинический интерес. Пациентка Ф., 1957 года рождения в июне 2013 обратилась в ЛОКВД с жалобами на крупные болезненные, иногда кровоточащие образования в перианальной области, малых и больших половых губ, преддверия влагалища, периодические появления мелких «синяков» при незначительных механических воздействиях на кожу. Из анамнеза: редкие носовые кровотечения, появления кровоизлияний в кожу отмечает с детства, с 15 лет находилась под наблюдением у гематолога с Ds:BB. Хроническая регенераторная форма с редкими рецидивами. С 2011 года стала отмечать появления единичных, а затем и множественных образований в области наружных половых органов, неоднократно проводились курсы криодеструкции, электрокоагуляции. Несмотря на проводимое лечение, через 2–3 месяца констатировались рецидивы. Самостоятельно, без рекомендаций врача применяла фerezол, кондилин, кераворт, что сопровождалось изъязвлениями, мацерацией, появлением болей и прогрессивной вегетацией кондилом. На момент поступления: в аногенитальной области множественные крупные сливные конгломераты бородавчатых разрастаний, кровоточащие изъязвления, бороздки. По периферии основного очага сателлиты – отдельные остроконечные кондиломы. Периферические лимфоузлы не увеличены. На кожных покровах конечностей, туловища единичные петехии, экхимозы. Проведены: консультации онколога (биопсия, гистологическое исследование, МРТ органов малого таза (ОМТ), региональных лимфатических узлов, кольпоскопия, аноскопия до зубчатой линии), гематолога (дицинон, аскорутин). Общий анализ крови: Hb 118 г/л, эр. 3,7х 10¹²/л, тромбоциты 98* 10⁹/л, СОЭ 28 мм/ч; биохимия крови в норме. ПЦР сопутствующих инфекций не выявила, обнаружен ВПЧ 6,11. Гистология биоптатов: выраженный акантоз, вакуолизация шиповатого слоя, выраженная гиперплазия эпидермиса, с резким утолщением рогового слоя, сопровождающаяся клеточной псевдоэпителией. В дерме отмечался лимфоцитарный воспалительный инфильтрат, расширенная сеть капилляров и лимфатических сосудов, придатки кожи сохранены. Для дифференциальной диагностики гигантской остроконечной кондиломы и рака, мы после полного иссечения очага, провели повторное гистологическое исследование. Схема проведенной 4-ступенчатой амбулаторной терапии: перед удалением внутриочаговые инъекции интерферона α -2b(И α 2b) по 3 млн МЕ через день №10, иссечение гигантских кондилом СО2 лазером с применением местных и системных гемостатиков, перифокальные п/к инъекции (И α 2b) по 3 млн МЕ через день №10, затем перерыв 4 недели и локальные п/к инъекции (И α 2b) по 1 млн МЕ 2 раза в неделю в течение 6 месяцев с обязательным контролем уровня тромбоцитов, гемоглобина и биохимических показателей крови 1 раз в 10–14 дней, функции щитовидной железы 1 раз в 3 месяца, повторной консультацией онколога с МРТ мягких тканей перианальной области и ОМТ через 6 месяцев. Диспансерное наблюдение за данной пациенткой на протяжении 2 лет рецидива заболевания не выявило. По нашему мнению, наиболее продуктивно применять интерферон α -2b как адьюванта в комбинации с СО2 лазерным иссечением, что может являться методом выбора для повышения эффективности лечения гигантских кондилом с относительно доброкачественным течением, даже на фоне тромбоцитопатий.

Опыт применения интерферонов в лечении множественных бородавок у детей и подростков.

Лушако О.В., Халдин А.А., Исаева Д.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр вирусной патологии кожи, Москва

Цель: оценка эффективности интерферонов в лечении множественных бородавок у детей и подростков.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 15 человек, 9 женского, 6 мужского пола в возрасте от 6 до 17 лет с диагнозом вирусные бородавки, множественная форма (более 10 элементов), локализация кисти и стопы. Всем пациентам перед терапией проводилось исследование иммунного статуса, общего анализа крови, общего анализа мочи. Пациентам данной группы был проведен курс лечения препаратом интерферонового ряда (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный) на курс 10 инъекций в виде обкалывания элементов 2–3 раза в неделю, в разовой дозе от 1 млн МЕ – 3 млн МЕ.

Результаты: у 4 пациентов к 5 сеансу обкалывания элементы полностью регрессировали, у 8 пациентов к 4–5 сеансу обкалывания отмечалась положительная динамика, элементы значительно уменьшились в размере, отдельные регрессировали полностью. К концу курса терапии у 12 пациентов элементы регрессировали полностью бесследно, у 3 пациентов элементы уменьшились в размере, отдельные регрессировали полностью, было рекомендовано динамическое наблюдение явка на контроль через 14 дней. В результате у 1 пациента элементы полностью регрессировали, у 2 пациентов сохранялись, был предложен повторный курс лечения, с положительной динамикой элементы полностью разрешились. Дальнейшее наблюдение за пациентами продолжалось еще 6 месяцев после терапии, рецидивов не отмечалось.

Вывод: необходимость проведения обследований иммунного статуса перед назначением препаратов интерферонового ряда важна в плане тактики ведения пациентов и ожидаемого ответа на терапию, в работе доказана высокая эффективность применения препарата интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный в лечении множественной формы вирусных бородавок у детей и подростков. Исследование в данном направлении продолжается.

Особенности микробиоциноза кожи у больных микробной экземой.

Лысенко О.В., Лукьянчикова Л.В., Латанская О.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Экзема – одна из актуальных медико-социальных проблем современной дерматологии, особенно значимая для индустриально развитых регионов страны ввиду значительного удельного ее веса в структуре заболеваний человека и

приоритетной позиции среди хронических дерматозов. Особую нишу среди всех форм экземы занимает экзема микробная, являющаяся одним из самых распространенных вариантов данного дерматоза, располагающаяся на втором месте после истинной и составляющая 12–27% среди всех форм экзематозного процесса. При микробной экземе ключевую роль в развитии и поддержании патологического процесса играют качественные и количественные нарушения микробиоценоза кожи.

Целью работы явилось изучение микробиоза пораженного и здорового участков кожи у 139 больных микробной экземой в зависимости от остроты процесса в сравнении с показателями контрольной группы. Для идентификации микробной флоры использовали бактериологический метод бакпечаток ($s=4,1\text{см}^2$) на кровяном агаре, на средах Эндо и Сабуро. Идентификацию стафилококков и стрептококков проводили согласно современной классификации, для *Candida* фиксировали вид возбудителя. Отмечено существенное увеличение общей численности микроорганизмов и максимальная их плотность, как на здоровом, так и на пораженном участках кожного покрова. При групповом анализе у пациентов с микробной экземой преобладали стафилококки, как на пораженной (при острой – $37,1\text{ КОЕ/см}^2$; при хронической форме – $23,5\text{ КОЕ/см}^2$), так и на неизменной коже ($24,8\text{ КОЕ/см}^2$ и $16,1\text{ КОЕ/см}^2$ соответственно), однако их плотность на пораженных участках была существенно и достоверно выше ($p<0,05$). Особо выраженные изменения имелись у пациентов с острым вариантом течения. Максимально высокий уровень был зафиксирован в отношении общей плотности микроорганизмов, которая при острой экземе на воспаленном участке составила 1562 КОЕ/см^2 , в 38 раз превысив этот же показатель на здоровом участке кожи, в 21 раз – область заболевания у больных хронической формой экземы и в 434 – раза общую плотность микроорганизмов на поверхности кожи клинически здоровых людей. Общая плотность Грам + микроорганизмов на пораженной коже в 2 раза превосходила общую плотность Грам + микроорганизмов на непораженном участке этих больных и в 316 раз – показатель контрольной группы. Среди облигатной флоры наиболее часто встречающимися микроорганизмами оказались представители семейства *Micrococcaceae*. В 79% случаев обнаруживался *St. aureus*, *St. hominis* – у 40% больных, количество *St. Haemolyticus* в три раза превосходило показатель контрольной группы. Представители семейства *Streptococcaceae*, в частности *Str. ruogenis*, у больных микробной экземой обнаруживался в 2 раза чаще, чем у клинически здоровых представителей контрольной группы. Грибы рода *Candida* (*C. albicans*) преобладали у лиц из группы наблюдения и выделялись в 11% случаев. В виде монокультуры микроорганизмы высевались у 90 (65%) больных микробной экземой, а у 49 (35%) — в виде ассоциации 2–3 микроорганизмов. Стафилококки монокультурой обнаруживались в 60% случаях (*St. aureus* – у 40% больных, *St. epidermidis* – у 20%), стрептококки – в 7%, причем у всех больных обнаружен *Str. ruogenes*. У 42 (30%) больных с 2–3 выделенными микроорганизмами наблюдалась ассоциация стафилококков между собой или с другими микроорганизмами. Известно, что существует феномен взаимного усиления патогенности

грибов рода *Candida* и бактерий при их ассоциации. При этом грибы вызывают сенсбилизацию, подавляют активность клеточного иммунитета и системы нейтрофильного фагоцитоза, способствуют развитию аллергодерматозов и распространению микробной инфекции. При микробной экземе выделялась ассоциация грибов рода *Candida* и золотистого стафилококка. Таким образом, микробиоценоз кожи при микробной экземе, отличается разнообразием, в составе аутофлоры происходят дисбиотические изменения выражающиеся в увеличении роста как патогенной так и условно-патогенной микрофлоры. При остром варианте течения процесса плотность микроорганизмов на воспаленном участке в 38 раз превышает плотность микроорганизмов на неизменной коже, в 21 раз – область поражения у больных хронической формой и в 434 раза общую плотность микроорганизмов на поверхности кожи здоровых лиц.

Состояние клеточных факторов врожденного иммунитета у впч-инфицированных супругов из семейных пар.

Лысенко О.В., Троянова А.В., Маркеева Д.А.

Ужно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Хотя известно, что онкогенные штаммы вируса папилломы человека (ВПЧ) передаются при половом контакте с частотой в 60–70%, обследованию мужчин на наличие папилломавирусной инфекции (ПВИ) в отечественной литературе уделяется значительно меньше внимания, чем женщинам. Практически нет результатов сравнительного обследования супругов из семейных пар.

Цель работы – охарактеризовать клеточный состав и состояние нейтрофилов генитальных секретов у постоянных половых партнеров, инфицированных (ВПЧ) высокого онкогенного риска. Для этого обследованы 607 человек, обратившихся к дерматовенерологу. Выявление и количественное определение ДНК ВПЧ проводили методом ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией, дополнительно устанавливали вирусную нагрузку. Для оценки иммунологических показателей у мужчин исследовали эякулят, у женщин – цервикальную слизь. Определяли количество лейкоцитов, лизосомальную активность нейтрофилов, внутриклеточный кислородзависимый метаболизм нейтрофилов с помощью НСТ-теста, фагоцитарную активность нейтрофилов секретов. Контрольную группу составили мужчины и женщины семейных пар, проходивших профилактическое обследование и не имевших папилломавирусной инфекции (ПВИ). Онкогенные штаммы (ВПЧ) обнаружены у 306 (50,4%) человек – 177 мужчин и 129 женщин. Из числа ВПЧ-положительных пациентов были выбраны 38 супружеских пар (постоянные половые контакты не менее 3 лет), в которых оба партнера были инфицированы онкогенными типами ВПЧ, но отсутствовали прочие мочеполовые инфекции. При изучении клеточных факторов врожденного иммунитета эякулята установлено, что общее количество лейкоцитов, процентное соотношение

и абсолютное количество жизнеспособных нейтрофилов не отличались от показателей нормы. Функциональный резерв нейтрофилов был незначительно уменьшен. Лизосомальная активность нейтрофилов поднялась в 4 раза до 40,4±3,4 у.е. в то время, как в контрольной группе она составила только 10,2±1,34 у.е. Достоверно пониженной (до 70,1±2,1% при показателе контроля 80,0±4,1%) оказалась активность фагоцитоза нейтрофилов и интенсивность фагоцитоза нейтрофилов (4,72±0,21 у.е. в группе наблюдения и 7,45±0,18 у.е. в группе сравнения ($P<0,05$). Фагоцитарное число составило 6,73±0,15 у.е. при данных контроля 8,65±0,45 у.е. ($P<0,05$). НСТ-тест спонтанный и индуцированный, напротив, были достоверно повышены. Так НСТ-тест спонтанный в % отношении превышал показатели условно здоровых мужчин почти в 3 раза (37,8±2,3% против 13,2±0,82%), в условных единицах – в 2 раза (0,4±0,01 у.е. при данных сравнения 0,21±0,01 у.е.). НСТ-тест активированный равнялся 49,01±1,91% по сравнению со здоровыми 39,2±1,21%. У женщин показатели клеточных факторов врожденного иммунитета не совпадали с данными мужчин, но также достоверно отличались от уровней контроля. Общее количество лейкоцитов, количество жизнеспособных нейтрофилов в процентах и условных единицах, активность фагоцитоза и интенсивность фагоцитоза нейтрофилов у них оказались в пределах нормы в отличие от мужчин, имевших достоверно сниженные показатели активности и интенсивности фагоцитоза. Фагоцитарное число, как и у мужчин, было достоверно сниженным и равнялось 4,05±0,21 у.е. при уровне в контрольной группе 4,6±0,3 у.е. ($P<0,05$). Практически в два раза понизился функциональный резерв нейтрофилов и составил 1,63±0,11 у.е. относительно 2,62±0,59 у.е. в группе сравнения ($P<0,05$) и незначительных изменениях этого показателя у мужчин. Лизосомальная активность нейтрофилов при этом сохранялась в пределах контрольных значений, тогда как у мужчин она была повышенной в 4 раза. НСТ-тест спонтанный составил 14,7±1,97% или 0,19±0,02 у.е. относительно 27,78±2,92% и 0,7±0,09 у.е. в группе сравнения. У мужчин, напротив, эти показатели значительно превосходили уровни контроля. НСТ-тест активированный обнаружил показатели, сниженные в 2 раза относительно данных контрольной группы: 27,64±2,22% (относительно 50,44±4,51%) и 0,30±0,02 у.е. (относительно 0,70±0,09 у.е.).

Таким образом, установлено достоверное изменение клеточных факторов врожденного иммунитета эякулята у мужчин и цервикальной слизи у женщин в присутствии ВПЧ высокого канцерогенного риска, при этом направленности изменений у супругов значительно различаются.

Синдром LEOPARD – случай из практики: реальность или иллюзия?

Маковецкая О.С., Малиновская В.В.

Консультативно-диагностический центр детской дерматологии и косметологии, Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Синдром LEOPARD – редкое наследственное заболевание с полиорганным поражением, представляющий собой

комплекс симптомов, включающих лицевые стигмы дисэмбриогенеза, поражение кожи, сердечно-сосудистой и половой систем, органов слуха в различных комбинациях и степени выраженности, ассоциированных с мутациями генов (PTPN II, RAF 1, BRAF).

Официальных данных о распространенности патологии нет, имеются лишь описания отдельных случаев заболевания, которых насчитывается от 80 до 200 по данным иностранной и отечественной литературы.

Причиной заболевания, как правило, в 80% случаев является миссенс-мутация de novo в гене PTPN11 картированном на длинном плече хромосомы 12, кодирующем белок SHP-2 – это сигнальная молекула, регулирующая процессы клеточного роста, деления и дифференцировки синтеза меланина в меланоцитах, а также онкогенной трансформации. Тип наследования – аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью, в плоть, до отсутствия лентиги, это значит, что мутации в одной из двух копий гена на одной из хромосом достаточно для развития заболевания.

Синдром LEOPARD является акронимом, состоящим из следующих элементов:

- lentiginos – лентиги-пигментные пятна размером от 1 до 5 мм, по цвету более темные, чем веснушки, не чувствительные к ультрафиолетовому облучению и локализующиеся в основном на лице, шее, волосистой части головы, ладонях и подошвах, туловище, но могут появляться на половых органах, могут быть видны уже при рождении или появиться спустя некоторое время после рождения, число их быстро увеличивается с возрастом (до 100%);
- electrocardiographic defects – изменения ЭКГ (75–80%) – из них 46% гипертрофия левого или обоих желудочков, в сочетании с зубцом Q (19%), удлинением QT (23%) и нарушением реполяризации (42%), в 23% с нарушениями проводимости и в 19% с аномалиями зубца P;
- ocular hypertelorism – глазной гипертелоризм, треугольная форма лица, выраженные двусторонние теменные бугры (75%);
- pulmonary stenosis – стеноз легочной артерии или гипертрофическая кардиомиопатия (40%);
- abnormalities of genitalia – изменения со стороны гениталий или гипогонадизм (50%);
- retardation of growth – задержка в росте (40–50%);
- sensorineural deafness – легкая или умеренная нейросенсорная глухота (15–25%).

Диагностическими критериями являются: 1. Множественное лентиги + 2 других признака; 2. Наличие множественного лентиги у родственника 1-й линии + 3 других признака заболевания пациента.

Диагноз синдрома LEOPARD может быть подтвержден с помощью генетической диагностики (ДНК), однако по литературным данным среди пациентов соответствующим клиническим критериям при генетическом исследовании диагноз подтверждался только в 80 % случаев.

Важную роль в прогнозе у таких пациентов играет кардиальная патология, гипогонадизм, как первичный, так и вторичный, случаи позднего проявления поражения сердечно-сосудистой системы может приводить к развитию внезапной смерти у пациентов. Целесообразно генетическое

консультирование всех членов семьи, при планировании беременности с последующим проведением инвазивной пренатальной диагностики (при выявленной мутации) и внутриутробной эхокардиографии.

В связи с редкой встречаемостью данного синдрома приводим собственное наблюдение ребенка с проявлениями синдрома LEOPARD.

Родители девочки Б. 2,5 лет обратились с жалобами на появление множественных коричневых пятен на лице и верхних конечностях у ребенка. Первые высыпания появились в возрасте 11 месяцев жизни с локализацией на лице, без субъективных ощущений, в зимний период. Ранее к врачам не обращались, лечение не проводили. В связи с прогрессированием и распространением кожного процесса мама с ребенком обратилась к дерматологу на консультацию в филиал «Центр детской дерматологии и косметологии», где врачами дерматологами был заподозрен синдром LEOPARD и проведена консультация врача-генетика. Локальный статус: кожный процесс носит распространенный, симметричный, характер без явлений воспаления, локализуется на коже лица, разгибательной поверхности плечей, предплечий и коленях, представлен множественными округлыми пятнами коричневого цвета, с четкими границами, различного размера от 0,3 до 0,7 см. в диаметре, структура кожи над очагами поражения не изменена, субъективно не беспокоит.

Фенотип: треугольная форма лица с заостренным подбородком, умеренный гипертелоризм, брахицефалия, выраженные лобные и теменные бугры, относительно короткая шея.

Наследственность: анализируя родословную данной семьи выявлено, что по отцовской линии у отца ребенка и бабушки с раннего детства – множественные коричневые пятна на лице, конечностях и спине, субъективно не беспокоят, с солнечной инсоляцией не связаны, за медицинской помощью не обращались, у специалистов на диспансерном учете не состоят.

При комплексном обследовании данного ребенка выявлена следующая патология:

ЭКГ: нарушение ритма сердца – аритмия. ЭхоГК: дополнительная хорда в сердце, пролапс митрального клапана 1 степени с регургитацией 1 степени. УЗИ органов брюшной полости – гепатоспленомегалия, загиб желчного пузыря.

Консультация врача-кардиолога: малые аномалии развития сердца (МАРС), ДХС.

Консультация врача-эндокринолога – патологии не выявлено. ДНК диагностика гена RPTN 11 мутаций не выявлено (80%). На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинических и данных обследования, диагностических критериев и учитывая ранний возраст, у ребенка не может быть исключён синдром LEOPARD?

Заключение. Анализируя анамнез, фенотип, характерные особенности локального статуса и полученные данные обследования наблюдаемого пациента, можно предположить, что у нашего пациента синдром LEOPARD.

Клинический интерес данного наблюдения состоит в редкости встречаемости данного синдрома, может возникнуть ошибочное впечатление о солнечном лентигинозе, что ведет к необоснованной постановки диагноза и неадекватному наблюдению.

Лентиги темнее веснушек и не зависит от солнечного облучения, как правило, отсутствует у новорожденного и проявляется с раннего детского возраста вплоть до полового созревания, со временем темнеет. Другие проявления этого синдрома весьма вариабельны, могут отсутствовать вообще или требуют более пристального поиска, например, снижение слуха или поражение сердечно-сосудистой системы не столь очевидны и их приходится пристально искать.

Данный синдром представляет несомненный интерес для врачей разных специальностей: педиатров, дерматологов, кардиологов, офтальмологов, гинекологов, эндокринологов, оториноларингологов.

Выработка правильной тактики в отношении больных и катamnестического наблюдения с данной патологией позволяет существенно повысить их качество жизни.

Кроме того, особенностью естественного течения синдрома LEOPARD является повышенный, по сравнению с популяционным, риск развития неоплазий с риском развития лимфопрлиферативных заболеваний.

Ювенильный наследственный черный акантоз, ассоциированный с метаболическими нарушениями. Клинические случаи.

Маковецкая О.С., Мохова В.И., Затурская Н.Ф.

Консультативно-диагностический центр детской дерматологии и косметологии, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Черный акантоз (acanthosis nigricans) или пигментная сосочковая дистрофия кожи – дерматоз, характеризующийся папилломатозным разрастанием и гиперпигментацией кожи подмышечных впадин, паховых складок, а также век, губ, элизистых оболочек, конечностей, шеи и живота.

Термин «черный акантоз» предложен Р. Unna, в настоящее время рассматривается в качестве кожного маркера инсулинорезистентности у людей с ожирением, часто сочетается с синдром поликистозных яичников, сахарным диабетом 2 типа, метаболическим синдромом, реже – злокачественными новообразованиями (чаще с аденокарциномами желудочно-кишечного тракта).

В основе патогенеза черного акантоза лежит воздействие инсулина или инсулиноподобного фактора роста (IGF) на эпидермальные кератиноциты и фибробласты дермы. У людей с инсулинорезистентностью повышенные концентрации инсулина приводят к активации IGF-1 рецепторов на кератиноцитах и фибробластах. Однако инсулинозависимый механизм развития дерматоза не является единственным. Повышенное потоотделение и мацерация являются кофакторами в формировании acanthosis nigricans, что подтверждает типичная локализация клинических проявлений. Пациенты с черным акантозом подвержены риску развития всех составляющих метаболического синдрома: ожирения, артериальной гипертензии, повышенного уровня триглицеридов и низкого уровня липопротеинов высокой плотности, непереносимости глюкозы.

Acanthosis nigricans относится к редким заболеваниям, чаще встречается у лиц с темной кожей, так у латиноамериканцев – 5,5%, у афроамериканцев – 13,3%, а у светлокожих составляет менее 1%, но не является исключением, что подтверждает описанные нами клинические случаи.

Цель работы: представить два случая из клинической практики с проявлениями черного акантоза в сочетании с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились два пациента (мальчик 13 лет и девочка 14 лет), пациенты консультировались у дерматолога, генетика, гинеколога, эндокринолога в течение 8 месяцев с момента обращения. Результаты нашего наблюдения.

Первый клинический случай. Пациент С., 13 лет, мужского пола, обратился к дерматологу с жалобами на появление участков утолщения и потемнения кожи в подмышечных и паховых складках, на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сухость по типу «гусиной» кожи (с 10–11 лет). Впервые участки утолщения и потемнения кожи отмечают с 12 лет, сухость по типу «гусиной» кожи отмечают с 10–11 лет. За медицинской помощью не обращались, самостоятельно лекарственные препараты не применяли. Консультирован дерматологом, генетиком в Центре детской дерматологии и косметологии, установлен ювенильный наследственный черный акантоз, фолликулярный кератоз, атрофические полосы. Наблюдается у эндокринолога (конституционально-экзокринное ожирение), у гастроэнтеролога (дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит). Наследственность отягощена по наличию участков гиперпигментации в паховых и подмышечных складках у бабушки пробанда (наблюдается у эндокринолога с сахарным диабетом 2 типа, ожирением), у мамы и у дедушки пробанда по отцовской линии имеются проявления фолликулярного кератоза, у отца ожирение. Грубых стигм дисэмбриогенеза не выявлено. Вес 75,5 кг, рост 165 см, выраженная подкожно-жировая клетчатка (ожирение I степени), распределена равномерно, стрии. Кожный патологический процесс носит ограниченный характер, локализован на коже аксиллярных и паховых складок, представлен полигональными очагами гиперпигментации темно-коричневого цвета с четкими границами, от 4 до 10 см в диаметре, с ворсинчатой, бархатистой, шероховатой на ощупь поверхностью, кожный рисунок резко усилен. На коже внутренней поверхности плеч, бедер – ярко-красные стрии. Кожные покровы верхних и нижних конечностей, груди, спины с выраженными мелкими фолликулярными розовыми папулами на фоне умеренной сухости. Общие анализы крови и мочи без патологии, биохимическое исследование крови (повышение показателя мочевины). Уровень глюкозы натощак составил 5,5 ммоль/л; гормональный профиль (Т3, Т4, ТТГ, анти-ТПО) – в пределах нормы. Пациенту выставлены диагнозы: ювенильный наследственный черный акантоз, фолликулярный кератоз. Назначена симптоматическая терапия (наружно – гель Кератозан 30 – 2 раза в день (утро/вечер) 3 недели, далее Топикрем SOS 10 – 1 раз в день на ночь – 4 недели, далее крем Эмолиум 1 раз в день – 1 месяц), рекомендовано наблюдение и коррекция эндокринологических расстройств.

Второй клинический случай. Пациентка Е., 14 лет, женского пола, обратилась с жалобами на высыпания в виде темных пятен с участками уплотнения в подмышечных и паховых складках.

Дебют высыпаний с 8 лет, за медицинской помощью не обращались, самостоятельно применяли кератопластические наружные средства без выраженного эффекта, с течением времени отмечается усиление пигментации и формирование папиллом в аксиллярных и паховых областях. На диспансерном учете девочка у специалистов не состоит. На фоне лечения динамика положительная на коже аксиллярных складок, но отмечено усиление пигментации в паховой области при топической терапии кератолитиками. Наследственность отягощена по наличию пигментации в паховых и подмышечных складках у отца (умер в 33 года от пневмонии). Грубых стигм дисэмбриогенеза не выявлено. Вес 58 кг, рост 170 см. Кожный патологический процесс носит ограниченный характер, локализован на коже аксиллярных и паховых складок, представлен очагами гиперпигментации темно-коричневого цвета с четкими границами, неровными очертаниями, с участками папилломатозных разрастаний коричневого и телесного цвета. Эндокринолог констатировал нарушение менструальной функции, риск синдрома поликистозных яичников, черный акантоз. Гинеколог выявил ювенильную дисфункцию яичников. Кариотип 46,XX – нормальный женский кариотип. Биохимические показатели крови без патологии. Гормональный профиль в пределах нормы, эстрадиол – ниже нормы. На основании жалоб, анамнеза, клинической картины и диагностики пациентке установлен диагноз ювенильный наследственный черный акантоз. Назначена симптоматическая терапия (наружно – гель Кератозан 30 – 2 раза в день (утро/вечер) 3 недели, далее Топикрем SOS 10 – 1 раз в день на ночь – 4 недели, далее крем Эмолиум 1 раз в день – 1 месяц), рекомендовано наблюдение и коррекция эндокринологических расстройств. Заключение. По нашему мнению, в представленном наблюдении продемонстрированы случаи ювенильного наследственного черного акантоза, ассоциированного с метаболическими нарушениями. Эти случаи подчеркивают важное значение анамнестических данных и необходимости эндокринологического обследования пациентов с *acanthosis nigricans* в связи с тем, что в настоящее время растет удельный вес людей с избыточным весом, а девочек еще дополнительно обследовать у гинеколога. Эндокринологические изменения, начавшись в детском возрасте, продолжают прогрессировать и приводят к развитию серьезных осложнений, объединяемых в настоящее время понятием «метаболический синдром», что приводит к формированию метаболических, а те, в свою очередь, к сердечно-сосудистым осложнениям. Черный акантоз в детском возрасте может являться первым признаком серьезных системных заболеваний, ассоциированных с эндокринной патологией, а именно с инсулинорезистентностью, играющей, по современным представлениям, ключевую роль в развитии метаболического синдрома. Понимание связи между *acanthosis nigricans* и метаболическими нарушениями имеет решающее значение для клиницистов многих специальностей (дерматологов, эндокринологов, гинекологов, генетиков, педиатров).

Полиморфизм кандидатных генов при atopическом дерматите.

Макимова Ю.В., Свечникова Е.В., Максимов В.Н., Колесник К.Н., Лыкова С.Г.

Новосибирский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Москва, Новосибирск

Цель исследования: оценка ассоциации полиморфизма -511С/Т (rs16944) гена IL1B с atopическим дерматитом (АД) в русской популяции.

Материалы и методы. Группа больных с АД (100 человек, 25% мальчиков/мужчин, 75% девочек/женщин). В качестве контроля взяты две группы: 1) популяционная выборка 25–35-летних жителей Октябрьского района г. Новосибирска 100 человек, 2) группа учащихся общеобразовательных школ, 100 человек. Геномную ДНК выделяли из венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование выполнялось по опубликованной методике.

Результаты. При сравнении исследуемых групп по частотам генотипов rs16944 получено достоверное различие ($p=0,043$). Однако при разделении по полу оказалось, что у мужчин с АД отсутствуют значимые различия при сравнении с группой контроля. Отношение шансов у женщин носительниц генотипа СТ попасть в группу с АД, в 2,7 раза выше, чем у носительниц двух других генотипов (95% ДИ 1.5–4.7; $p=0,001$). Вывод. Полиморфизм rs16944 (-511С/Т) гена IL-1 β ассоциирован с atopическим дерматитом у женщин. Носительство генотипа СТ повышает риск развития АД у женщин. У мужчин ассоциация не обнаружена.

Выпуск крови бараньей дефибринированной стерильной для приготовления питательных сред.

Марданлы С.Г., Бахилина Н.В., Котляр М.А., Ротанов С.В.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

При приготовлении в лабораторных условиях обогащенных плотных питательных сред, обеспечивающих условия культивирования и оценки свойств бактериальной флоры, в клинической микробиологии используют дефибринированную кровь разных животных (барана, крупного рогатого скота, лошадей, кроликов). Однако содержание вивариев при медицинских лабораториях в настоящее время сопряжено с рядом организационных трудностей.

Цель: разработать условия получения, обработки и выпуска дефибринированной крови барана в качестве медицинского изделия, разрешенного к применению в диагностических лабораториях медицинских организаций России.

Результаты. Проведены исследования с регулярным получением доз цельной венозной крови от половозрелых животных (баранов) массой 45–50 кг, содержащихся на производственном предприятии в смешанных условиях (в вольерах, с периодическим свободным выпасом) и щадящих

физиологических условиях содержания и кормления. На основе лабораторных показателей изучен процесс естественного воспроизводства объема циркулирующей крови у животных-доноров крови. Отработана технология удаления из полученной венозной крови фибрина путем его осаждения на поверхности стерильных стеклянных гранул (бус) без повреждения форменных элементов (эритроцитов), разработан состав стабилизирующих добавок для обеспечения длительного хранения полученной дефибринированной крови. Испытания свойств 5%-ного кровяного агара, приготовленного на основе питательного агара с добавлением разработанной и выпущенной ЗАО «ЭКОлаб» дефибринированной крови барана, позволило установить его высокие ростовые свойства при культивировании микроорганизмов, требующих для своего роста присутствия крови животных: *St. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*, *Ent. faecalis*, *S. agalactiae*, *Cl. perfringens*, *L. monocytogenes*. Показано, что в процессе культивирования обеспечиваются условия для проявления и визуальной оценки гемолитической активности микроорганизмов (альфа-, бета- или гамма-гемолиз). Для обеспечения более длительного сохранения потребительских свойств медицинского изделия организован выпуск дефибринированной крови барана стерильной с добавлением цитрата натрия.

Заключение. Медицинское изделие «Кровь баранья дефибринированная для питательных сред стерильная» по ТУ 9389-073-70423725-2007 ЗАО «ЭКОлаб» (Московская обл., г. Электрогорск) разрешено к применению в медицинских организациях Российской Федерации (ПУ № ФСР 2008/03081 от 30 июля 2008 г.) для приготовления обогащенных плотных микробиологических питательных сред для культивирования и определения гемолитической активности изучаемых микроорганизмов. Кровь баранья дефибринированная для питательных сред стерильная (комплектации №1) имеет срок годности 14 суток, а при добавлении цитрата натрия (комплектация №2) срок годности увеличивается до 30 суток.

Новая форма выпуска кардиолипинового антигена для реакции микропреципитации при диагностике сифилиса.

Марданлы С.Г., Ротанов С.В., Бахилина Н.В., Ермолаева И.А.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

Реакция микропреципитации (РМП) с кардиолипиновым антигеном (Аг Кл) является одним из наиболее часто выполняемых исследований при скрининге населения с целью выявления сифилиса, установлении активности течения этой инфекции и оценке эффективности проведенной больному антибактериальной терапии. Для проведения теста в лабораториях медицинских организаций приготавливают рабочую эмульсию (взвесь) Аг Кл из концентрированных растворов, выпускаемых в составе наборов реагентов промышленного производства. Полученный в разных лабораториях реагент Аг Кл, может существенно различаться по своей специфической активности, разрешается его использование в течение 7–10 дней хранения.

Цель работы. Оптимизация состава и технологии выпуска Аг Кл для РМП в виде готового к применению реагента с установленной активностью и длительным сроком годности. Материалы и методы. В качестве стабилизирующих и консервирующих добавок использованы: этилендиптетрамина ацетат, мертиолят (тимеросал) и Procline-300 в разных количе-ственных соотношениях и сочетаниях. Динамику специфической активности опытно-экспериментальных серий Аг Кл, приготовленных на основе набора «Сифилис-АгКл-РМП» (ЗАО «ЭКОлаб»), оценивали в РМП на 10 образцах жидких контрольных сывороток каждые 7–10 дней в течение 1,5 лет. Результаты исследования. Изучены 5 вариантов прописи консервирующих добавок к Аг Кл и отобрана рецептура добавки, не оказывающая негативного влияния на результаты определения антител к кардиолипину в РМП и отвечающая требованиям технологичности промышленного выпуска реагента. Изменение формы выпуска Аг Кл для РМП в виде готового к применению жидкого реагента привело к необходимости изменения регламента его промышленного производства и вида первичной упаковки. Анализ результатов длительного эксперимента также позволил обосновать сроки годности готового реагента рабочей эмульсии Аг Кл, которые составили 1,5 года. Итогом работы явилось регистрация и организация выпуска модифицированного набора реагентов «Сифилис-АгКл-РМП» (по ТУ 9398-016-704237729-2010) в комплектации №2, включающей в свой состав готовый к использованию стабилизированный Аг Кл (расфасованный по 5,0 мл в завинчивающиеся флаконы темного стекла) и жидкие контрольные сыворотки (К+ и К-), что нашло отражение в дополнении к РУ №ФСР 2011/09957 от 30.10.2012.

Заключение. Использование модифицированного Аг Кл в виде готового к применению реагента направлено на стандартизацию условий выполнения и повышение воспроизводимости (сходимости) результатов исследования в РМП при обследовании на сифилис в разных лабораториях и экономии обеспечивает снижение трудовых затрат специалистами лабораторной медицины.

Медицинские показания к перманентному макияжу.

Маркова Е.А.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Дермапигментация – это введение пигментов (красителей) в сосочковый слой дермы, на глубину 0,3–0,8 мм, с помощью специального оборудования и игл с целью маскировки и эстетической коррекции косметических недостатков (витилиго, рубцов после травм и операций, очаговой алопеции и т. п.). В зависимости от глубины введения пигментов в кожу выделяют понятия: эпидермальная татуировка или дермальная татуировка (дермапигментация), которая в свою очередь тоже разделяется на поверхностную и глубокую. Татуировки стали классифицируют по назначениям. Художественная татуировка (art tattoo) – воспроизведение на коже графических и живописных изображений различными методами.

Камуфляжная татуировка (camouflage tattoo), эстетическое дермопигментирование – пигментирование кожи с целью маскировки и эстетической коррекции косметических недостатков (витилиго, рубцов после травм и операций, очаговой алопеции и т. п.).

Перманентный макияж (полуперманентный макияж, контурный макияж, косметический татуаж) – пигментирование кожи, выполняемое методом поверхностной дермопигментации с целью усовершенствования каких-либо черт лица, соблюдая и выполняя законы визажа (формы и цвета губ, бровей и т. п.).

Эпидермальная татуировка (окраска хной и другими красителями) – нарушения целостности кожных покровов не происходит, к категории медицинских услуг не относится. При проведении дермальной татуировки (дермапигментации) происходит нарушение целостности кожных покровов, т. е. это инвазивная процедура, проведение которой должно осуществляться лицами, имеющими медицинское образование.

Приказом Минздравсоцразвития РФ № 1664н от 27.12.2011 утверждена Номенклатура медицинских услуг, согласно которой дермапигментация (перманентный татуаж) отнесена к медицинским услугам (код услуги А17.31.002).

Показания к эстетической дермапигментации:

- Маскировка рубцов как посттравматических, так и послеоперационных.
- Нарушение пигментации кожи при таких заболеваниях как витилиго или очаговая алопеция.
- Коррекция асимметрии губ, бровей или формы глаз.
- Врожденные эстетические дефекты («заячья губа»).

Выбирая и назначая данную процедуру своим пациентам, необходимо помнить о противопоказаниях как абсолютных, так и относительных, собрать подробный анамнез, выяснить наличие или отсутствие аллергических реакций, постоянный приём каких-либо препаратов и только после этого начать саму процедуру дермапигментации.

Любая процедура татуирования кожи начинается с отрисовки эскиза, которая выполняется совместно с пожеланиями самого пациента. После обработки зоны коррекции антисептиком, наносится аппликационная анестезия. В отдельных случаях возможно проведение проводниковой анестезии (губы). Сама процедура дермапигментации длится от 30 мин до 2 часов, в зависимости от эстетической проблемы.

Следует учитывать, что после заживления цвет нашей внесённой пигментации осветлится, процент осветления зависит от глубины и плотности цвета, а также от свойств и особенностей кожи пациента. Можно достичь необходимого результата и за одну процедуру, но, как правило, требуется 2–3. Повторную процедуру можно проводить через 3–4 недели, но желательно не позднее чем через 3 месяца.

Таким образом, умение и опыт правильно использовать пигменты, работая на качественном оборудовании, с учетом видения конечного результата дают возможность креативно и грамотно выполнять дермапигментацию эстетических проблем кожи, при этом риск осложнений минимален и период реабилитации не требует от пациента особых условий. С помощью дермапигментации можно успешно решать различные проблемы как медицинского, так и эстетического характера.

Стратегия антибиотикотерапии при акне и розацеа.

Масюкова С.А., Гладько В.В., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Горбакова Е.В., Гребенюк Д.В., Алиева З.А.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Москва

В развитии воспаления при акне и II подтипе (папуло-пустулезной форме) розацеа важное значение отводится микробиоте кожи – резидентным микроорганизмам анаэробным бактериям (*P. acnes*, *P. granulosum* и *P. avidum*) и стафилококкам. Именно они считаются наиболее значимыми в этиопатогенезе акнеформных дерматозов. Самым часто встречающимся видом стафилококков являлся *St. aureus* в 49,2%, хотя на здоровой коже этот показатель равен 3–5%. *P. acnes* выступает в роли ключевого игрока в активизации врожденного иммунитета TLRs и антимикробных пептидов, в частности, кателицидина, стимуляции цитокинов клеток кожи – интерлейкинов (1 α , β , 6, 8, 17), TNF- α , в формировании микрокомедонов в воронке сальной железы. Антибактериальные средства используются в лечении акне и розацеа начиная с конца 50-х годов прошлого века. Наиболее эффективными и безопасными зарекомендовали себя препараты тетрациклиновой группы – тетрациклин, доксициклин и миноциклин. Первые сообщения, касающиеся эффективности использования тетрациклина у пациентов с акне и папулезно-пустулезной розацеа опубликовали A. Kligman в 1959 году, а Sneddon I.B. 1966 году. Согласно многочисленным клиническим исследованиям препараты группы тетрациклина обладают не только антимикробным, но и противовоспалительным действием, подавляют ангиогенез и хемотаксис нейтрофилов, ингибируют выработку провоспалительных цитокинов и матриксных металлопротеиназ, блокируют «кателицидиновый каскад», уменьшая выраженность воспалительной реакции. За последние годы отмечается нарастание устойчивости к эритромицину, тетрациклину, клиндамицину, в связи с чем выработана стратегия по ограничению распространенности антибиотикорезистентности. Антибиотики назначаются системно при выборе тактики лечения при средней, среднетяжелой форме акне и розацеа (подтип II) продолжительностью от 6 до 18 недель, а легкой – топические антибиотики. В настоящее время для лечения акнеформных дерматозов в России предложен новый антибиотик из группы тетрациклинов – миноциклин, по своей химической структуре он обладает самой высокой липофильностью среди препаратов группы тетрациклинов, поэтому способен проникать через липидный слой бактерий. Другим преимуществом препарата является низкий риск фотосенсибилизации.

Цель исследования: изучение клинической эффективности и безопасности миноциклина в терапии акне и розацеа подтипа II.

Результаты исследования. Под наблюдением в течение 2 лет находилось 166 пациентов с различными клиническими формами акне и 68 пациентов с розацеа подтипом II. Среди пациентов с акне женщины составляли 92 пациентки, мужчин было 74, возраст пациентов от 12 до 48 лет, длительность

заболевания от 1 года до 10 лет. Среди пациентов с розацеа подтипа II было 42 женщины и 26 мужчин в возрасте от 22 до 57 и длительностью заболевания от 2 до 10 лет. Для оценки динамики разрешения воспалительных элементов и эффективности лечения использовались дерматологические индексы ДИА, АПСЕА при акне, индекс шкалы симптомов (ДИШС) при розацеа и дерматоскопия.

Методика лечения: при акне легкой и средней степени тяжести и при розацеа подтипа II миноциклин назначался по 50 мг 2 раза в сутки – 4 недели, далее по 50 мг 1 раз в сутки до 12–16 недель. При акне тяжелой степени тяжести по 100 мг 2 раза в сутки – 4 недели, затем по 100 мг 1 раз в сутки от 16–18 недель. В результате проведенного клинического изучения нового антибактериального препарата Минолексин (миноциклин) по данным ближайших результатов эффективность лечения при акне легкой и средней тяжести составила 92,6%, среднетяжелой 91,5%, а розацеа – 92,4% больных. В сроки наблюдения от года до 1,5 лет эффективность лечения составила при акне и розацеа 86,5% и 84,9% соответственно. Побочные эффекты в виде головокружения, особенно в первую неделю применения наблюдались у 4,1%, диспептические явления (в виде тошноты и тяжести в желудке) были у 2,8% пациентов. Таким образом, показана высокая клиническая эффективность нового антибактериального препарата Минолексин (миноциклин) по данным ближайших и отдаленных результатов до 1,5 лет, что позволяет рекомендовать его как препарат выбора в клинической практике для лечения акне и розацеа.

Диагностика новообразований кожи на приеме у косметолога.

Матакова И.С

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Актуальность темы обусловлена частой обращаемостью пациентов с различными новообразованиями кожи к врачу дерматокосметологу. Среди огромного количества нозологических форм новообразований кожи около 90% являются доброкачественными, около 10% – злокачественными. Распределение среди злокачественных новообразований кожи примерно поровну: 5% – базалиомы и 5% меланомы кожи. При подозрении на меланому кожи и слизистых оболочек пациенты направляются в соответствующие профильные онкологические учреждения. Диагноз базально-клеточного рака кожи во всех случаях был подтвержден цитологическим исследованием, и дальнейшее лечение также осуществляется в онкологических клиниках. Таким образом, задача врача-косметолога – правильно провести дифференциальный диагноз между доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи и направить пациента для дальнейшего наблюдения к врачу дерматоонкологу.

Для диагностики новообразований кожи наибольшее распространение получили методы дерматоскопии и морфологическое исследование. В случае удаления доброкачественных новообразований кожи, весь биопсийный материал направляется для гистологического исследования.

Диспластические невусы подлежат динамическому наблюдению и в случае по показаниям – хирургическому иссечению с гистологическим исследованием. В процессе наблюдения за диспластическими невусами необходимо проводить сравнительную фотодерматоскопию.

Лечение кольцевидной гранулемы у детей.

Мохова В.И., Круглова Л.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Среди клиницистов до сих пор нет единого подхода к терапии кольцевидной гранулемы у детей. Основным методом терапии в настоящее время продолжает быть применение топических кортикостероидов, системных сосудистых препаратов.

Цель: изучить эффективность комбинированного применения метилпреднизолона ацепоната и низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении локализованной формы кольцевидной гранулемы у детей.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 16 детей с диагнозом локализованная кольцевидная гранулема с количеством очагов от 2 до 7, из них 6 (40%) мальчиков и 10 (60%) девочек, в возрасте от 1 года до 14 лет. Критериями включения стали: длительное течение заболевания (более полугодя) и неэффективность предшествующего лечения. Все больные ранее получали курсовое лечение топическими кортикостероидами слабой и средней потенции, системную антигистаминную, антибиотикотерапию. Больным в комплекс стандартной терапии (крем метилпреднизолона ацепонат 1 раз в день тонким слоем на очаг) включалось применение НИЛИ для повышения местных и общих реакций организма с целью стимуляции репаративных процессов, улучшения микроциркуляции и коррекции иммунных нарушений. Физиотерапевтическое воздействие проводилось с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона (ИК НЛИ) с длиной волны 0,89 мкм. Процедуры осуществлялись от аппарата Мустанг 2000 («Техника», Россия), с частотой 1500 Гц, при импульсной мощности 4–6 Вт/имп, по контактно-лабильной методике с предварительным нанесением кортикостероида, по 3–5 минут на поле, общее время воздействия до 15 минут, на курс – 15 ежедневных процедур.

Результаты исследования: положительная динамика отмечалась у всех пациентов. Так, по окончании курса комбинированной терапии у 93,75% пациентов отмечен регресс высыпаний (отсутствие свежих элементов, остаточные явления в виде гиперпигментации), у 6,25% пациентов – значительное улучшение (снижение интенсивности эритемы, уплощение очагов). Побочные эффекты не отмечались ни в одном клиническом случае.

Вывод: применение комбинированной терапии, включающей использование метилпреднизолона ацепоната и ИК НЛИ, является достаточно эффективным и безопасным методом лечения локализованной формы кольцевидной гранулемы у детей.

Увеличение клинической эффективности, при уменьшении периода реабилитации в программе лазерного омоложения комбинированной, близко к сочетанной методикой ДОТ терапии с низкоинтенсивным лазерофорезом концентрата низкомолекулярной гиалуроновой кислоты.

Мыслович Л.В.

Клиника Эл.Эн, Москва

Актуальность проблемы. Актуальной задачей остается повышение эффективности при снижении периода реабилитации. С этими целями происходит объединение в одно воздействие нескольких факторов, приводящее к усилению терапевтического эффекта, с выраженным сокращением периода реабилитации.

Цель. Изучить эффективность применения в комбинированной методике омоложения кожи сочетание фракционной CO₂ лазерной ДОТ-терапии с лазерофорезом концентрата гиалуроновой кислоты при использовании низкоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов в возрасте от 40–57 лет, из них женщин 26, мужчин 4. Всем пациентам до начала процедур было проведено клиничко-лабораторное обследование и осмотр врачей-специалистов (гинеколога/уролога-андролога, терапевта, эндокринолога) с целью выявления противопоказаний и определения гормонального статуса, а так же было проведено исследование УЗИ кожных в контрольных точках до и после окончания курса. Контрольной группой выступали предшествующие пациенты, которым в программе омоложения проводилась только ДОТ терапия. Для проведения методики комбинированного воздействия было выбрано оборудование: CO₂ лазер производства компании DEKA Smart Xide2, полупроводниковый лазер производства компании НПЛЦ «Техника» Мустанг 2000 с излучающей головкой «BeautySkin». Концентрат 2% низкомолекулярной гиалуроновой кислоты производства компании «Гельтек-медика». Все используемое оборудование и косметические средства имеют сертификаты и разрешения применения на территории РФ. Общая доза облучения была индивидуальна и зависела от возраста, исходного эстетического состояния дермы, изменений в организме пациента, выявленных при комплексном обследовании. Общим положением для всех было: применение в методике лазерного омоложения сочетания воздействий длин волн 10 600 нм и 785 нм с 890 нм. 1 этап абляционное фракционное CO₂ лазерное воздействие (ДОТ-терапия) на SmartXide2 параметры воздействия подбирались индивидуально по типу кожи, но находились в диапазоне: форма импульса D-Puls или S-Puls, в импульсе 10–15 Дж, длительность импульса 600–800 мсек, расстояние между точками 700–800 мкм, 1–2 Stack. 2 этап низкоинтенсивное лазерное воздействие аппаратом Мустанг-2000 с насадкой «BeautySkin» генерирующей длины волн 785 нм и 890 нм. Методика лабильная, освечивание производилось по гелю-концентрату гиалуроновой кислоты, нанесенному на зону воздействия. Параметры лечения: для

длины 785 нм 50 мВт; для длины 890 нм 20 Вт, ЧСИ 80 Гц время воздействия на каждую зону 3–5 минут.

Результаты. Время реабилитации, включающее время стадии эритемы, отека, воспаления при стандартном подходе моновоздействия ДОТ – терапии составляет 5–6 дней. При сочетанности методов ДОТ-терапии и низкоинтенсивного период реабилитации сокращен до 2–3 дней, причем эритема снимается через 3–5 часов. По результатам УЗИ отмечено увеличение толщины дермато-эпидермального сочленения, восстановление матрикса дермы. По результатам физикального обследования отмечается увеличение тургора и эластичности кожных покровов, устранение мелко морщинистой сеточки, снижение глубины мимических заломов, дермальный лифтинг.

Выводы. Проведение воздействия абляционным фракционным СО₂ лазером SmartXide2 ДОТ – терапии вызывает формирование в поверхностных тканях микротермальных зон повреждения, запускает механизм репарации, через реализацию асептического воспаления. Низкоинтенсивная лазерная терапия на длинах волн 785 нм и 890 нм запускает процесс регенерации тканей через ряд физико-химических процессов, с активацией окислительно-восстановительных реакций, с увеличением митотической активности клеток. При этом на органном уровне низкоинтенсивной лазерной терапии оказывается обезболивающий, противоотечный, бактерицидный и вирусостатический эффекты, а также нормализуется микроциркуляция, снижая эритему. Гиалурионовая кислота проявляет в репаративных процессах активное участие, как строительный материал, как опорная основа для поддержания нормального статуса коллагенового пула. Проведенные наблюдения свидетельствуют о большей эффективности комбинированной методики, по отношению к моно методике. Использование комбинации нескольких длин волн, с различной конфигурацией воздействия на биоткани, а также вовлечение в процесс большого количества фотоакцепторов, приводит к ускорению процессов регенерации, увеличению клинической эффективности, при заметном сокращении периода реабилитации.

Возможности оптической когерентной томографии в оценке эффективности лазеротерапии.

Немирова С.В., Петрова К.С., Михайлов А.Г., Петрова Г.А., Дерпалюк Е.Н., Симанкина Ж.Д., Смирнова Д.В., Матвеев И.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, Центр эстетической медицины «Анастасия», Нижний Новгород

Цель: изучить возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в оценке эффективности лазерной облитерации компротированных вен.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Центра эстетической медицины «Анастасия» (г. Н. Новгород) сотрудниками межконтинентальной рабочей группы по изучению возможностей ОКТ в оценке эффективности лечения патологии кожи и прилежащих тканей. В исследование включены пациенты, подвергшиеся лазерной коррекции татуировок,

облитерации телеангиоэктазий (ТАЭ) кожи диаметром 0,5–1 мм (С1 по СЕАР), и эпиляции. Для проведения процедур использован лазер Rain Sense «MAGIC 3» отечественного производства (ООО «МелСиТек», Дзержинск). Воздействие осуществлялось по следующим схемам: для татуировок – длина волны – 1064 нм, продолжительность импульса не более 10 мс, мощность – 6–8 Вт, режим — пакетные импульсы, манипула – 2 мм; для ТЭА – длина волны – 1064 нм, продолжительность 80 мс, мощность – 10 Вт, режим – генерация пакетных импульсов, манипула – 1,2 мм; для эпиляции – длина волны – 808 нм, продолжительность 150 мс, мощность – 20–24 Вт, режим – пакетные импульсы, манипула – 6 мм. Для обследования пациентов до и после лазерной процедуры (ЛП) разработан протокол ОКТ с использованием визуализатора-топографа оптико-когерентного компьютеризированного для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека. Обработку данных проводили с помощью программ PresTo, ОКТkernel, Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. Проанализированы томограммы, полученные с фиксированных точек в 2 сериях. ОКТ-картина первой серии изображений соответствовала исходному состоянию кожи при указанных типах патологии и наличии инородных тел. При анализе ОКТ татуировок в пределах 5 оптического слоя определяется скопление множества областей высокой интенсивности сигнала неправильной формы, соответствующие скоплению пигмента в окружении гранулематозной ткани. После ЛП в пределах 5 оптического слоя зоны высокой интенсивности сигнала не визуализировались, что было связано с разрушением патологически измененной ткани и вымыванием пигмента. Визуально это определялось высветлением зоны воздействия по сравнению с основной массой татуировки. При наличии ТЭА исходно визуализировали зоны минимального рассеяния сигнала в 5 оптическом слое, представленные в виде темных областей овальных, щелевидных и лентовидных областей, с тонкой стенкой и свободным сжимаемым просветом. На томограммах 2 серии при адекватной окклюзии ТАЭ отмечалось разной степени выраженности изменение высоты 2–4 оптических слоев, глубины полезного сигнала, что косвенно позволяло судить о выраженности перивазального воспалительного процесса. Происходило умеренное утолщение сосудистой стенки, просвет сосуда становился отчетливо округлой формы, сигнал от внутренней зоны менялся в сторону высокой интенсивности, в случае успеха процедуры равномерно формируясь от всей внутренней зоны (окклюзия) с проявлением симптома несжимаемости. При первичном исследовании сально-волосяной комплекс визуализировался как воронкообразная структура низкой интенсивности сигнала, соответствующая устью фолликула с центральной зоной более высокой интенсивности сигнала соответствующей стержню волоса. После адекватной ЛП отмечали исчезновение зоны, соответствующей стержню волоса с сохранением устья и полным отсутствием признаков воспаления и отсутствие деструкции прилежащих тканей. Выводы. Оптическая когерентная томография позволяет визуализировать степень деструкции хронических гранулем и миграции искусственного пигмента, полноту окклюзии коагулируемых вен с прекращением кровотока, а также степень эффективности и последствия лазерной эпиляции,

оценив степень и глубину повреждений окружающих тканей, что дает возможность индивидуализировать параметры лазерного воздействия, повышая эффективность и безопасность вмешательства.

Особенности течения псориаза у пациентов старшей возрастной группы.

Ольховская К.Б., Абесадзе Г.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Существенное увеличение доли пожилых людей в структуре населения в экономически развитых странах, ставшее особенно заметным в последнее десятилетие, вызывает особый интерес к геронтологии, особенно к изучению биологических факторов, определяющих продолжительность жизни. Важным аспектом, влияющим на повседневную активность и жизнедеятельность данной возрастной группы, является уровень заболеваемости, который прогрессивно увеличивается с возрастом, в том числе и хроническими дерматозами.

Целью настоящего исследования являлось определение особенностей течения псориаза у пациентов старше 60 лет. Материал и методы. Под наблюдением находилось 38 больных псориазом в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $71,25 \pm 3,48$ лет) и 24 пациента (группа сравнения) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $46,37 \pm 3,97$ лет) с соответствующим диагнозом. Тяжесть течения псориаза оценивали на основании показателей индекса PASI, также производилась оценка форм дерматоза и коморбидной патологии, качество жизни (ДИКЖ), эффективность проводимой терапии (тестирование) и сопутствующие симптомы.

Результаты исследования. Оценка тяжести течения псориаза показала, что в возрасте старше 60 лет средние значения индекса PASI были достоверно ниже ($23,57 \pm 2,07$ баллов), чем в группе сравнения ($41,17 \pm 2,31$ баллов) ($p \leq 0,05$), при регистрации тенденции к более распространённому процессу, чем у пожилых. При анализе субъективных симптомов, сопровождающих высыпания было выявлено, что в группе больных старшего возраста в значительной степени преобладали жалобы на зуд и болезненность – 29 (76,32%), чем в группе сравнения – 8 (33,33%). При определении форм заболевания было установлено, что в основной группе доля больных с экссудативным и ладонно-подошвенным псориазом составила (8/21,05% и 9/23,68% соответственно), что достоверно было чаще, чем в группе сравнения (1/4,17% и 3/12,5% соответственно). Оценка сопутствующей терапевтической патологии показала, что у пациентов группы старшего возраста в 100% случаев регистрировалась поливисцеропатия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, метаболический синдром, холецистопанкреатит, жировой гепатоз, калькулёзный холецистит и другие), которая определяла необходимость использования большого арсенала фармакологических препаратов ежедневно и длительно. Хронические

заболевания внутренних органов у больных группы сравнения были зарегистрированы у 16/66,67% больных преимущественно в стадии ремиссии. Важно подчеркнуть, что в сравниваемых группах была отмечена достоверная разница по регистрации аффективных расстройств. Так в основной группе депрессия была выявлена у 21/55,26%, а в группе сравнения – у 5/20,83% ($p \leq 0,05$). Полиморбидность и психо-неврологические отклонения выражено влияли на качество жизни больных: средние значения ДИКЖ в основной группе составили $13,24 \pm 1,08$ баллов, а в группе сравнения – $8,37 \pm 0,94$ балла ($p \leq 0,05$). При проведении оценки эффективности терапии было установлено, что в группе пациентов старше 60 лет преобладали больные с низкой эффективностью используемых средств (32/84,21%), а в группе сравнения – 11/45,83%. Данный аспект обуславливал отсутствие веры в выздоровление и низкий уровень обращаемости пациентов за медицинской помощью.

Вывод. Установлено, что у пациентов старшей возрастной группы псориаз протекает в менее распространённой форме с преобладанием субъективных симптомов, полиморбидности, и выраженного снижения качества жизни, на фоне высокого удельного веса аффективных расстройств.

Нарушение нейрональной пластичности и функции холинергической системы при атопическом дерматите под действием острого экспериментального психического стресса: пилотное рандомизированное контролируемое исследование.

Петерс Е.М., Миченко А.В., Купфер Й., Куммер В., Виганд Э., Нимайер Ф., Потеев Н.Н., Львов А.Н., Гилер У.

Университетская клиника Шарите, лаборатория психонейроиммунологии, центр внутренних болезней и дерматологии, Берлин, Германия, Университет Юстуса-Либига, институт анатомии и клеточной биологии, Университетская больница Гиссена, отделение психосоматической медицины, отделение психосоматики и психотерапии Гиссен, Германия, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Москва, Россия

В модели атопического дерматита (АтД) на мышах развитие психогенно спровоцированных обострений в определенной степени объясняется дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и нейрогенным воспалением, опосредованным участием нейропептидов. В последнее время холинергическая передача сигналов рассматривается как механизм, связующий врожденный и приобретенный адаптивный иммунитет, а также опосредующий реакции хронических воспалительных заболеваний на стресс. В данном исследовании мы ставили целью определение влияния острого стресса у людей на нейро-иммунные взаимодействия, а также на не-нейрональную холинергическую систему (ННХС). Методы. Исследовали биоптаты, полученные от 22 больных АтД и соответствующих по полу и возрасту здоровых испытуемых до и после проведения Триерского социального стрессового теста (ТССТ). Для оценки нейроиммунных взаимодействий при помощи иммуногистоморфометрии определяли плотность

расположения нервных волокон (НВ), контактов НВ с тучными клетками и активацию тучных клеток. Для оценки влияния ННХС оценивали экспрессию секретируемого белка, связанного с рецептором активатора плазминогена типа Lu-6/урокиназы млекопитающих при помощи количественной RT-PCR.

Результаты. Со стороны нейроиммунных взаимодействий мы обнаружили в очагах поражения в дерме повышение числа НВ, экспрессирующих NGF, по сравнению со здоровой кожей, но уменьшение числа Gar43+ растущих НВ при исходной оценке. Контакты тучных клеток и НВ коррелировали с показателем SCORAD и выраженностью зуда в очагах поражения. Со стороны ННХС было выявлено значимое уменьшение мРНК $\alpha 7$ субъединицы n-ацетилхолинового рецептора ($\alpha 7nAChR$) в очагах поражения при АтД при исходной оценке. После ТССТ отмечено резкое уменьшение числа НВ, экспрессирующих PGP 9.5, в очагах поражения при АтД, а также их контактов с тучными клетками. После ТССТ отмечена корреляция числа НВ, экспрессирующих NGF, с показателем SCORAD, и корреляция количества контактов НВ и тучных клеток с зудом в непораженной коже. В то же время уровень SLURP-2 повышался в коже, пораженной АтД. Заключение: у человека взаимодействие хронического воспаления и острого психоэмоционального стресса модулирует нейроиммунную коммуникацию и экспрессию маркеров ННХС. Эти данные могут быть полезными при дальнейшем изучении и лечении хронических воспалительных заболеваний в будущем.

Опыт создания экспериментальной тест-системы для персонализации и подбора терапии больным буллезными дерматозами.

Петерсен Е.В., Корниенко И.А., Фриго Н.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский физико-технический институт, Москва

Введение. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – гетерогенная группа редких буллезных заболеваний, включающая в себя около 30 фенотипически и генотипически разных состояний, имеющих общий признак – механическую слабость или хрупкость покровного эпителия. Проведение исследований для поиска новых методов патогенетического лечения ВБЭ является сложной и трудоемкой задачей, требующей огромного количества материалов, специальных условий. Все это усложняет тот факт, что ВБЭ является орфанным заболеванием, а значит затруднено проведение клинических испытаний, забор биопсий. Для облегчения задачи ученые работают над созданием искусственно выращенных кожных эквивалентов, которые можно использовать в качестве моделей. Эквиваленты представляют собой различные системы, начиная от простых губок, пропитанных фибробластами, и заканчивая микрофлюидными системами с погруженными в них 3-мерными моделями кожи. Все системы имеют свои плюсы и свои минусы, поэтому поиск ведется по настоящее время. Цель исследования – оценка влияния различных

неспецифических и специфических факторов на условия сокультивирования *in vitro* эпителиальных и мезенхимальных клеток для создания экспериментальной тест-системы по подбору терапии больным буллезными дерматозами.

Материалы и методы. Для получения клеточных культур были использованы кератиноциты и фибробласты, полученные от больных ВБЭ. Первичные кератиноциты были получены ферментативной обработкой кожи по методу Рейнвальда и Грина. Суспензию кератиноцитов вносили в культуральные сосуды с 10% эмбриональной телячьей сыворотки с добавлением инсулина, изопротеренола, эпидермального фактора роста. Первичные фибробласты получали при ферментативной обработке дермы кожи. Меланоциты получали при выделении и культивировании на селективных средах для меланоцитов. Нейрональные клетки культивировались с использованием нейрональных сред. Для создания системы культивирования клеток в виде сфероидов использовались клеточные биореакторы для выращивания мультিকлеточных сфероидов.

Результаты. На основе методики сокультивирования *in vitro* эпителиальных и мезенхимальных клеток создана экспериментальная тест-система (модель) для подбора персонализированной терапии больным ВБЭ. Модель представляет собой совокупность 3D-клеточных конструкций (клеточных сфероидов) и гидрогелей, помещенных в разнообразные условия внешней среды (нормоксия, гипоксия, гипогликемия, нормогликемия). Произведен ряд экспериментов по оценке влияния различных неспецифических (физических и химических) и специфических (различные типы новых матриц) факторов на условия сокультивирования клеток в культуре.

Модель можно использовать для подбора патогенетических методов лечения больных ВБЭ, а также для тестирования фармакологических препаратов, создания клеточных банков эквивалентов кожи пациентов с ВБЭ, индивидуального подбора и тестирования лекарственных средств, подходящих каждому конкретному пациенту (переход к персонализированной медицине). Дальнейшее детальное изучение патогенетических механизмов развития буллезных дерматозов с использованием методологий сокультивирования *in vitro* эпителиальных и мезенхимальных клеток может способствовать улучшению методов ранней и дифференциальной диагностики заболеваний, разработке патогенетически обоснованных схем лечения, уменьшению риска развития осложнений у данной категории больных.

Опыт использования оптической когерентной томографии (ОКТ) для прижизненной динамической оценки сосудов кожи.

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Симанкина Ж.Д., Смирнова Д.В., Матвеев И.С., Елизарова М.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Введение. Проблема прижизненной оценки состояния сосудов кожи является актуальной для дерматологов и ангиологов.

Ее решение с помощью современных модификаций УЗИ и конфокальной микроскопии невозможно.

Цель исследования. Изучить возможность использования оптической когерентной томографии (ОКТ) для прижизненной динамической оценки сосудов кожи.

Материалы и методы. В работе использовали визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035-05 от 05.08.2005 г.). В эксперименте проводили параллельное ОКТ- и микроскопическое исследование гистологических препаратов уха кролика. Осуществляли ОКТ-исследование кожи средней трети голени 10 здоровых добровольцев (2 мужчин и 8 женщин в возрасте от 45 до 55 лет) и 20 пациентов с хроническими заболеваниями вен (8 мужчин и 12 женщин в возрасте 40 до 60 лет), из них 6 пациентов с экзематозными проявлениями. У больных с экзематизацией кожи осуществляли динамические ОКТ-исследования очагов до, в процессе и после лечения топическими комбинированными кортикостероидами (Акридерм-ГК в сочетании с корнеопротекторами (Перфекталь).

Результаты. Установлена возможность визуализации методом ОКТ сосудов кожи в виде зон низкой интенсивности сигнала, окруженных зоной более интенсивного сигнала, соответствующей просвету сосуда и его стенке и возможность использования ОКТ для прижизненной оценки состояния сосудов кожи при патологии, а так же для мониторинга их состояния в процессе терапии.

Клиническая эффективность препаратов Пилобакт и Пилобакт АМ в лечении осложненных форм демодекоза.

Плотникова К.О., Шварц Н.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск

На сегодняшний день наблюдается учащение случаев обращения пациентов к дерматологу и косметологу с жалобами на папуло-пустулезные высыпания на коже лица, что связано с популяризацией высоких эстетических требований к внешнему виду, ухудшением экологической ситуации, а также хроническими стрессами. Чаще всего причиной обращений становятся такие хронические дерматозы кожи лица, как себорейный дерматит, угревая болезнь, розацеа, периоральный дерматит, которые в большинстве случаев сочетаются с демодекозом.

Цель и методы исследования. Применение препаратов Пилобакт и Пилобакт АМ в лечении осложнённых форм демодекоза и сравнительный анализ их клинической эффективности. В исследование были включены 50 больных (35 женщин и 15 мужчин) папуло-пустулезной формой демодекоза лица в стадии обострения. Возраст пациентов составил от 15 до 55 лет (в среднем 32,5 года), длительность заболевания от 6 мес. до 3 лет. Для реализации первого этапа исследования все пациенты были разделены на 2 группы на основании плана лечения. Схема лечения I группы предусматривала прием препарата Пилобакт АМ

в течение 10 дней и процедуры лазерного карбонового пилинга (1р/3 нед N.3). Для лечения пациентов II группы был назначен препарат Пилобакт и также процедуры лазерного карбонового пилинга (1р/3 нед N.3) в течение 10 дней. Стандартная традиционная терапия в обеих группах включала Бифиформ (по 2 капс. 2 р/сут – 14 дней). Местная терапия включала механическую чистку лица (на 1-й, 10-й, 20-й дни лечения), крем Демазол (утром и вечером 2 мес.). Всем пациентам были даны рекомендации по гигиеническому уходу и диетическому питанию. Общая длительность терапии составляла 2 месяца. Клинико-лабораторное наблюдение проводили 5 месяцев под контролем общего, биохимического анализа крови, соскоба на *Demodex folliculorum*, определения pH кожи. На втором этапе исследования была дана оценка клинической эффективности лечения пациентов с демодекозом в I и II группах. Пилобакт и Пилобакт® АМ — комбинированные лекарственные препараты, предназначенные для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Пилобакт АМ представляет собой набор таблеток и капсул: капсула, содержащая 20 мг омепразола, таблетка, содержащая 500 мг кларитромицина, капсула, содержащая 500 мг амоксицилина. Пилобакт отличается от Пилобакта АМ тем, что вместо 4 капсул амоксицилина содержит 2 таблетки, содержащие по 500 мг тинидазола каждая.

Результаты. После полного курса проведенной терапии клиническое и лабораторное выздоровление отмечено у 81% пациентов I группы, у 74% пациентов II группы; положительная клиническая динамика отмечалась у 18% пациентов I группы и 23% пациентов II группы; отсутствовал эффект от проводимой терапии у 1% пациентов I группы, у 3% пациентов II группы исследуемых, отрицательной динамики не наблюдалось. Важным сравнительным моментом являются и сроки лечения больных. Наиболее выраженная клиническая эффективность была отмечена при всех формах демодекоза. Наступление терапевтического эффекта при лечении Пилобактом АМ было почти в два раза быстрее с тяжелыми проявлениями демодекоза, чем при терапии Пилобактом. Побочные эффекты развились в виде металлического привкуса у 6 пациентов II группы, тошнота беспокоила 2 пациентов (4%) I группы и 3 пациентов II группы (18%). Проводившиеся до и после лечения клинические, биохимические анализы крови и анализы мочи не выявили отклонений от нормы. Отдаленные наблюдения за больными, получившими лечение препаратами Пилобакт и Пилобакт АМ, выявили отсутствие рецидивов заболевания в течение последующих 9 месяцев наблюдений практически у всех пациентов. Высокий процент клинических улучшений при использовании карбонового лазера обусловлен фототермолизом, сужающим расширенные поры, разрушением патологических элементов без повреждения кожного покрова, рассасыванием узлов и выравниванием атрофических рубцов до уровня рубцовой ткани с последующим приподниманием дна рубца до уровня здоровой ткани.

Выводы. Выявлена выраженная клиническая эффективность лечения демодекоза лица с применением комплексной терапии, включающей препарат Пилобакт АМ и карбоновый лазерный пилинг. Препарат Пилобакт АМ более эффективен в лечении тяжелых форм демодекоза, чем Пилобакт благодаря его химическому составу.

Опыт применения IPL-фотодинамической терапии с метиламинолевулиновой кислотой при лечении пациентов с базально-клеточным раком кожи.

Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е.А., Варданян К.Л.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Европейский медицинский центр, Москва

Резюме. Представлены результаты применения фотодинамической терапии с использованием импульсного источника света (IPL) и топического фотосенсибилизатора метиламинолевулиновой кислоты (МАЛК) с предварительным хирургическим иссечением при лечении пациентов с различными формами базально-клеточного рака кожи.

Введение. Базально-клеточный рак кожи (БКРК) является наиболее распространенной злокачественной эпителиальной опухолью кожи с наиболее частой локализацией на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, кожа волосистой части головы). Выделяют четыре клинические формы БКРК: поверхностная, узловая, склеродермоподобная форма и фиброэпителиома Пинкуса. При фотодинамической терапии (ФДТ) происходит активация фотосенсибилизатора (ФС) с помощью источника света, спектральная мощность которого соответствует максимальному уровню поглощения ФС, что приводит к развитию в тканях фотохимической реакции, в результате которой в опухолевых клетках происходит выработка цитотоксического «синглетного» кислорода и селективное их повреждение. В дерматологии предпочтительно использование топических ФС, в частности, метиламинолевулиновой кислоты (МАЛК) в виде крема, для которого характерна большая липофильность по сравнению с другими топическими ФС, за счет чего наблюдается более глубокое проникновение в кожу. Для активации МАЛК рекомендовано использование IPL-лазера с длиной волны 630 нм.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 35 пациентов: 25 мужчин (71,4%) и 10 женщин (28,6%), в возрасте от 51 до 72 лет с гистологически подтвержденным диагнозом «базально-клеточный рак кожи». У 19 пациентов (54,3%) наблюдалась поверхностная форма БКРК, у 16 пациентов (45,7%) была диагностирована узловая форма БКРК. Всем пациентам было проведено двухэтапное лечение. На 1 этапе проводилось хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, после чего сразу проводился 2 этап процедуры – выполнялся сеанс ФДТ с МАЛК. Крем наносился тонким слоем толщиной в 1 мм под окклюзионную повязку на 3 часа. Затем после снятия повязки проводилась экспозиция светом в течение 8 минут с помощью IPL-лазера с длиной волны 630 нм. Доза световой нагрузки составила 37 Дж/см². Всего проводилось 2 процедуры с 1-недельным интервалом между ними.

Результаты. Через 3 месяца после проведенного курса лечения у всех 35 пациентов (100%) отмечался полный регресс БКРК.

Выводы. Таким образом, IPL-фотодинамическая терапия с метиламинолевулиновой кислотой и предварительным хирургическим иссечением может быть эффективно

использована при базально-клеточном раке кожи, в частности при поверхностной и узловой формах.

Основные направления развития лабораторных диагностических технологий в дерматологии.

Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Жукова О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Качественная и адекватная лабораторная диагностика является в настоящее время одним из ключевых факторов контроля над распространением дерматозов и направлена на установление диагноза заболевания, выявление его предикторов и профилактики, а также на прогнозирование клинической эффективности терапии.

К числу современных тенденций и перспектив лабораторных исследований при дерматозах относятся: верификация диагноза, маркерная диагностика, выявление коморбидной, органной патологии, предиктивная (профилактическая) медицина, прогнозирование эффективности и безопасности терапии.

Для осуществления верификации диагноза, помимо хорошо известного патоморфологического исследования биоптатов кожи, в настоящее время применяются методы *in vitro* конфокальной микроскопии, гистохимии, иммуногистохимии, иммунофлуоресценции. Эти методы позволяют изучать разнообразные молекулы (жиры, гликоген, нуклеопротеины, иммуноглобулины, ферменты и другие химические компоненты клетки) и продукты их метаболизма непосредственно в измененных болезнью тканях, проводить иммунофенотипирование клеточного состава пролиферата при злокачественных лимфомах кожи, количественно учитывать результаты реакций.

Все более широкое распространение приобретают неинвазивные методы диагностики, такие как дерматоскопия и видеодерматоскопия, *in vivo* конфокальная микроскопия, оптическая когерентная томография, ультразвуковое исследование кожи. Эти методы служат для быстрого подтверждения диагноза, обладают высокой точностью и воспроизводимостью, позволяют получать изображения слоев кожи с высокой степенью разрешения в реальном времени в 3 измерениях, оценивать состояние васкуляризации кожи.

Для изучения функционального состояния кожи используются методы, позволяющие оценивать увлажненность (корнеометрия) и барьерные свойства рогового слоя кожи (теваметрия), активность сальных желез (себуметрия), состояние соединительно-тканых волокон дермы (ревискометрия), эластичность кожи (кутометрия), уровень пигментации и эритемы (мексаметрия).

Основной идеей целевой «маркерной» диагностики является идентификация определенных молекул или их комплексов, которые присутствуют только в пораженных тканях или клетках и при развитии заболевания выделяются во внешнюю среду или внутренние среды организма. Известны маркеры дерматозов, определяемые с помощью

биохимических и иммунологических тестов: ревматоидный фактор и антитела к кардиолипину у больных системной красной волчанкой, «ферменты мышечного распада» (креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, АЛТ, АСТ, альдолаза) у больных дерматомиозитом, специфические IgE/IgG4-антитела к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения, определяемые у больных атопическим дерматитом, антитела к десмоглеинам 1 и 3 типа при пузырьных дерматозах, широкий спектр аутоантител, определяемых при аутоиммунных заболеваниях. Имеются перспективные разработки в области высокочувствительной детекции белков с использованием протеомного анализа кожи, сыворотки крови и интерстициальной жидкости. Для выявления отдельных маркеров применяются молекулярно-генетические и иммуногенетические методы. В качестве примеров их использования при дерматозах можно привести: выявление клональных Т-лимфоцитов, кодирующих TCR-рецепторы при грибовидном микозе, синдроме Сезари (Метод ПЦР *in situ*), выявление антигенов HLA-B8 и HLA-DR3, сцепленных с продукцией миозит-специфических антител, у больных дерматомиозитом (методы – ПЦР, ИФА), изучение экспрессионного профиля микро РНК в меланоцитах и клеточных линиях меланомы кожи для оценки прогноза заболевания (метод – ПЦР в реальном времени). С целью выявления коморбидной, органной патологии в настоящее время применяются высокопроизводительные системы биохимического, гематологического, иммуноферментного, ионоселективного, атомно-адсорбционного, хемилюминесцентного анализа, обладающие высокой аналитической чувствительностью и возможностью определять концентрации аналитов на уровне цептомолей (1×10^{-21} на 1 л) и йоктомолей (1×10^{-24} на 1 л), что позволяет говорить о многосторонней «технологической революции» лабораторной аналитики. Одним из наиболее перспективных направлений современной молекулярной медицины, опирающейся на лабораторные методы, является предиктивная, превентивная (предупредительная) медицина, которая изучает возможность прогнозирования заболевания у человека на основе революционных достижений «многомерной биологии» (high dimensional biology) XXI века. Методическую основу предиктивной персонализированной медицины составляет выявление генов, определенные аллели которых предрасполагают или, наоборот, препятствуют развитию различных заболеваний. К числу достижений предиктивной медицины в дерматологии может быть отнесена частичная расшифровка структуры наследственной предрасположенности к псориазу (локусы PSORS, ген TNF-A, RAGE-ген), атопическому дерматиту (ген DEFB1, rs1800795 гена IL6, генотип CC, мутации в гене филагрина), многим генодерматозам (врожденный буллезный эпидермолиз, нейрофиброматоз, икhtiоз вульгарный, X-сцепленный и др.). Вопросы прогнозирования эффективности и безопасности терапии заболеваний изучает фармакогенетика, предметом изучения которой является полиморфизм генов, определяющий вариабельность ответа разных индивидуумов на прием лекарственного препарата. К настоящему времени отечественными исследователями установлены: прогностическая значимость определения

полиморфизма гена TNF-R-II у больных псориазом в отношении эффективности терапии генно-инженерным препаратом инфликсимаб, значимые ассоциации между полиморфизмами генов эксцизионной системы репарации ДНК и риском развития УФ-индуцированной эритемы и диффузной необратимой гиперпигментации кожи больных псориазом, получающих фототерапию.

Таким образом, на настоящий момент современная лабораторная база располагает обширным арсеналом технологий, которые могут быть с успехом использованы для диагностики дерматозов. Рациональное и целенаправленное использование этих технологий, а также материальных, кадровых, методологических ресурсов и подходов позволяет осуществлять своевременное выявление и контроль над распространением этих заболеваний.

Лечение ограниченной склеродермии средними дозами глюкокортикостероидов.

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

Склеродермия – это хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани с длительным и прогрессирующим течением, проявляющееся изменениями на коже и внутренних органах. Этиология данного заболевания до сих пор не до конца ясна. Важную роль в развитии заболевания играют инфекционные агенты, химические и лекарственные вещества, сопутствующие заболевания (аутоиммунные, онкологические), генетические и сосудистые факторы. Очаговую склеродермию необходимо дифференцировать с витилиго, розацеа, недифференцированной формой лепры, иксодовыми клещевыми боррелиозами, склеремой и склередемой, ложной лейкодермой.

Клиническая картина заболевания представлена единичным или множественными пятнами с четкой границей розово – сиреневого цвета не возвышающимися над уровнем неизменной кожи. С течением времени в очаге развивается уплотнение и цвет меняется с розово-сиреневого на цвет «слоновой кости». В очаге развивается атрофия. Поверхность очага блестит, кожа истончается и постепенно приобретает коричневатый оттенок. В участке атрофии отсутствует сало- и потоотделение, отмечается выпадение волос, кожный рисунок сглаживается, ослабевает чувствительность. Объективно больные могут жаловаться на чувство стягивания. Иногда стягивание кожи настолько значительно, что затрудняет движения больного (поднять руки, повернуться).

В настоящее время по стандартам медицинской помощи больным с локализованной склеродермией в качестве лечебных препаратов первой линии рекомендованы препараты пенициллинового ряда. Однако, как мы знаем, их применение не дает желаемого результата и часто пациенты проходят 5 и более курсов лечения, а индукция очагов склеродермии сохраняется. За период с января 2015 по

январь 2016 года к нам в МНПЦДК ДЗМ обратились 87 пациентов, страдающих склеродермией. Из них нами было отобрано 23 пациента, у которых были множественные очаги склеродермии, отмечалось чувство стянутости кожи, а также прошли несколько (2–8) курсов лечения пенициллином без положительного эффекта. В этой ситуации для лечения очаговой склеродермии мы применили преднизилон в дозировке 35–40 мг/сутки. Таким образом, нами было пролечено 23 больных ограниченной склеродермией из них 14 мужчин и 9 женщин. Пациенты были в возрасте от 27 до 60 лет с длительностью заболевания от 1 года до 6 лет. Объективно на коже туловища отмечались множественные пятнистые высыпания розовато – сиреневого цвета с четкой границей, а также пятна цвета «слоновой кости» с индурацией. При поступлении мы назначали больным 35–40 мг/сутки преднизолона с постепенной отменой препарата в течение 3 месяцев. Через месяц после начала терапии пациенты отмечали улучшение, которое характеризовалось тем, что индурация уменьшалась, кожа собиралась в складку, а пациенты отмечали уменьшение стянутости кожи. Необходимо отметить, что на данный момент описанный метод лечения дает хорошие терапевтические результаты и рекомендуется пациентам с множественными очагами склеродермии.

Уровни депрессии и тревоги у пациентов с кожными заболеваниями.

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А., Сакания Л.Р., Данилин И.Е.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Российский университет дружбы народов, Москва

Взаимосвязь между манифестацией или обострением некоторых кожных заболеваний и состоянием эмоциональной сферы человека отмечается многими дерматологами и психиатрами. Практикующему врачу очевидно, что кроме атопического дерматита, включенного в «чикагскую семерку» классических психосоматических заболеваний, можно с уверенностью говорить о психосоматической природе таких недугов, как псориаз или экзема.

Целью нашего исследования было изучение уровней ситуативной и личностной тревожности, а также уровней тревоги и депрессии у пациентов МНПЦДК ДЗМ. С этой целью использовались: тест Спилбергера для оценки ситуативной и личностной тревожности (STAI) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), заполнявшиеся пациентами самостоятельно. Было обследовано 60 больных в возрасте от 19 до 79 лет (средний возраст составил 48 лет). Были обследованы пациенты со следующими диагнозами: атопический дерматит (5%), болезнь Девержи (5%), псориаз (55%), дерматит Дюринга (5%), саркома Капоши (10%), склеродермия (10%), экзема (5%), аллергический дерматит (5%).

Большинство обследованных продемонстрировали достаточно низкие уровни ситуативной тревожности (до 30

баллов). У больных с аллергическим дерматитом, синдромом Дюринга и экземой средние значения достигали 33 баллов, что является нижним порогом умеренной тревоги. Показатели личностной тревожности не превышали в среднем 35 баллов (умеренная тревога) у больных с дерматитом Дюринга, болезнью Девержи, склеродермией и аллергическим дерматитом. Более высокие уровни наблюдались у больных атопическим дерматитом (в среднем 40 баллов), псориазом (39 баллов), саркомой Капоши (42 балла). Самый высокий уровень личностной тревожности, достигавший 49 баллов, отмечался у больных экземой, что может свидетельствовать о конституциональной склонности воспринимать очень широкий спектр ситуаций в качестве угрожающих, несущих психологический дискомфорт. Результаты по шкале HADS продемонстрировали субклинически выраженные симптомы депрессии у больных с болезнью Девержи, атопическим дерматитом и дерматитом Дюринга (в среднем 8–9 баллов). Субклинически выраженная тревога наблюдалась у пациентов с псориазом и экземой. Высокие показатели тревоги (больше 11 баллов по шкале HADS) были выявлены у больных аллергическим дерматитом и дерматитом Дюринга. Необходимо отметить, что достаточно большое количество анкет (порядка 15%) не оценивались нами из-за явно формального подхода к их заполнению. Многие больные выказывали недоумение и настороженность при просьбе заполнить бланки. По нашему мнению, это свидетельствует о необходимости более тесного междисциплинарного сотрудничества дерматологов и психиатров в условиях одной клиники, т.к. использование психометрических шкал для самооценки своего состояния далеко не всегда способно отразить истинную картину психического состояния.

Особенности состояния кожи при хронической реакции трансплантат против хозяина.

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Безуглый А.П., Рассохина О.И.

Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, Москва

Увеличение количества трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток и рост выживаемости пациентов с реакцией трансплантат против хозяина (РТПХ) делают вопрос их реабилитации все более актуальным. Кожа, кишечник и печень относятся к главным органам-мишеням хронической РТПХ. Субъективные ощущения, вызванные поражением кожи и локализация поражений на видимых участках тела, приводят к дополнительному ухудшению качества жизни пациентов. Для поиска дополнительных путей коррекции кожных проявлений хронической РТПХ необходимо оценить особенности изменений кожи у детей с данной патологией. Цель исследования: оценить особенности изменений кожи у детей с кожными проявлениями хронической реакции трансплантат против хозяина с помощью неинвазивных методов исследования.

В связи с поставленной целью было обследовано 2 группы

пациентов. Основная группа: 15 пациентов с кожными проявлениями хронической РТПХ в возрасте от 3 до 24 лет с хронической РТПХ. Среди них 6 (40%) женский пол 9 (60%) муж.п., распределение пациентов по возрастным группам: 6 (40%) 3–5 лет, 1 (6%) 6–12 лет, 5 (33%) 13–17 лет, 3 (20%) 18–24 года. Группа контроля: 11 пациентов с ОЛЛ, получающих иммуносупрессивную терапию в возрасте от 2,5 до 12 л. Среди них 8 (73%) жен.п. и 3 (27%) муж.п., распределение по возрастным группам: 1 (9%) 0–2 г, 3 (27%) 3–5 л., 7 (64%) 6–12 л.

Материалы и методы: оценка морфологических изменений кожи проводилась с помощью фотодерматоскопии (heine delta 20+) и УЗИ с использованием высокочастотных датчиков (DUB SCAN TPM 22 мгц, 75 мгц). Для определения функционального состояния кожи пациентам выполнялась себуметрия и корнеометрия (hydra test). С целью определения наличия изменений в качестве жизни рассчитывался дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ).

Результаты. При обследовании пациентов с хронической РТПХ отмечалось уменьшение толщины эпидермиса у всех пациентов, увеличение толщины и плотности дермы у 80% пациентов по данным УЗИ кожи.

Изменение сосудов ногтевого ложа по данным дерматоскопии наблюдалось у 30%, также отмечено значительное снижение сальности и влажности кожи у всех (100%) пациентов.

Степень тяжести по дерматологическому индексу качества жизни была средней и легкой степени выраженности (9–14,6 баллов ДИКЖ).

В группе контроля кожные покровы пациентов были свободны от высыпаний, изменений сосудов ногтевого ложа по данным дерматоскопии не было обнаружено, снижение сальности и влажности кожи значительно ниже нормы наблюдалось у 1 (9%) пациента.

Выводы. На основании неинвазивных методов исследования показано, что поражения кожи при хронической РТПХ представлены атрофией эпидермиса, уплотнением и утолщением дермы, ксерозом кожи за счет снижения сальности и влажности кожи, что оказывает влияние на качество жизни пациентов с хронической РТПХ.

Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся Resorblift (Франция) для коррекции инволюционных изменений кожи.

Радион Е.В.

Belle Allure, Москва

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями для коррекции инволюционных изменений кожи в практике косметолога в амбулаторных условиях. Объекты исследования: пациенты центра – 302 в возрасте 33–66 лет (33–43 – 142 чел., 44–55 – 112 чел., 56–66 – 48 чел.), среди них мужчин 38, женщин 264. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом.

Имплантированы по 2 нити пациентам с целью лифтинга в области лобно-височной 26, носогубно-скуловой 146, щёчно-челюстной области 31, шейно-подчелюстной 18. Одномоментный лифтинг средней и нижней трети лица (4 нити) у 80 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% ультракаином 2–4 мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в коже каждая пункционно-биопсийной спинальной иглой 90 мм 20–18G, перемещение (лифтинг) кожи по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу. После процедуры прокол от иглы эпителизировался бесследно, небольшой отек купировался в течение первых 2 суток. Гематомы отмечались у 30% локально до 2,0 см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3–7 суток. У 20% гематом не было. После процедуры пациентам рекомендовался щадящий мимический, жевательный и артикуляционный режим.

Результат. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 260 (86,1%), хороший 25 (8,3%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 2-го месяца за счет стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат – у 17 (5,6%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентов.

Выводы: результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворённости пациентов и гарантируют оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога, и позволяют избежать возможных осложнений.

Первично психические расстройства у пациентов трихологического приема.

Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Диагностика и ведение пациентов с первично психическими расстройствами, проецированными на волосяной покров и возникающими в отсутствие диагностируемой патологии волос, представляет собой актуальную междисциплинарную проблему. Такие больные, нуждаясь, прежде всего, в помощи психиатра, обращаются преимущественно к врачам-дерматологам (трихологам). Обсуждаемые расстройства объединяют широкий круг психосоматических синдромов, включая трихотилломанию, невротические экскорации, дисморфофобию. Они требуют проведения дифференциальной диагностики и комплексной терапии с учетом как трихологических признаков, так и психиатрических проявлений.

Цель. Клиническая характеристика первично психических расстройств, проецированных на волосяной покров и

возникающих в отсутствие диагностируемой патологии волос. Материалы и методы. Выборка исследования (11 набл.; женщины; средний возраст – 35,5 лет.) сформирована на базе отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «МНПЦДК» ДЗМ. Все пациенты были обследованы трихологом клинически, методом трихоскопии (при необходимости – фототрихограмма), с целью исключения первичной патологии волос, а также консультированы психиатром для квалификации актуальных психических расстройств.

Результаты. В изученной выборке диагностированы трихотилломания (5 набл.), невротические экскорации (1 набл.) и дисморфофобия (5 набл.) волосистой части головы. При трихотилломании аутодеструкция клинически проявляется наличием в очагах облысения обломанных на разной высоте терминальных волос при отсутствии зоны расшатанного волос, а дерматоскопически – обломанными на разной высоте, расщепленными, скученными волосами. Психопатологически в 4 набл. аутоэкстракция волос носит компульсивный (навязчивый) характер, в 1 набл. – импульсивный. Компульсивное выдергивание волос инициируется навязчивыми ощущениями, ассоциированными с тревожным аффектом (ситуации неопределенности, сомнений и т.п.). При ритуализованном самообследовании волос пациентки на ощупь обнаруживают неровности, «изломанность» отдельных волосков, что становится триггером для удаления конкретных «избранных» стержней волос. Вслед за актом аутодеструкции отмечается временная редукция тревоги. Импульсивное выдергивание волос сопровождается диффузными телесными ощущениями – близкими к витальным влечениям (сравнимым с чувством голода/жажды) ощущениями физического дискомфорта, например, мышечного «напряжения» в области головы и шеи, ассоциированными с гипотимическим и дисфорическим аффектом (подавленность с раздражительностью). За актом аутодеструкции следует чувство удовлетворения, кратковременной эйфории. Аутодеструктивные проявления при невротических экскорациях не ограничиваются волосистой частью головы, где они клинически представлены вторичными элементами сыпи (свежие и покрытые геморрагическими корками эрозии) с локальным отсутствием волос в зоне деструкции. Схожие проявления определяются также на других участках кожи (голень, предплечья). Психопатологически речь идет о синдроме компульсивных/импульсивных экскораций проецирующемся не только на кожу волосистой части головы, но и других участков тела. При дисморфофобии аутодеструкция не характерна – жалобы возникают в связи с физиологическим выпадением волос (по данным фототрихограммы) в отсутствии объективных признаков облысения. Психопатологически речь идет о тревожно-ипохондрических реакциях, ассоциированных со сверхценными образованиями (по типу «ипохондри красоты»), содержанием которых является несоответствие качества/количества волос субъективному образу тела. Исключение. Представленные характеристики могут быть использованы для дифференциальной диагностики первично психических расстройств у пациентов трихологического приема, хотя и носят предварительный характер и нуждаются

в дальнейшем уточнении с привлечением выборок большего объема.

Клинико-психологические особенности аутоагрессивного поведения у больных псориазом и псориатическим артритом.

Ружинских А.Г.

*Городской кожно-венерологической диспансер,
Санкт-Петербург*

В настоящее время многими авторами отмечается влияние психогенных факторов на формирование и течение псориаза. Отмечается, что тяжесть его течения коррелирует с усилением психопатологических характеристик больных псориазом, а ее ослабление, с уменьшением выраженности аффективной патологии. Наличие косметического дефекта, социальной стигматизации, формирование избирательного, защитного поведения способствует образованию различных аутоагрессивных тенденций (невротические экскорации, суицидные мысли), что может осложнять имеющийся комплаенс с врачом, снижать качество жизни, влиять на качество оказания специализированной помощи.

Целью нашего исследования является исследование взаимосвязей аутоагрессивного поведения и психопатологических характеристик у больных псориазом и псориатическим артритом.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования была взята выборка 31 человека, больных псориазом и псориатическим артритом, поступивших на лечение в городскую кожно-венерологический диспансер г. Санкт-Петербурга. В исследуемую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 71 лет, средний возраст группы 51–60 ± 1,35 года. Из них 15 (48,4%) женщины и 16 (51,6%) мужчин.

В исследовании применялись методики. Индекс охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index); опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (Symptom Check List-90-Revised); Опросник для измерения уровня личностной агрессивности Баса Б., Дарки Р. в адаптации Почебут Л.Г. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS-22.0 с использованием описательной статистики и корреляционного анализа с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Полученные результаты. Результаты исследования индекса PASI показали, что среднее значение индекса PASI равно 26,46±17,38. Это соответствует средней степени тяжести течения псориаза. Данные по «Опроснику измерения уровня личностной агрессивности» показали, что для больных характерны следующие средние показатели агрессивности: вербальная агрессия – 3,71±1,79, физическая агрессия – 1,87±1,69, предметная агрессия – 2,23 ± 1,20, эмоциональная агрессия – 1,87±1,26, самоагрессия – 4,06±1,75, общая агрессивность – 13,74±4,91. Среди показателей агрессии у больных доминируют вербальная агрессия и самоагрессия. Таким образом, несмотря на средние значения типов агрессивного поведения,

больные склонны проявлять гетероагрессивное поведение вербально, в словах, по отношению к другим людям, так и аутоагрессивное поведение по отношению к себе. Исследование психопатологических характеристик показало, что тревожные расстройства у больных представлены фобиями ($0,23 \pm 0,30$), личностной тревогой ($0,54 \pm 0,49$), межличностной тревогой ($0,69 \pm 0,60$) и обсессивно-компульсивными расстройствами ($0,69 \pm 0,54$). Это определяет высокий уровень дискомфорта, беспокойства, угрозы переживаемый больными. Высокие значения уровня соматизации ($0,88 \pm 0,54$) указывает на большое количество соматических жалоб, что может объясняться как остротой течения псориаза, так и в соответствии с интерпретацией методики, образованием соматических эквивалентов тревожности. Повышенный уровень депрессивности ($0,64 \pm 0,56$) и психотизма ($0,34 \pm 0,33$) свидетельствует о снижении уровня мотивации, формировании чувства беспомощности перед жизненными трудностями, избирательного поведения, стремлении к самоизоляции. Результаты исследования корреляционных взаимосвязей выявили положительную корреляционную связь между шкалами самоагрессия и фобии ($p \leq 0,05$). Таким образом, утяжеление течения заболевания, сопровождающееся усилением психопатологической симптоматики, будет способствовать образованию новых и актуализации старых негативных иррациональных установок. Сформированные ими страхи и тревоги связанные возможной зависимостью больных от окружения, инвалидизацией, снижением качества жизни, стигматизацией будут усиливать общий негативный психоэмоциональный фон, способствовать формированию новых страхов и фобий. В свою очередь, это будет способствовать проявлению различных вариантов аутоагрессивного поведения.

Выводы. Формирование адресных психотерапевтических и психокоррекционных программ, направленных на уменьшение страхов, тревог и фобий позволит снизить уровень аутоагрессивных тенденций, повысить качество взаимодействия между больным и врачом, сформировать адаптивные механизмы позволяющие больным совладать с имеющимся заболеванием и снизить влияние психогенных факторов на течение болезни.

Течение и исходы узловой эритемы при ассоциации с инфекцией и у беременных.

Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Белов Б.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Узловая эритема (УЭ) – разновидность септального панникулита, протекающая преимущественно без васкулита, развивающаяся под влиянием различных причин (инфекции, медикаменты, беременность, ревматические заболевания и др.).

Цель: оценить течение и исходы УЭ, ассоциированной с инфекцией, и у беременных.

Материалы и методы: обследовано 2 группы пациентов – 22 беременных женщины с УЭ в возрасте $28,5 \pm 3,3$ лет (1 группа)

и 32 пациента с УЭ, ассоциированной с инфекцией (ж – 30, м – 2) в возрасте $39,6 \pm 13$ лет (2 группа), наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2009–2015 гг. Длительность УЭ составила $1,63 \pm 1,1$ месяцев и от 1 недели до 16 лет соответственно. Помимо общеклинического обследования проводили иммунологические и серологические исследования (хламидии 2 классов, микоплазмы 2 классов, уреоплазмы, вирусы герпеса I и II типа (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ), гепатиты В/С, йерсинии, ВИЧ и т.д.).

Результаты исследования. В каждой группе выявлено наличие хронических заболеваний до развития УЭ: в 1 группе – 11 случаев (тонзиллит – 5, гайморит – 2, герпес – 2, пиелонефрит – 1, кольпит – 1), во 2 группе – 12 (тонзиллит – 8, эндометриоз – 3, бронхит – 1, кольпит – 1, токсоплазмоз – 1). Клинический симптомокомплекс УЭ в 1 группе характеризовался симметричными (74%) умеренно болезненными (боль при пальпации по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) $41,4 \pm 23$ мм) узлами размерами $3,09 \pm 1,4$ см в количестве $6,77 \pm 4,32$ на передних (100%), реже медиальных (54,5%), латеральных (45%) и задних (9%) поверхностях голеней (100%), не склонных к слиянию (97%), с симптомом «цветения синяка» (9%), во 2 группе – симметричными (94%) умеренно болезненными (ВАШ боли при пальпации 35 ± 24 мм) узлами размерами $3,25 \pm 2,86$ см в количестве $6,75 \pm 5,75$ на передних (97%), медиальных и латеральных (по 62,5%), реже задних (43,75%) поверхностях голеней (97%), не склонных к слиянию (97%) с симптомом «цветения синяка» (78%) ($p < 0,001$). УЭ редко сопровождалась субфебрильной температурой: в 23% и 19% случаев соответственно. Артралгии отмечены у 6 человек в 1 группе и у 7 – во 2 группе. Повышение уровня СОЭ и СРБ для 1 и 2 групп составляло 4 и 5, а также 10 и 14 случаев соответственно. Серологическое обследование в 1 и 2 группах показало нарастание в ≥ 3 раза уровней антител к вирусам семейства Herpesviridae (7 и 26), Chlamydia trachomatis (1 и 3), Yersinia enterocolitica (1 и 5), Mycoplasma pneumoniae (0 и 6), Chlamydia pneumoniae (0 и 5), Mycoplasma hominis (0 и 2) и АСЛ-О (2 и 18) соответственно. Терапию УЭ при гестации и ассоциации с инфекцией проводили: антиоксидантами (17 и 25), противовирусными (6 и 24), нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (1 и 19), глюкокортикоидами (ГК) (5 и 6), антибактериальными (0 и 18) и аминохинолиновыми препаратами (0 и 14) соответственно. В каждой группе применяли локальную терапию (НПВП, ГК, антикоагулянт прямого действия) – у 20 и 24 больных соответственно. В 1 группе УЭ рецидивировала через 6–8 месяцев после родов у 4 женщин (66,7%), через 14–15 месяцев у 2 (33,3%). Во 2 группе рецидивы наблюдали у 12 больных. Причинами рецидива в 1 и 2 группах были: ОРВИ/переохлаждение (3 и 7), прием оральных контрацептивов (1 и 0), стресс (1 и 2), йерсиниозная инфекция (1 и 0), обострение хронического тонзиллита (0 и 1), нарушение и неэффективность предписанной терапии (0 и 2) соответственно.

Выводы. В целом клинико-лабораторная картина УЭ, ассоциированной с инфекцией и при беременности не различалась. Характерным клиническим признаком УЭ, ассоциированной с инфекцией являлся симптом «цветения синяка». Наиболее частыми причинами рецидива УЭ для каждой группы являлись ОРВИ и переохлаждение.

Клинические особенности кератоакантомы в Пермском регионе (ретроспективный анализ 95 случаев).

Седова Т.Г., Елькин В.Д., Хлебникова А.Н., Копытова Е.А., Кузнецов И.Д., Новоселова М.Ю.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Резюме. Представлен ретроспективный анализ клинических особенностей 95 случаев кератоакантомы по данным обращаемости среди пациентов Пермского краевого онкологического диспансера. Ключевые слова: кератоакантома, клиника.

Введение. Кератоакантома (КА) (син: роговой моллюск, псевдоканцероматозный моллюск, веррукома эпителиоподобная Гужеро) – доброкачественная опухоль эпидермального происхождения мультифакторной природы. КА характеризуется циклическим течением с фазой роста, стабилизации и спонтанной инволюции. Новообразование встречается преимущественно среди лиц старше 50 лет и локализуется чаще на открытых участках тела. Выделяют следующие клинические формы КА: типичная и атипичная. Клиническая картина типичной КА кожи характеризуется появлением солитарного узла куполообразной формы диаметром 10–20 мм с центральным углублением кратерообразной формы. «Псевдоязва» заполнена роговыми легко удаляемыми массами. По периферии образования валикообразная зона с телеангиэктазиями. В типичных случаях цикл развития КА продолжается до 3 месяцев и заканчивается полным регрессом опухоли. К атипичным КА относят стойкую, гигантскую, мультинодулярную, грибовидную, центробежную и другие разновидности.

Цель. Изучение клинической структуры 95 случаев КА в Пермском регионе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинко-эпидемиологической структуры 95 случаев КА за период 2005–2015 гг. среди пациентов ГУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер» по данным историй болезни и амбулаторных карт, в том числе биопсийного материала. Анализ данных проводился на основе методов вариационной статистики с использованием программы MS Excel (Microsoft), Статистика 6,0.

Результаты. За изучаемый период доброкачественные опухоли кожи были выявлены у 822 пациентов, из них КА была диагностирована у 95 больных (11,6%), в том числе у 55 женщин (57,9%) и 40 мужчин (42,1%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 100 лет, составив в среднем $59,2 \pm 1,7$ года (у женщин – $56,18 \pm 1,5$ лет, у мужчин – $63,1 \pm 2,9$ года). Наиболее часто КА поражала кожу головы – у 58 больных (61,1%). При этом опухоль локализовалась на лице у 47 пациентов (49,5%), одинаково часто среди лиц обоего пола. Кожа лба поражалась – у 13 больных (13,7%), височная область – у 12 (12,6%), скуловая – у 9 (9,5%), нос – у 8 (8,4%) и подбородок – у 5 пациентов (5,3%). На коже волосистой части головы КА чаще встречалась у женщин – 9 больных (16,5%), против – 2 мужчин (5,0%). Локализация КА на коже туловища выявлена – у 18 больных (18,9%). При этом одинаково часто опухоль локализовалась на коже спины и груди в 14

случаях (14,7%) лиц обоего пола, в 4 (4,2%) – на передней брюшной стенке. Поражение верхних конечностей отмечено у 12 пациентов (12,6%), преимущественно у 10 женщин. Наиболее часто поражалась кожа плеча у 5 пациенток (9,1%), предплечья – у 3 (5,5%) и кисти – у 2 больных (3,6%). Локализация КА на коже нижних конечностей встречалась в 8 (8,4%) случаях, при этом среди женщин чаще поражались голени – 4 (7,3%). При анализе клинических форм КА отмечено, что типичная разновидность встречалась у 45 больных (47,4%), из них у 30 женщин (66,7%) и 15 мужчин (33,3%). Размеры опухоли варьировали от 0,7 до 1,8 см, в среднем – $1,5 \pm 0,04$ см. Циклическость развития типичной КА колебалась от 19 до 54 дней, составив в среднем – $39 \pm 1,2$ дня. Атипичные формы опухоли встречались у 50 больных (52,6%). При этом были диагностированы следующие разновидности КА: гигантская в 10 (20,0%) случаев, множественная – 9 (18,0%), мультинодулярная – 8 (16,0%), центробежная – 7 (14,0%), веррукозная – 5 (10,0%), стойкая – 4 (8,0%), грибовидная – 3 (6,0%), эруптивная – 2 (4,0%), вегетирующая – 2 (4,0%). Размеры атипичных КА колебались от 1,5 до 4,7 см, в среднем составили $3,2 \pm 0,1$ см. Больным атипичными КА было проведено хирургическое иссечение, ввиду отсутствия спонтанной инволюции опухоли.

Выводы. Полученные данные подтверждают многочисленные сообщения о преимущественной локализации КА на открытых участках кожи. Нами отмечена наиболее частое поражение кожи лица больных (49,7%) у представителей обоего пола. Типичная КА отмечена в 45 (47,4%) случаях, при этом размеры опухоли составили в среднем – $1,5 \pm 0,04$ см, а регресс продолжался – $39 \pm 1,2$ дня. Атипичные разновидности КА диагностированы у 50 больных (52,6%), средние размеры новообразования составили – $3,2 \pm 0,1$ см, пациентам проведено хирургическое удаление опухоли.

Иммуногистохимические особенности инвертирующего фолликулярного кератоза.

Седова Т.Г., Хлебникова А.Н., Елькин В.Д., Копытова Е.А., Кузнецов И.Д., Новоселова М.Ю.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Резюме. Инвертирующий фолликулярный кератоз (ИФК) – редкое новообразование кожи, в диагностике которого ведущая роль отведена гистологической верификации. Авторами проведен ретроспективный анализ иммуногистохимических (ИГХ) особенностей ИФК у 50 больных. Ключевые слова: инвертирующий фолликулярный кератоз, иммуногистохимия, Ki-67, P53, цитокератины. Инвертирующий фолликулярный кератоз (син.: фолликулярная кератома) – редкое доброкачественное новообразование кожи, происходящее из эпителия воронки волосяного фолликула. Существующие в настоящее время представления о происхождении опухоли противоречивы. Одним из достоверных способов морфологической диагностики является ИГХ метод. Диагностические возможности ИГХ позволяют оценить не только пролиферативные свойства

опухоли, но и определить ее гистогенетические особенности. Известно, что кератиноциты волосяных фолликулов дают позитивное окрашивание на трихоцитарные и эпидермальные кератины. В то же время ИГХ фенотип пролиферирующих клеток при ИФК не изучался. Исследование позволяет определить диагностические критерии дифференцировки и гистогенетическую принадлежность опухолей.

Целью нашего исследования явилось изучение ИГХ особенностей ИФК.

Материалы и методы. В настоящее исследование включен биопсийный материал 50 пациентов, обратившихся в ГУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер» за 2005–2015 гг. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, микроскопировали при увеличении 100 и 120. ИГХ исследование проводили в соответствии со стандартным протоколом: Ki-67 (1:200, «Thermo»), мутантный вариант белкового продукта гена P53 (1:200, «Thermo») и антител к цитокератинам (СК) 10 («ДАКО») и 7 («Thermo»). Индекс Ki-67 определялся как среднее от числа меченых на 100 учтенных ядер, выраженный в процентах. Индекс P53 определяли в процентном соотношении к общему количеству иммунореактивных клеток. Реакцию с цитокератинами оценивали по цитоплазматическому окрашиванию. Проведен анализ ИГХ особенностей ИФК. Результаты. При анализе пролиферативной активности по гистологическому типу было установлено, что при папилломатозном типе ИФК экспрессия белка Ki-67 наблюдалась преимущественно в базальных отделах эпидермиса и составила в среднем – 26,3%, экспрессия P53 определялась в единичных клетках базального слоя (в среднем – 5,5%), СК7 позитивные клетки визуализировались только в нормальном эпителии потовых желез, а СК10 – исключительно в плоском эпителии клеток опухоли. При солидном типе ИФК индекс пролиферации Ki-67 в среднем составил – 27,9%, пролиферативные клетки визуализировались в базальных слоях акантотических тяжей эпидермиса и солидных структурах опухоли, P53 экспрессировался в клетках солидных участков и составил в среднем – 20,2%, СК7 также определялись в эпителии потовых желез базальных отделах эпидермиса, а СК10 только в клетках плоского эпителия опухоли. Кистозный тип ИФК характеризовался низким индексом пролиферации Ki-67 (в среднем – 10,4%), во всех случаях клетки опухоли негативно окрашивались на P53, отмечалась экспрессия СК7 исключительно в эпителиальной выстилке роговых кист и единичные позитивные клетки на СК10 в плоском эпителии опухоли. Кератоакантомный тип ИФК характеризовался выраженной экспрессией маркеров пролиферации Ki-67 (45,8%) равномерно распределяющихся в акантотических тяжях базальных отделов эпидермиса, преимущественно диффузно по всей поверхности опухоли, P53 этого типа составила в среднем 46,7%, экспрессия СК7 отмечалась в клетках эпителия потовых и сальных желез, а СК10 в клетках плоского эпителия, в том числе роговых жемчужинах и распределялась в основном в виде очаговых скоплений клеточных комплексов.

Выводы. Полученные результаты интерпретируют ИФК, как гиперпролиферативную опухоль с гетерогенной эпидермальной дифференцировкой. Определен прогностически неблагоприятный гистологический тип опухоли – кератоакантомный с высоким индексом

пролиферации (Ki-67 – 45,8%, P53 – 46,7%) и равномерным распределением пролиферирующих клеток. Самая низкая экспрессия маркеров пролиферации встречалась при кистозном типе ИФК (Ki-67 – 10,4%, P53 – негативен), отмечалось периферическое распределение пролиферирующих клеток в опухоли. Таким образом, кератоакантомный тип ИФК обладает более выраженным инвазивным потенциалом по сравнению с другими гистологическими типами новообразования. ИГХ метод может использоваться как дополнительный критерий дифференциальной диагностики, а также для определения индивидуального прогноза опухоли и тактики лечения больных.

Современные медико-социальные аспекты розацеа.

Силина Л.В., Бобракова А.А.

Орловский областной кожно-венерологический диспансер, Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Орел, Курск

Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание, поражающее, как правило, преимущественно кожу лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. Актуальность решения вопросов этиологии, патогенеза и лечения розацеа определяется высоким удельным весом этого дерматоза в структуре заболеваний кожи.

Цель. Оценить степень корреляции розацеа с полом, сопутствующей патологией, триггерными факторами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе БУЗ Орловской области ООКВД и ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 2014–2015 гг., находилось 109 пациентов в возрасте от 31 до 64 лет (67 (61,5%) женщин и 42 (38,5%) мужчин) с различными формами розацеа. Среди них городских жителей – 89%, сельских – 11%. Средний возраст составил 41±3,6 лет. Давность заболевания составляет в среднем от 3 до 18 лет, более чем у половины обследуемых – от 6 до 12 лет (57,8%), более 12 лет 32,9%, менее 3 лет – 9,3%. Первую группу составили больные с I подтипом розацеа (32 пациента, из них 81,3% (26) женщин, 18,7% (6) мужчин). 29,4% – эритематотелеангиэктатическим (умеренная эритема, небольшое количество телеангиэктазий); вторую (основную) группу (51 пациент, из них 31 (60,8%) женщина, 20 (39,2%) мужчин) 46,8% с подтипом II – папулопустулезным (множество телеангиэктазий, наличие папул, пустул, персистирующая эритема); третью группу (26 пациентов из них 10 (38,5%) женщин, 16 (61,5%) мужчин) 23,8% с подтипом III – фиматозным (стойкая эритема, многочисленные телеангиэктазии, наличие папул, пустул, реж – ринофимы (фимы также отмечались в области подбородка, щек). У всех больных были основные (транзиторная эритема, стойкая эритема, папулы, пустулы, телеангиэктазии) и второстепенные (чувство жжения и болезненность, локализация в центральной части лица, формирование фим) диагностические признаки розацеа. Комплексное обследование включало заполнение индивидуальной

анкеты, общеклинические тесты, соскоб с кожи лица и дерматоскопию для идентификации *Demodex folliculorum*, консультации гастроэнтеролога, гинеколога, эндокринолога. При амбулаторном обращении каждому пациенту было предложено заполнить индивидуальные опросники. Проводилась беседа для определения возможных триггерных факторов, к которым относятся: воздействие УФ-лучей, эмоциональный стресс, употребление алкоголя, неправильное питание и т.д. При осмотре очаги поражения локализовались в типичных участках: щеки – 94% больных, подбородок – 83% больных, лоб – 39% больных, нос – 37% больных. *Demodex folliculorum* выявлялся у 79% пациентов: из них 37% – мужчины, 42% – женщины. Из сопутствующих заболеваний чаще всего выявлялись: патология желудочно-кишечного тракта – у 29 (из них 65,5% (19) мужчин, 34,5% (10) женщин), заболевания нервной системы у 14 (из них 78,6% (11) женщин, 21,4% (3) мужчин), эндокринные дисфункции – у 16 (75% (12) женщин, 25% (4) мужчин), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 12 (67% (8) мужчин, 33% (4) женщин). У 34,9% (38 человек, из них 21 женщина, 17 мужчин) сопутствующей патологии не выявлено. Основная масса обследованных – 78 (71,6%) указывала на сезонность обострений преимущественно в летнее время. У 31 (28,4%) пациентов четкой связи обострений со временем года проследить не удалось. Проведенное исследование показало, что средняя тяжесть поражения у женщин, больных розацеа, составляла – 8–14 баллов с преобладанием I–II стадий заболевания. В группе мужчин тяжесть была существенно выраженной – 13–19 баллов с преобладанием II–III стадий заболевания и осложненные его формы.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что тяжесть течения розацеа четко коррелировала с полом (у мужчин дерматоз протекает тяжелее, что связано с низкой обращаемостью к дерматологу т.к. среди мужского населения снижена мотивация в отношении решения эстетических проблем), наличием сопутствующей соматической патологии: среди лиц мужского пола более часто выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта, что может быть обусловлено неправильным питанием, более выраженной предрасположенностью к вредным привычкам. Что касается женской части обследованных, то в данном случае отмечается наличие нервной и эндокринной патологии, это связано с более лабильной психикой, меньшей стрессоустойчивостью, менструальным циклом. Стоит также учитывать связь данной патологии с возрастом пациентов и давностью существования заболевания.

Клинический опыт применения проактивной терапии пациентам с atopическим дерматитом.

Силина Л.В., Колбина М.С., Письменная Е.В., Исаенко Т.П.

Курский государственный медицинский университет, Курский областной кожно-венерологический диспансер, Курск

Весьма актуальной остается проблема дифференцированного использования наружных лекарственных средств в

комплексной терапии стероидзависимых хронических дерматозов с локализацией патологического процесса на лице и теле. Длительное, хроническое течение болезни, с частыми обострениями, полиэтиологичность патологии объясняют необходимость поиска рационального подхода к их терапии эффективными средствами. В настоящем исследовании принимали участие 40 пациентов, страдающих atopическим дерматитом. Исследуемая группа была представлена 22 мужчинами и 18 женщинами в возрасте от 25 до 55 лет с давностью заболевания от 20 лет. Все пациенты получали стандартное лечение антигистаминными препаратами, получали дезинтоксикационную терапию, витамины и наружное лечение, включающее кортикостероидные мази и другие средства в зависимости от стадии течения процесса в амбулаторных условиях. Первой группе лиц (20 человек) использовали крем Комфодерм М2 с целью дополнительного увлажнения кожи. Его назначение обосновано наличием в составе крема, помимо метилпреднизолона ацепоната, мочевины, в качестве увлажняющего компонента. Причем, в период обострения Комфодерм М2 назначали на участки с тонкой кожей (лицо, складки кожи, суставные сгибы) один раз в сутки одновременно с применением Перфектала в качестве эмоленга. Затем в течение трех месяцев (период неполной ремиссии заболевания) Комфодерм М2 применяли дважды в неделю в течение трех месяцев и Перфекталь дважды в сутки также в течение этого времени. Пациенты группы контроля (вторая группа лиц – 20 человек) использовали только другой эмоленг (Эмолиум) на участки тела с тонкой кожей один раз в день в течение всего времени наблюдения. Полученные результаты лечения оценивали с помощью интегративного дерматологического индекса SCORAD. При оценке показателей индекса SCORAD у больных atopическим дерматитом основной и контрольной групп после лечения фактические данные демонстрировали однонаправленное снижение в процессе терапии всех проявлений atopического дерматита. Благоприятная динамика регресса проявлений atopического дерматита в процессе терапии и после ее окончания, снижение выраженности объективных симптомов, а также уменьшение интенсивности зуда и нарушений сна отражалось в значительном снижении показателя интегративного индекса SCORAD. Итак, у пациентов контрольной группы величина индекса SCORAD составила $59,7 \pm 2,73$ балла, у группы активного вмешательства – $58, 5 \pm 2,58$ баллов. Непосредственно после лечения (через месяц) – $12,9 \pm 2,12$ и у лиц группы активного вмешательства – $5,1 \pm 1,26^*$ (* $p < 0,05$), а через три месяца терапии – соответственно $7,12 \pm 0,33$ и $4,61 \pm 0,12$. Применение указанной схемы в течение четырех месяцев наблюдения за пациентами не сопровождалось побочными реакциями и осложнениями. Использование описанной схемы проактивной терапии и долгосрочного противорецидивного лечения характеризовалось максимальным уменьшением выраженности клинических симптомов atopического дерматита и пролонгированным положительным терапевтическим эффектом. Клинические исследования показали, что применяемое нами лечение эффективно в терапии больных atopическим дерматитом и его использование в широкой клинической практике дерматологами позволяет оптимизировать лечение больных atopическим дерматитом.

Роль близкофокусной рентгенотерапии в лечении базально-клеточного рака кожи.

Соков В.Н., Тер-Ованесов М.Д., Фролова Е.Л., Кукош М.Ю., Кочергина Ж.Н., Толмачева Е.С.

Городская клиническая больница №40, Российский университет дружбы народов, Москва

В структуре онкологической заболеваемости РФ злокачественные новообразования кожи составляют 5–10%, при этом базально-клеточный рак (БКР) верифицируется в 65% случаев. Несмотря на простоту выявления БКР, в клинической практике нередко встречаются запущенные, а порой и генерализованные формы опухолевого процесса. Основными методами лечения БКР являются: фотодинамическая терапия, криотерапия, хирургическое лечение, а также лучевая терапия. При диссеминированных формах БКР с успехом применяется таргетная терапия. Локализация опухоли является одним из важных факторов, влияющих на выбор тактики лечения БКР. В 80–90% случаев опухоли располагаются на коже лица и головы, что делает невозможным проведение отдельных методов лечения в радикальном объеме.

Цель исследования: выявление эффективности близкофокусной рентгенотерапии (БРТ) в лечении БКР.

Материалы и методы: с декабря 2013 года по декабрь 2015 года в ГКБ №40 БРТ проведена 102 пациентам с опухолями различных локализаций, пациенты проходили лечение в условиях дневного стационара. 69 (67,6%) пациентов были с первично выявленным БКР Т1-Т3N0M0 и 33 (32,4%) пациента с рецидивами БКР. У 101 (99%) пациента цитологическая картина соответствовала БКР кожи, у 1 базально-плоскоклеточному (метатипическому) раку кожи. Основной локализацией опухолевого процесса была область головы и лица (88,2% пациентов). В случаях большой распространенности опухолей и выраженных дефектов окружающих тканей в результате роста БКР, причиной являлось позднее обращение в медицинские учреждения. В среднем, с момента самостоятельного обнаружения опухоли до момента обращения к врачу, проходило от 12 до 36 месяцев. БРТ проводилась на аппарате «XStrahl 200» (Великобритания). Всем пациентам БРТ проводилась по радикальной программе. В зависимости от распространенности опухолевого процесса применялось 2 режима лечения. Стандартная схема: 5 фракций в неделю, разовая очаговая доза (РОД) составляла 3 Гр, а суммарная – 51–54 Гр. Гипофракционирование применялось в 2 режимах: 3 фракции в неделю, с РОД- 4 Гр и суммарной 52–56 Гр и 3 фракции в неделю, с РОД- 5 Гр и суммарной 30 Гр, подведенной за 2 этапа лечения с 2–3-недельным перерывом. Использовалась энергия от 40 кВ до 80 кВ с фильтрами 1–2,5 мм Al. Сила тока составляла 10 мА. Гипофракционирование применялось у пациентов старческого возраста и соматически отягощенных, не имеющих физическую возможность ежедневного посещения клиники.

Результаты. У 38 (37,3%) пациентов имела место полная резорбция опухоли на момент окончания лечения, через 2 месяца у них отмечено полное заживление кожных покровов с хорошим косметическим эффектом. У 62 (60,7%) пациентов отмечена частичная регрессия опухоли на момент окончания

лечения с полной резорбцией опухоли и полным заживлением кожных покровов и хорошим косметическим эффектом через 2 месяца после окончания лечения. У 1 пациента (1%) ввиду больших размеров первичного поражения через 2 месяца после окончания лечения отмечена полная регрессия опухоли с частичным заживлением кожных покровов в зоне облучения. Пациент направлен для выполнения реконструктивно-пластической операции. У 1 пациента (1%) отмечено прогрессирование опухолевого процесса с дальнейшей деструкцией окружающих тканей.

Выводы. БРТ является эффективным методом лечения пациентов, страдающих БКР, позволяющим добиться регрессии опухоли за относительно короткое время, а если учесть, что проведение сеансов сопровождается минимальным количеством расходных материалов, метод можно рассматривать как экономически целесообразный. Длительность сеанса составляет несколько минут, это дает возможность оказывать качественную медицинскую помощь большому количеству пациентов в условиях дневного стационара, что позволяет с успехом применять его в клиниках, работающих в рамках ОМС. Резервы улучшения результатов лечения и прогноза заболевания БКР лежат в плоскости ранней диагностики и своевременном обращении пациентов в специализированные медицинские учреждения.

Модели полового поведения у мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Соловьев А.М., Макарова Е.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В связи с популярным в обществе толерантным отношением к нетрадиционным формам сексуального поведения возникает необходимость уточнения общепринятых подходов к диагностике и тактике ведения ИППП у пациентов из групп риска, в частности, мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ).

Материалы и методы. В работе использовались анкеты-опросники для выявления особенностей полового поведения, проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование для выявления ИППП и других заболеваний урогенитального тракта с помощью микроскопического, бактериологического, серологических методов, а также с использованием ПЦР, у 174 мужчин, указавших в анкетах наличие сексуальных связей с мужчинами.

Результаты. При анализе анкет выявлено, что из 174 человек 43 (24,8%) МСМ используют анальный и оральный тип сношений; 35 (20,1%) – практикуют оральный и вагинальный коитус; являются универсальными (практикуют оральный, вагинальный и анальный секс) 80 (46%) МСМ, применяют взаимную мастурбацию (викарные или заместительные формы половой активности) 16 (9,2%) МСМ. О постоянном половом партнере сообщили 90 человек (51,7%). Отсутствие случайных партнеров отмечено только у 14 человек (8%), остальные 160 (92%) практикуют случайные связи в следующей периодичности: ежедневно – 29 из 160 (18%), 3–4 случайный партнера в неделю – 44 (27,5%), 1–2 случайных

партнера в неделю – 56 (35%), случайные связи реже 1 раза в неделю – 31 человек (19,3%). Из 174 анкетированных МСМ при оральных контактах презерватив используют 19 человек (10,9%), при анальных контактах со случайным партнером презерватив используют 119 из 160 (74,4%), не используют 41 (25,6%), при связях с постоянным половым партнером используют презерватив 62 из 90 (68,9%), не используют 28 (31,1%). Никогда не пользуются презервативом при случайных связях 9 человек из 160 (5,6%).

Вывод. В результате проведенной работы выявлены особенности половой жизни у МСМ: распространенность случайных связей, высокий процент половых контактов без использования индивидуальных средств защиты, распространение ИППП за пределы гей-сообщества через лиц, имеющих бисексуальный тип половой активности.

Валациклоvir в терапии фигурных эритем.

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

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Московский медицинский институт усовершенствования врачей, Москва

Цель исследования: изучение клинико-иммунологической эффективности комбинированного метода лечения фигурных эритем с использованием валацикловира.

Материалы и методы: обследовано 306 пациентов с эритемами, из них фигурные эритемы установлены у 93 больных, очаговые эритемы диагностированы у 125 больных, многоформная экссудативная эритема выявлена у 88 пациентов (МЭЭ). Всем больным в начале исследования и через 1 месяц после терапии проведено бактериологическое, вирусологическое исследование, 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 с использованием МАТ к цитокинам, (BenderMedSystems, Австрия).

Результаты: методом ПЦР у больных МЭЭ выявило у 44,32%/39 больных ДНК ВПГ1, ВПГ2 – у 9,1%/8, ВЭБ – у 18,18%/16, ВГЧ-6 – у 7,95%/7, у 3,4%/3 – ВГЧ-7. Высокие титры IgG-анти HSV1 и IgG-анти HSV2 выявлены у 25%/22 и 3,41%/3 больных соответственно, IgG-анти HHV-6 – у 1,14%/1 больного. Антитела к капсидному антигену ВЭБ (IgM – анти VCA EBV) у 15,91%/14 больных. Серопозитивность к раннему антигену ВЭБ (IgG – анти EA EBV) обнаружена у 5,68%/5 больных. Наличие у больных МЭЭ одновременно положительных титров антител IgG – анти EA EBV и IgM – анти VCA EBV антигенам на фоне выявления ДНК ВЭБ является основанием для регистрирования у этих больных реактивации хронической ВЭБ-инфекции, которая в этих случаях (5,7%/5) выступала в роли триггерного фактора для развития рецидивов МЭЭ, и вероятно, для ее первичной манифестации. У больных ЭКЦ вирусы семейства Herpesviridae идентифицированы у 15 больных: у 13 больных – ВЭБ, у 1 – ВПГ1, ВГЧ-6 типа – у 1. Высокие, средние и низкие титры IgG-анти EA EBV – у 2,4 и 6

больных соответственно, IgM-анти VCA EBV – у 13 больных. У 11 человек выявили низкие титры IgG-анти EBNA, высокие и средние наблюдали у 3 и 3 больных. Наличие антител к раннему, капсидному и ядерному антигенам (IgG-анти EA, IgM-анти VCA, IgG-анти EBNA) ВЭБ на фоне позитивных ответов ПЦР наблюдали у 63,16%/12 больных в период рецидива ЭКЦ, что является основанием для регистрирования у этих больных реактивации хронической ВЭБ-инфекции. У 2 больных ЭКЦ выявлены антитела IgM-анти HHV-6 в средних титрах, высокие титры IgG-анти HHV-6 на фоне позитивных ответов ПЦР. В этих случаях у больных можно говорить о реактивации ВГЧ-6. Таким образом, в группе больных ЭКЦ триггерные факторы выявлены у 63,16%/12 больных, из которых у большинства в роли триггеров выступала активация хронической ВЭБ-инфекции – 52,63%/10 больных, у 10,53%/2 больных – реактивация ВЭБ и ВГЧ-6 типа. В результате проведения иммунологических исследований у больных МЭЭ и ЭКЦ выявлены высокие уровни экспрессии TLR3 (34,9±4,8 и 35,7±3,7)% и TLR9 (29,7±3,6 и 26,9±5,5)% на МЛПК соответственно, что происходит под влиянием вирусных лигандов (антигены, ДНК герпесвирусов, выявленных при этих эритемах). При исследовании экспрессии TLRs в очагах МЭЭ выявили гиперэкспрессию TLR9 (18,4±4,4)% клеток наблюдали при МЭЭ. Наибольшая экспрессия TLR8 в коже (54,9±6,2) выявлена в очагах ЭКЦ, что связано, вероятно, с длительным существованием очагов и отражает хроническое воспаление. Все больные получали базисную терапию, которая включала назначение при МЭЭ и ЭКЦ – валацикловира в суточной дозе 500–1000 мг в течение 5–30–90 дней. Пациенты первой группы получали комбинированную терапию с применением иммуномодулятора широкого спектра действия – поликомпонентной терапевтической вакцины Иммуновак. Вторая группа получала базисную монотерапию. Наиболее быстрый регресс клинических проявлений при МЭЭ наблюдался у пациентов, получавших комбинированную терапию (15,2±1,2 дней), по сравнению с группой, получавшей базисную терапию (19,6±1,7 дней), (p<0,05). У больных ЭКЦ длительность регресса патологического процесса при терапии Иммуновак протекала в более ранние сроки составляло 13,8±2,4 дней, при базисной терапии 23,9±2,9 дней, (p<0,05). В результате комбинированной терапии стойкая клиническая ремиссия была достигнута у 45,45% больных МЭЭ и у 28,57% больных ЭКЦ. В результате терапии наблюдали снижение активации ВЭБ и ВГЧ6, более выраженное в результате проведения комбинированной терапии. Клиническая эффективность проведенной терапии коррелировала с коррекцией иммунологических нарушений у больных исследованных групп.

Особенности тяжелого течения герпесвирусной инфекции у пациентов с atopическим дерматитом.

Стадникова А.С., Тамразова О.Б.

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

Герпетическая экзема (ГЭ) является проявлением диссеминированной герпесвирусной инфекцией,

осложняющей течение хронических дерматозов с эрозивно-язвенными поражениями кожи у детей младшего возраста, реже у подростков и взрослых, и развивающейся на фоне нарушений иммунитета. В подавляющем большинстве случаев ГЭ вызывается вирусом простого герпеса 1 типа (ВПГ-1) у лиц с atopическим дерматитом. Несмотря на широкое распространение atopического дерматита в общей популяции и высокую частоту заболеваемости ВПГ-1, только у 3% пациентов с atopическим дерматитом развивается распространенная герпесвирусная инфекция. Объяснить это можно тем, что герпетическая экзема является комплексным проявлением фенотипа, требующего сочетанного воздействия множества негативных внешних и внутренних факторов, отражающие сложные взаимоотношения между кожей и иммунной системой.

Цель исследования. Изучить клиническо-эпидемиологические особенности течения ГЭ у больных с atopическим дерматитом с целью выявления предрасполагающих факторов развития тяжелых форм герпесвирусной инфекции у данной категории больных.

Клинические материалы и методы. Под нашим наблюдением в детской Тушинской больнице им. З.А. Башляевой за период 2000–2015 гг. находилось 87 пациентов с ГЭ в возрасте от 4 месяцев до 18 лет, из них девочек – 42 (48,3%), мальчиков – 45 (51,7%).

Результаты исследований. Средний возраст всех обследованных больных составил $1,5 \pm 0,3$ года, что связано с резким падением внутриутробно переданных антител к ВПГ к 6 месяцу жизни и появлению собственных антител к ВПГ только к 1–2 годам. Большинство пациентов (65,5%) заболели ГЭ во второй половине весны, летом, а также в начале осени. У 62 (70,7%) больных ГЭ была вызвана первичной инфекцией ВПГ. В 35 (39,7%) случаях при осмотре родственников удавалось обнаружить остаточные явления перенесенного простого герпеса, локализованные преимущественно на губах, крыльях носа, кистях рук. У подавляющего числа пациентов мы отметили раннее развитие atopического дерматита – на 2-ом месяце жизни. У всех пациентов с ГЭ выявлено более тяжелое, чем в популяции, течение atopического дерматита с высокой распространенностью экзематозных поражений кожи, локализованных, прежде всего в области головы и шеи. Было установлено, что 74 (84,5%) ребенка с раннего возраста находилось на искусственном вскармливании. В 60 случаях (69%) у пациентов отмечалась положительная семейная история atopического дерматита. В исследовании также было выявлено, что 58 (67,2%) пациентов имели повышенную сенсibilизацию к аэроаллергенам, пищевым аллергенам и/или астму, аллергический ринит, конъюнктивит. Подавляющее большинство пациентов с ГЭ имели вторичную кожную инфекцию, вызванную такими патогенами, как золотистый стафилококк 68 (77,6%) и контактный моллюск 6 (6,9%). Было замечено, что у 58 (67,2%) пациентов в наружной терапии atopического дерматита длительно использовали кортикостероиды и топические ингибиторы кальциневрина. В 3 случаях (3,4%) ГЭ развилась на фоне atopического дерматита и вульгарного ихтиоза, и характеризовалась более тяжелым торпидным течением. У большинства пациентов с герпетической экземой (94,8%) была выявлена эозинофилия и повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови, которые коррелировали со степенью тяжести atopического дерматита.

Заключение. Представленные данные дают краткое клинико-эпидемиологическое описание пациентов с atopическим дерматитом, которые подвергаются наибольшему риску развития потенциально опасной для жизни вирусной инфекцией, такой как герпетическая экзема. Предрасполагающими факторами развития ГЭ являются: ранний детский возраст (от 7 мес. до 2 лет), ранее начало atopического дерматита в сочетании с хроническим рецидивирующим течением до взрослого возраста, сенсibilизация ко многим распространенным аллергенам и более частое наличие кожных инфекций с золотистым стафилококком.

Коррекция нижней трети лица и субмандибулярной зоны с применением мезонитей с насечками.

Старкова Е.Ю.

Клиника Бьюти Эксперт, Москва

На сегодняшний день эстетическая дерматология, косметология – одна из важных, динамично развивающихся отраслей медицины. Коррекция возрастных изменений нижней трети лица является актуальной задачей. Нарушение контура овала и избыточные жировые отложения в субмандибулярной области часто воспринимаются пациентками как отдельная эстетическая проблема. Эти изменения могут стать одним из проявлений возрастных изменений лица – гравитационного птоза средней и нижней трети лица, или быть следствием скопления жировых отложений в субмандибулярной зоне вне зависимости от возраста. Клинические проявления птоза нижней трети лица и субмандибулярной зоны выражаются нарушением четкости овала лица, увеличением объема жировых отложений, сглаживанием шейно-подбородочного угла.

Целью исследования явилась изучение клинико-косметологической эффективности применения мезонитей из полидиоксанона для тредлифтинга 90 mm для коррекции возрастных изменений нижней трети лица и субмандибулярной зоны.

Материал и методы исследования. В настоящее клиническое исследование включены 132 (n= 132) женщин в возрасте среднем 40 лет (± 4 года) с возрастными изменениями средней трети лица и субмандибулярной зоны, обусловленными гравитационным птозом и избыточным отложением жировой ткани. Всем исследуемым пациенткам использовали индивидуальную схему имплантации мезонитей с насечками из полидиоксанона для тредлифтинга тканей для коррекции возрастных изменений нижней трети лица и субмандибулярной зоны. Методами клинико-косметологической оценки явилась визуальная оценка толщины дермальной складки и величина шейно-подбородочного угла до и через 1,3 месяца после имплантации мезонитей. При оценке клинической эффективности на состояние кожи во время осмотра использовали метод с применением адаптированной шкалы GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale).

Результаты исследования. Оценка эффективности проводилась через 1 месяц и через 3,5 месяца после проведенной

манипуляции. Эстетически удовлетворительными результатами считалась выравнивание контура нижней челюсти, уменьшение толщины дермальной складки, выраженный лифтинг у 92,4% пациентов. Среди ранних нежелательных явлений выявлено: у 21 (15,9%) гематома мягких тканей на месте имплантации нитей, 15 (11,3%) сохранялся локальных отеков тканей, и среди поздних отметили у 11 (16,6%) пациентов отметили боль во время пальпации, 18 (13,6%) передрапировку тканей в результате контурирования нитей.

Выводы. Коррекция возрастных изменений нижней трети лица и субмандибулярной зоны с использованием метода 4D мезонитей из полидиоксана, позволяет быстро достичь желаемого эстетического результата в данной области.

Роль папилломавирусной инфекции в течении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Старшина В.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) является хроническим воспалительно-дистрофическим заболеванием, характеризующимся длительным рецидивирующим течением, а также полиморфизмом клинических проявлений. Важность проблемы КПЛ для здравоохранения обусловлена наличием тяжелых форм заболевания, возможностью злокачественной трансформации очагов поражения, сложностью диагностики отдельных клинических форм, частой торпидностью к проводимой терапии. Снижение общего иммунитета и местной резистентности полости рта у больных КПЛ СОПР может обуславливать условно благоприятную среду для хронического течения папилломавирусной инфекции (ПВИ), которая является основным экзогенным фактором, провоцирующим структурную реорганизацию тканей. Можно предположить, что вирус папилломы человека (ВПЧ), отягощает течение КПЛ СОПР, а также выступает в ряде случаев канцерогенным провокатором.

Цель: изучить роль ПВИ в течении различных форм КПЛ на СОПР у больных на фоне.

Материалы и методы: были проанализированы данные 58 пациентов с КПЛ на СОПР с длительностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет (средний возраст 57 лет). Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет ($5,58 \pm 1,26$). Для выявления ВПЧ использовалась полимеразная цепная реакция. Результаты исследования: при КПЛ СОПР на фоне ПВИ, наблюдалось более тяжелое течение: преимущественно экссудативно-гипермическая и эрозивно-язвенная формы, с непродолжительными периодами ремиссии и низким уровнем гигиены полости рта, а также ранним началом заболевания дерматоза у большинства больных исследуемой группы (средний возраст больных $47,24 \pm 1,03$ и $59,31 \pm 2,11$ лет соответственно) ($p \leq 0,05$).

Вывод. Снижение общего иммунитета и местной резистентности у больных КПЛ СОПР может обуславливать

условно благоприятную среду для хронического течения ПВИ, которая является основным экзогенным фактором, провоцирующим структурную реорганизацию тканей.

Эволюция методик и эффективности лечения сифилиса.

Стрибук П.В., Лосева О.К., Залевская О.В.

Московский государственный университет пищевых производств, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

Актуальность проблемы эффективности лечения сифилиса очевидна в современной эпидемиологической ситуации, когда выросла частота выявления поздних форм заболевания – нейро- и кардиоваскулярного сифилиса, особенно у пациентов, ранее получавших лечение по поводу различных форм сифилиса. В этой ситуации возрастает интерес к проблеме сравнительной эффективности различных методик – применявшихся ранее и применяемых сегодня.

Цель исследования: сопоставить литературные данные об эффективности лечения сифилиса по методикам прошлого и собственные данные по этому вопросу.

Материалы и методы. Проведен анализ 11 источников литературы, отражающих результаты лечения сифилиса – с 1953 по 2013 гг. Собственные данные получены на основании оценки эффективности лечения 200 больных поздним скрытым сифилисом, из которых 100 получали растворимый пенициллин и 100 – цефтриаксон.

Результаты. М.Ш.Каган (1953) привел данные об эффективности многокурсового лечения пенициллином в сравнении с многокурсовым лечением пенициллином в сочетании с препаратами мышьяка и висмута. Среди леченных больных преобладали лица с ранними формами сифилиса, лишь у 17% диагностирован скрытый сифилис (в то время разделения на ранний и поздний скрытый сифилис не было). Применялся растворимый пенициллин в фантастически малой, на сегодняшний взгляд, разовой дозе – 40 тыс. ЕД 12 раз в сутки, на курс 3400 тыс. ЕД. Неудачами лечения считались клинические и серологические рецидивы и серорезистентность. Автор отметил подобные исходы у 9,7% больных, леченных только пенициллином, и у 7,1% – леченных смешанными курсами.

Крупное исследование эффективности различных схем лечения сифилиса проведено М.В. Миличем, обследовавшим 1169 пациентов с различными формами сифилиса. Среди получавших только пенициллин неудачи лечения отмечены у 9,8%, у получавших пенициллин, висмут, мышьяк и ртуть – у 14,5%. М.В. Миличу оптимальным представлялось сочетание пенициллина и висмута. Эта методика оставалась предпочтительной до 1988 г.

Ф.Немес (Германия) в публикации 1970 г., основанной на 21-летнем опыте лечения 1129 больных ранним сифилисом прокаин-пенициллином или бензатинпенициллином по однокурсовой методике, отмечает 5% неудач в терапии первичного и 10% – вторичного сифилиса. Этот автор не видел преимуществ сочетанного использования пенициллина с препаратами висмута.

С 1988 года в СССР перешли на однокурсовое лечение только растворимым пенициллином, а с 1993 года в России применяются также его дюрантные препараты. В качестве неудач лечения больше не описываются клинические рецидивы, редки серологические рецидивы, фиксируется преимущественно серорезистентность. Согласно данным различных авторов, численность больных с серорезистентностью после лечения водорастворимым пенициллином составляет от 2 до 10% [Б.М.Пашков, 1958; М.А.Розентул, 1959; И.И.Ильин, А.С.Галеева, 1983], а после применения дюрантных препаратов – от 1,7 до 10%, т.е. эффективность можно считать примерно равной. В частности, по данным К.К.Борисенко с соавт. (1998г.), при лечении 128 больных ранними формами сифилиса бициллином-1 неудачи зарегистрированы в 2,7% случаев.

Н.В. Китаева (2001 г.) при анализе результатов лечения 812 больных ранними формами сифилиса провела сравнение эффективности растворимого и дюрантного пенициллина. Было установлено, что при давности заболевания свыше 1 года результаты достоверно лучше у больных, получавших растворимый пенициллин. Поэтому при раннем сифилисе давностью до 6 месяцев препаратом выбора назван безатинбензилпенициллин, в силу удобства его применения, а у больных с давностью инфекции более одного года преимуществом обладает растворимый пенициллин.

Цефтриаксон включен в отечественные «Методические указания по лечению и профилактике сифилиса» в 1999 г. А.А. Кубанов, разработавший основы методики лечения свежих форм сифилиса цефтриаксоном, отметил полную эффективность этого препарата (1998 г.). О.М. Ющенко (2004 г.) было показано, что ближайшие результаты лечения цефтриаксоном больных вторичным и скрытым ранним сифилисом были идентичны таковым при пенициллинотерапии. Отдаленные результаты не имели достоверных различий с показателями при пенициллинотерапии в отношении доли больных, у которых произошла негативация КСР (63% и 63,3%) и снизилась его позитивность (23,6% и 30% в основной и контрольной группах соответственно). В то же время после лечения цефтриаксоном было в 1,5 раза больше случаев серорезистентности и имели место клинические рецидивы (2,2%), чего не наблюдалось после пенициллинотерапии. Сходные результаты получены М.В. Корепановой с соавт. (2011 г.), отметившими неудачи при лечении цефтриаксоном больных вторичным сифилисом в 6,4% и скрытым ранним – в 14,7% случаев. Среди неудач имели место в том числе и клинические рецидивы.

Нами проведен анализ результатов лечения 200 случаев позднего скрытого сифилиса: 100 пациентов получали пенициллин, 100 – цефтриаксон. В качестве результатов оценивалась динамика серологических тестов и отсутствие данных за нейро- или кардиоваскулярный сифилис в процессе контроля. Отсутствие значимой динамики серологических тестов установлено у 18% больных, леченных цефтриаксоном, и 13% – пенициллином. Нейросифилис диагностирован у 3 больных, получавших цефтриаксон, и у 1, получавшего пенициллин.

Выводы.

1. За истекшие 60 лет эволюция методик лечения сифилиса заключалась в следующих изменениях: 1) отказ от применения солей тяжелых металлов; 2) наращивание

разовых и курсовых дозировок растворимого пенициллина – в 10 раз; 3) переход от многокурсовых к однокурсовым методикам лечения; 4) сокращение длительности лечения; 5) введение в терапевтический арсенал дюрантных препаратов пенициллина; 6) переход к широкому использованию цефтриаксона; 7) отказ от стационарного лечения – за редким исключением.

2. На фоне существенной эволюции методик лечения не отмечается заметного повышения его эффективности.

3. По литературным данным, оценка эффективности лечения проводилась исключительно в отношении ранних форм сифилиса. Оценка эффективности лечения поздних его форм остается серьезной проблемой. Для улучшения ситуации необходимо включение ликворологического обследования и Эхо-КГ как на этапе диагностики, так и в период клинико-серологического контроля.

4. Неудачи лечения цефтриаксоном ранних форм сифилиса включают более тяжелые варианты, такие как клинические рецидивы, чего не наблюдается на фоне современных методик лечения пенициллином. Цефтриаксон должен оставаться препаратом резерва.

Новая магнитотерапевтическая установка «стол пациента магнитного устройства».

Суворов С.А.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Магнитное поле представляет особый вид материи, характеризующийся определенной направленностью и напряженностью. Эффект его влияния наблюдается в момент пересечения силовых линий и может сохраняться весьма продолжительный период времени. В практической медицине используются следующие магнитные поля: постоянное (ПМП) и переменное низкочастотное (ПНМП) бегущее, пульсирующее, вращающееся. Констатировано, что магнитные поля обладают седативным, противовоспалительным, гипотензивным, противоотечным, антиспастическим, болеутоляющим и трофико-стимулирующим действием (Улащик В.С., 1994). Широкое применение магнитотерапии обусловлено отчетливым лечебным эффектом при отсутствии побочных явлений и осложнений (Лоран О.Б. и соавт., 1996; Чеботарев В.В. и соавт., 1999).

Существует несколько методов воздействия магнитным полем: прямой (непосредственно на клетки, ткани или органы), рефлекторный (через активные зоны кожного покрова – точки акупунктуры и рефлексогенные зоны) и гуморальный (через кровь и лимфу). Лечение ПМП проводится с помощью медицинских двухполюсных кольцевых, дискообразных и пластинчатых ферритовых магнитов (МКМ-2-1, МДМ-2-1, МПМ-2-1) с магнитной индукцией на поверхности от 20 до 130±10 мТл. Источниками ПНМП являются аппараты «Полус-1», «Полус-2», «Полус-101», «Полус-3», АЛИМП-1, АВИМП-1, «Градиент -1», «Маг-30», «ПДМТ-1», НЛМ-1, «Индуктор -2», «АМТ-01», «Магнитер», «Пульсар», «ПроСПОК» и другие. Для магнитотерапии используют также эластические магниты (магнитофоры),

представляющие собой композиционные материалы на основе смеси органических или минеральных вяжущих веществ с порошкообразными (ферро-магнитными) наполнителями, намагниченными в определенном режиме. К современной медицинской технике относится и разработанное нами устройство («Стол пациента магнитного устройства»). Патент № 2168941. Бюл. №17. 20.06.2001). Стол пациента содержит корпус, включающий каркас и камеру. В камеру и из нее передвигается ложе, установленное на тележке, выполненной в виде П-образной рамы на колесах. Верхняя часть рамы выполнена с возможностью перемещения по горизонтальным продольным направляющим камеры. Боковая часть кинематически через отрезок цепи на нижней части рамы связана с приводом, закрепленным на каркасе. Ложе, верхняя часть рамы и горизонтальные продольные направляющие камеры состоят из магнитопрозрачного материала. Привод стола выполнен в виде двигателя с редуктором на каркасе и цепной передачи, включающей звездочку на валу редуктора, перемещающую отрезок цепи. Предлагаемое техническое решение работает следующим образом. После укладки пациента в ложе тележки включают электродвигатель. Во время передвижения тележки по полу помещения происходит центрирование рамы камеры соленоида. В левом крайнем положении двигатель включается и выключается управляемое напряжение на обмотке соленоида, которое создает магнитное поле воздействия на органы человека. После окончания магнитных воздействий на органы человека подается команда на включение двигателя в противоположном направлении, и стол пациента возвращается в исходное положение. Изготовление ложа, верхней части тележки и верхних направляющих в соленоиде из магнитопрозрачного материала повышает точность, создает равномерное магнитное поле во всем объеме полости магнитного устройства.

Диагностика хронической доброкачественной семейной пузырчатки Гужеро-Хейли-Хейли с помощью неинвазивного оптического метода – конфокальной лазерной сканирующей микроскопии *in vivo*.

Теплюк Н.П., Ткаченко С.Б., Алленова А.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли (ПДС) — наследственный буллезный дерматоз, развитие которого связано с мутацией АТР2С1 гена. Наследуется по аутосомно-доминантному типу, начинается преимущественно в возрасте 30–40 лет, встречается несколько чаще у женщин. Заболеваемость — 2 случая на 100 тыс. населения в год. Несмотря на относительно благоприятное течение, очаги поражения могут быть значительными по площади, возможно их инфицирование. Субъективно больного могут беспокоить жжение, болезненность, зуд. Для классического варианта ПДС характерна локализация в подмышечных, паховых,

межъягодичных складках, под молочными железами, реже на боковых поверхностях шеи, туловище, бедрах. Возможно поражение слизистой оболочки полости рта, глаз, пищевода, влагалища. Диагностика может быть затруднена вследствие схожести клинической картины с такими заболеваниями, как акантолитическая пузырчатка (АП), герпетиформный дерматит Дюринга, IgA-линейарный дерматоз и другими; могут наблюдаться атипичные варианты ПДС. Таким образом, ранняя диагностика и исключение различных аутоиммунных буллезных дерматозов (АБД) крайне важны для назначения адекватного лечения. Основу лабораторной диагностики ПДС составляют гистологический и иммуногистохимический (прямая РИФ) методы. Однако их выполнение связано с повреждением кожных покровов, которое может провоцировать появление новых высыпаний; кроме того, для получения результатов исследования требуется 3–8 дней. В связи с этим, представляется перспективным применение для дифференциальной и предварительной диагностики ПДС неинвазивного оптического метода, используемого *in vivo* и позволяющего немедленно получить результаты исследования — конфокальной лазерной сканирующей микроскопии (КЛСМ).

Цель. Изучить структуру кожи при ПДС с помощью КЛСМ *in vivo*, выявить дифференциально-диагностические признаки. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 9 больных ПДС: 2 мужчин (22,2%) и 7 женщин (88,8%) в возрасте от 43 до 59 лет. На первом этапе обследования всем пациентам выполнялась КЛСМ *in vivo* с подробным изучением характерных для ПДС признаков, затем – стандартные методы диагностики (диагноз ПДС был подтвержден у всех пациентов).

Результаты. На первом этапе с помощью КЛСМ у пациентов выявляли следующие ключевые признаки: уровень расположения пузырей и акантолиз. При локализации пузыря внутри эпидермиса дерматоз определялся как интраэпидермальный (у 100% пациентов). При обнаружении акантолиза (выявлен у 100% пациентов) проводили дифференциальную диагностику АП и ПДС. По данным литературы, при гистологическом исследовании акантолитические клетки при ПДС отличаются от таковых при АП рядом признаков (отсутствием дегенеративных изменений; большим размером, наличием одного ядра, нормальными фигурами митозов и т.д.). Однако согласно нашим исследованиям при КЛСМ указанные признаки практически не определяются, что соответствует данным литературы. На втором этапе был выполнен поиск дополнительных признаков. Согласно литературным источникам, пузыри при КЛСМ у пациентов с АП и ПДС не имеют существенных отличий, однако, по нашим данным, разница в их структуре выявляется: при ПДС значительная часть внутриэпидермальных полостей имеет щелевидную форму, в которых чаще присутствуют скопления лейкоцитов. При ПДС воспалительный инфильтрат более значительный, локализуется преимущественно вокруг сосудов дермы; характерно более выраженное расширение этих сосудов. Указанные ключевые и дополнительные морфологические признаки, обнаруженным при КЛСМ, соответствуют данным гистологии.

Обсуждение. На настоящем этапе КЛСМ *in vivo* может применяться для дифференциальной диагностики ПДС и

в ряде случаев заменить гистологическое исследование, что позволяет снизить число инвазивных диагностических исследований и своевременно начать соответствующее лечение, так как результаты исследования получают в режиме реального времени. Однако данный метод не исключает проведение ИГХ (прямой РИФ) поскольку у некоторых больных как основные, так и дополнительные КЛСМ признаки не могут служить надежными критериями диагностики.

Применение комбинированного дезинтоксикационного препарата на основе меглюмина натрия сукцинаты в лечении atopического дерматита.

Трофимова И.Б., Денисова Е.В., Сазонова М.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. Общеизвестно, что у больных atopическим дерматитом (АД) нарушаются процессы всасывания в кишечнике, возникают аллергические реакции, как на сами лечебные препараты, так и на их метаболиты. У больных АД нарушается структурная целостность биологических мембран, повышается их проницаемость и изменяется функциональное состояние вследствие активации перекисного окисления липидов. Это ведет к нарушению центральных механизмов регуляторных систем, развитию метаболического ацидоза, гипоксии с последующим развитием воспалительных процессов в коже и снижению при этом антиоксидантной защиты.

Целью исследования была оценка эффективности комплексного лечения АД с включением комбинированного дезинтоксикационного препарата на основе меглюмина натрия сукцината (МНС), в который в качестве вспомогательных веществ также входят натрия хлорид, калия хлорид, магния хлорид, натрия гидроксид.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 больных с atopическим дерматитом в возрасте от 18 до 32 лет. Тяжесть течения заболевания оценивалась по шкале SCORAD. Длительность заболевания составила от 17 до 31 года. Субъективно всех больных беспокоил интенсивный зуд, особенно в ночное время (даже при легком течении АД). МНС, 1,5% раствор для инфузий, в силу своих особенностей является полифункциональным и дезинтоксикационным средством, регулирующим водно-солевой и кислотно-основной обмен. Янтарная кислота, находящаяся в сбалансированном полиионном растворе, определяет основополагающие свойства препарата как метаболического и энергетического корректора.

МНС вводили внутривенно капельно из расчета 10 мг/кг массы тела. Курс лечения состоял из 5–7 инфузий. После лечения клиническая ремиссия наблюдалась у 3 больных, значительное улучшение у 8 больных, улучшение у 2 больных и не выявлено положительной динамики у 1 больного с тяжелым течением АД. Индекс пероксидации

мы рассчитывали по соотношению значений малонового диальдегида и показателей общей антиоксидантной активности. Общая антиоксидантная активность сыворотки у больных с легким течением заболевания была больше контрольного значения в 1,5 раза, при средней степени тяжести и тяжелом течении АД в 1,3 раза и 1,4 раза соответственно.

Результаты исследования. В группе больных с тяжелым течением заболевания (у 8 пациентов) констатирована клиническая ремиссия у 2 больных, значительное улучшение у 4 больных, улучшение у 1, без эффекта у 1. После первого введения МНС значительно уменьшился зуд, после 3–4 инфузий было отмечено уменьшение эритемы, инфильтрации и лихенизации.

Во второй группе со средней тяжестью течения АД (у 4 больных) клиническая ремиссия наступила у 1 пациента, значительное улучшение у 2 пациентов, улучшение у одного. Следует сказать, что у пациентов этой группы после окончания лечения лихенизация и инфильтрация практически разрешилась.

У двух пациентов с легким течением АД значительное улучшение наступило после трех введений МНС. У всех пациентов после одного-двух введений МНС улучшилось общее состояние, нормализовался сон и аппетит.

После проведения курса МНС достоверно снижался уровень токоферола у больных с легким течением в 1,8 раза, у больных со средней степенью тяжести – в 1,7 раза, а при тяжелом течении наблюдалась статистически недостоверное снижение данного показателя.

В процессе проведения терапии не отмечено побочных реакций и осложнений.

Вывод. МНС способен смягчать течение АД, удлинять сроки ремиссии, нормализовать антиоксидантную активность и защиту организма.

Принципы организации и проведения фототерапии у детей с заболеваниями кожи.

Турбовская С.Н., Василевская Е.А.

Европейский медицинский центр, Москва

Всем известен тот факт, что любое лечебное учреждение априори является для ребенка некомфортным местом пребывания. В связи с этим, при проведении фототерапевтических процедур необходимо создать такие условия, при которых лечение ребенка и наблюдение за ним будут наиболее благоприятными. Большинство больниц имеют специальные детские отделения, однако оборудование для УФО-терапии, специализированное для применения именно в детской практике, присутствует далеко не везде по причине небольшого количества детей, требующих фото- или ПУВА-терапии. Исключение составляют крупные медицинские детские центры. Поэтому в большинстве ЛПУ используют гибкую политику сочетания подобного вида лечения у детей с таковыми у взрослых. В этом случае существует несколько принципов, позволяющих адаптировать данное оборудование для использования

у детей: -создание специализированной зоны ожидания; -наличие информационных буклетов для детей об использовании УФО-терапии в виде иллюстрированных книжек; -присутствие детского дерматолога на первых нескольких процедурах; -оформление фототерапевтического отделения наклейками с персонажами из мультфильмов, детских сказок и пр.; -использование аудиоустройств с наушниками, не мешающих работе УФО-оборудования, воспроизводящих песни, музыку, сказки; -предоставление наклеек-медалей во время лечения и дипломов-сертификатов после его окончания. Необходимо принимать во внимание финансовые и логистические факторы: например, большое расстояние до клиники, пробки и неудобное время процедуры могут затруднять проведение полноценного курса фототерапии. Фототерапия может быть длительной по времени, поэтому необходимо полное согласие и готовность к ее проведению, как родителей, так и ребенка. УФО-терапия у детей должна проводиться в соответствующей обстановке под постоянным наблюдением медицинского персонала. Отношение к ребенку должно быть уважительным, персонал должен быть максимально дружелюбным. Перед началом лечения ребенку и его родителям должна быть предоставлена возможность посетить отделение, осмотреть оборудование, познакомиться с персоналом, который будет проводить курс лечения. В связи с тем, что дети имеют более низкий рост по сравнению с взрослыми, для проведения УФО-процедур в кабинах необходимо размещать специальную платформу-подставку. Это связано с тем, что интенсивность ультрафиолетового излучения различна от центра ламп к периферии. Также необходимо принимать меры по защите области гениталий у мальчиков от воздействия УФО. Время посещения процедуры должно быть организовано таким образом, чтобы дети не пересекались с взрослыми. УФО-терапия должна назначаться только тем детям, которые могут самостоятельно выполнять необходимые указания врача во время процедуры. Некоторым детям не нравится находиться внутри УФО-кабины, в связи с этим, для спокойствия ребенка первые несколько процедур он может провести в кабине с одним из родителей или врачом, одетых в защитную одежду и очки. Альтернативный вариант – проведение процедуры с открытой дверью. Эта возможность является очень полезной, т.к. позволяет наблюдать за поведением и состоянием ребенка и предотвратить неблагоприятные последствия во время процедуры. При назначении фототерапии детям, их родителям (законным представителям) посредством специализированных памяток должна быть предоставлена полная и детальная информация о процедуре, возможных побочных эффектах. Родители должны быть проинформированы о риске фотостарения, о возможности возникновения рака кожи, о терапевтической эффективности лечения, а также об альтернативных методах терапии. Необходимо проинформировать детей и их родителей (законных представителей) о последствиях чрезмерного пребывания на солнце, рисках УФО для кожи и средствах защиты от ультрафиолетового излучения. Также необходимо рекомендовать ограничение пребывания на солнце в активные часы, использование защитной одежды, фотозащитных средств. Все это может значительно снизить риск возникновения рака кожи. Все советы должны заканчиваться подписанием информированного согласия.

Эффективность применения узкополосной 311 нм фототерапии у детей с хроническими дерматозами.

Турбовская С.Н., Василевская Е.А., Варданян К.Л.

Европейский медицинский центр, Москва

Последние научные исследования показали, что волны длиной 311 нм дают максимальный терапевтический эффект при лечении многих хронических кожных заболеваний. На сегодняшний день отмечается высокая эффективность применения ультрафиолета именно этого диапазона в терапии кожных заболеваний у детей в связи с тем, что требуется меньшее количество процедур, необходимых для достижения эффекта, достигается более длительная ремиссия, возникает меньшее количество побочных реакций, имеется возможность сочетать данную терапию с другими видами лечения. Немаловажным является и то, что канцерогенность этого вида лечения признана минимальной по сравнению с другими методами УФ.

Материалы и методы: под наблюдением находились 38 детей в возрасте от 5 до 18 лет. 15 пациентов – с торпидно протекающей атопической экземой, распространенной формой; 12 пациентов – с распространенной формой псориаза; 6 пациентов – с бляшечной формой склеродермии и 5 пациентов с – распространенными формами витилиго. Во всех случаях кожный процесс носил распространенный, торпидный характер, что проявилось в недостаточной эффективности традиционных методик лечения. Перед началом лечения для выявления противопоказаний всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование. Начальная доза общей УФВ 311 нм терапии определялась без МЭД. Средняя начальная доза облучения составила 0,1–0,2 Дж/см² при экземе, псориазе и ограниченной склеродермии, при витилиго начальная доза составляла 0,02–0,04 Дж/см². Процедуры проводили 2–3 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышали каждую процедуру или через процедуру на 5–20%, или на 0,05–0,01 Дж/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. На курс назначали: при атопической экземе – 15–20 процедур, при псориазе – 20–24 процедуры, при склеродермии – 15–20, при витилиго – 50–60 процедур. Результаты: эффективность лечения и положительный эффект наблюдали у всех пациентов. У детей с атопической экземой клиническая ремиссия (уменьшение индекса SCORAD более чем на 95% от исходного значения) достигнута у 67% пациентов. У детей с псориазом клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более чем на 95% от исходного значения) достигнута у 58% пациентов. У детей со склеродермией отмечалась стабилизация процесса. У пациентов с витилиго репигментация 75% площади очагов поражения была достигнута у 3 пациентов, на 50% – у 2 пациентов. Переносимость УФВ 311 нм оценивалась как очень хорошая. Побочные реакции в виде преходящей эритемы отмечались у 10% пациентов, сухости – у 15%. При появлении эритемы делали перерыв в лечении на 2–3 дня. При возобновлении процедур дозу облучения уменьшали на 50% от имеющейся и через 1–2 сеанса постепенно увеличивали на 0,5 начальной дозы. Незначительное

усиление сухости носит временный характер, в этом случае пациентам рекомендовалось дополнительно наносить смягчающие и/или гидратирующие кремы.

Выводы: все вышеизложенное дает основание с уверенностью утверждать, что применение УФВ 311 нм фототерапии является высокоэффективным и безопасным методом лечения кожных заболеваний у детей, и позволяет более широко использовать ее в практике детского дерматолога.

Опыт применения пува-ванн у детей с псориазом.

Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.

*Главное медицинское управление делами Президента РФ,
Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ, Москва*

Наиболее эффективным методом физиотерапевтического воздействия при псориазе гладкой кожи является ПУВА-терапия (фотохимиотерапия). Эффективность данного метода, по наблюдениям и опыту разных авторов, составляет 90–97%. Однако применение фотохимиотерапии в детской практике ограничено из-за возможности возникновения ранних и отдаленных побочных реакций. К ранним побочным реакциям относятся: фототоксические реакции, зуд, ксероз, гиперпигментация; к отдаленным: фотостарение, катаракта, лентиго, риск канцерогенного действия. В связи с этим в детской практике при распространенных, торпидно протекающих формах псориаза, применяется метод ПУВА-терапии с водным раствором фотосенсибилизатора, называемый также ПУВА-ваннами. Фотосенсибилизаторы фурукумаринового ряда, при использовании их в виде ванн, обладают высокой терапевтической эффективностью. Данный метод не только не уступает системной ПУВА-терапии, но и позволяет избежать побочных эффектов, возникающих при приеме фотосенсибилизаторов внутрь. Применение препарата в виде ванн позволяет равномерно распределять фотосенсибилизатор на пораженной и окружающей здоровой коже и, тем самым, уменьшить риск развития гиперпигментации и фототоксических реакций на участках, свободных от высыпаний.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 детей в возрасте от 12 до 18 лет с распространенным торпидно протекающим бляшечным псориазом. Средний показатель индекса PASI в группе составил 34,6 баллов. Во всех случаях процесс носил торпидный характер, что проявилось в недостаточной эффективности традиционной медикаментозной терапии. До начала терапии все пациенты прошли тщательное обследование. Все пациенты получили общие ПУВА-ванны с водным раствором аммифурина. Концентрация в ванне составляла 1 мг/л, температура воды 37°C, продолжительность ванны – 15 мин. Облучения длинноволновым УФ-светом осуществлялось непосредственно после ванны. Для определения МФД проводилось фототестирование посредством облучения кожи возрастающими дозами УФА. Начальная доза облучения УФА составила 20–30% от МФД, или 0,2–0,4 Дж/см². Облучения проводились 2–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы

разовую дозу увеличивали каждую 2-ю процедуру на 30%, или на 0,2–0,4 Дж/см². При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. На курс проведено 10–15 процедур.

Результаты: эффективность лечения и положительный эффект наблюдали у всех пациентов. Клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более чем на 95% от исходного значения) достигнута у 13 пациентов (52%). Значительное улучшение (уменьшение индекса PASI более чем на 75% от исходного значения) – у 9 пациентов (48%). Лечение всеми пациентами переносилось хорошо. У 2 пациентов (8%) наблюдали преходящую эритему, у 2 (8%) – зуд кожи. Указанные побочные реакции носили кратковременный характер и самостоятельно регрессировали после уменьшения дозы облучения или временной отмены процедур. Длительность ремиссий после окончания курса ПУВА-ванн составляла от 2 до 18 мес.

Выводы: применение ПУВА-ванн с водным раствором аммифурина является высокоэффективным методом терапии детей от 12 до 18 лет с торпидно протекающими, распространенными формами псориаза, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и реализовать долгосрочный контроль заболевания.

Показатели деятельности детского стационара по профилю «дерматовенерология» за период 2013–2015 гг. в условиях оптимизации коечного фонда ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Урпин М.В., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В течение последних 2 лет лечебно-профилактические учреждения ДЗМ города Москвы, имеющие в своей структуре стационарные отделения, проводили оценку эффективности использования коечного фонда. Статистические показатели деятельности являются важнейшими критериями эффективности использования коечного фонда и отражают планово-экономические показатели стационара. Выводы заставили задуматься об оптимизации коечного фонда с учетом реальной загруженности коек и сведений о реальной потребности населения в стационарной помощи. Эти изменения коснулись и коечного фонда ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Коечный фонд детских стационарных отделений ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2013 г. составлял 120 коек круглосуточного пребывания. С целью снижения затрат на пребывание в круглосуточном стационаре, рационального и эффективного использования коечного фонда, была предложена реструктуризация круглосуточных коек с развитием сети дневных стационаров и применением стационар-замещающих технологий. На конец 2015 года коечный фонд детских коек с круглосуточным пребыванием составил 45 коек (42 койки дерматологического и 3 койки венерологического профиля) и 20 коек с дневным пребыванием. Анализируя показатели деятельности стационара, можно отметить, что, несмотря на уменьшение коечного фонда

почти в 3 раза, количество пролеченных в круглосуточном стационаре детей уменьшилось лишь на 8% с 961 больного в 2013 году до 882 больных в 2015 г. В то же время активно предоставлялась медицинская помощь в дневном стационаре. В 2015 году 358 пациентов (28,9%) были пролечены в дневном стационаре. Таким образом, в 2015 г на 129% увеличилось количество пролеченных детей по профилю дерматовенерология.

В 2015 году количество проведенных койко-дней детьми с кожными заболеваниями составило 10 992 койко-дня, что на 45,7%, меньше чем в 2013 г. (20 249 койко-дней). В первую очередь, это связано с уменьшением на 40% средней длительности пребывания больных в стационаре с 22 дней в 2013 г. до 13,2 дней в 2015 г. На венерологических койках больные провели в 2013 г. 542 койко-дня, в 2015 году 710 койко-дней.

Таким образом, оптимизация деятельности детского стационара ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в начале 2015 года улучшила статистические показатели работы детской койки, увеличило оборот коек на 47% и уменьшило среднюю длительность пребывания на 40%. Это способствовало более эффективному использованию коечного фонда, снижению затрат на пребывание в круглосуточном стационаре, повышению качества оказания специализированной помощи за счет применения стационар-замещающих технологий.

Параллелизм изменений уровня аутоантител и клинических симптомов у больного поздним паренхиматозным нейросифилисом.

Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К., Алейникова О.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Психиатрическая больница №13, Москва

Актуальность настоящей работы обусловлена необходимостью совершенствования методик диагностики и мониторинга случаев нейросифилиса, заболеваемость которым в сегодняшней эпидемиологической ситуации остается высокой. С этой точки зрения представляет интерес прослеживание соответствия и параллелизма клинических данных и показателей уровня аутоантител.

Целью настоящего исследования является анализ соотношения клинических показателей и результатов Эли-нейро-теста-12 у больного поздним нейросифилисом.

Клинический случай.

Больной К., 1960 г.р., хронический алкоголик. С диагнозом «скрытый сифилис» в 1995–1997 годах неоднократно начинал лечение бициллином в КВД г. Москвы по месту жительства, но в связи с регулярными запоями лечение не закончил. С 1997 г. перестал посещать кожно-венерологический диспансер, снят с учёта как неразысканный.

В середине декабря 2012 г. был госпитализирован в психиатрическую больницу, куда доставлен дежурным нарядом полиции в связи с буйным и неадекватным поведением. Жалобы на головные боли и головокружение. При осмотре выявлены раздражительность, конфликтность,

делирий (был уверен, что его «прослушивают»). Диагноз при поступлении: «органическое поражение ЦНС токсической этиологии». При обследовании выявлены положительные серологические реакции на сифилис (РСК 4+, титр 1:320; РИБТ 100%; РИФ200/abs4+/4+), после чего проведено подробное неврологическое обследование. Обнаружены ярко выраженная деменция, энцефалопатия, потеря способности к концентрации внимания, тремор верхних конечностей, расстройство координации движений. Исследование ликвора: РИФаБс 4+; РПГА 4+; ИФАсум>16,0; ИФА(IgG) КП=9,4; РПР 4+, титр 1:16. На основании анамнеза, клинических симптомов и данных ликворологического обследования поставлен диагноз: поздний нейросифилис с симптомами (ПП). ЭЛИ-нейро-тест-12 от 29.03.2013: достоверное повышение GFAP и MBP.

Комментарий. У пациента с клинической картиной прогрессивного паралича ЭЛИ-нейро-тест продемонстрировал: 1) существенное повышение уровня антител к GFAP – специфическому белку филаментов астроцитов, означающее пролиферацию клеток астроглии (глиоз), что совпадает с клиническим статусом; 2) достоверное увеличение уровня аутоантител к белку MBP – специфическому антигену миелиновых оболочек аксонов. Это подтверждает неврологическую картину (тремор верхних конечностей, расстройство координации движений).

Выводы. Исследование сыворотки крови пациента методом ЭЛИ-нейро-тест-12 показало соответствие клинических симптомов заболевания и изменений уровня аутоантител. Следовательно, ЭЛИ-нейро-тест-12 может служить дополнительным методом диагностики и мониторинга состояния нервной системы у больных сифилисом.

Усовершенствование системы визуализации комплексов антиген-антитело в VDRL-тесте для диагностики нейросифилиса.

Фриго Н.В., Марданлы С.Г., Негашева Е.С., Амелина Е.А., Антипин Р.Л., Мажуга А.Г.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, ЗАО «ЭКОЛаб», Московский государственный университет им. М.К. Ломоносова, Москва

Введение. В последние годы в России на фоне снижения заболеваемости сифилисом наблюдается возрастание доли ранних и поздних (в особенности) форм нейросифилиса (НС). При этом в качестве нетрепонемных тестов для ликвородиагностики нейросифилиса используются: реакция микропреципитации (РМП) и тест быстрых плазменных реагинов (RPR). Однако эти методы предназначены в основном для исследования сыворотки или плазмы крови. За рубежом ликвородиагностика нейросифилиса на протяжении многих лет осуществляется с помощью VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) теста. Регистрация российской VDRL тест-системы (2012 г.) побудила исследователей провести изучение нетрепонемных тестов при ликвородиагностике НС. В результате проведенных исследований была установлена высокая эффективность

VDRL-теста, значительно превышающая РМП и RPR, как при нейросифилисе с симптомами, так и при асимптомном нейросифилисе. Однако визуализация результатов теста под микроскопом имеет ряд недостатков, в том числе недостаточную контрастность препаратов, что определяет актуальность проведения исследований с целью улучшения визуализации комплексов антиген-антитело с помощью различных красителей.

Цель: усовершенствование и экспериментальная апробация VDRL-теста (производства «ЗАО ЭКОлаб») для диагностики нейросифилиса с применением красителя нильского красного.

Материалы и методы. Объектом исследования явились: сыворотка крови и ликвор 16 пациентов с установленным диагнозом нейросифилисом (в том числе 8 больных с манифестным нейросифилисом и 8 – с асимптомным нейросифилисом) и 10 образцов сыворотки крови и ликвора лиц контрольной группы, не страдавших сифилисом. Для установления диагноза нейросифилиса больным, помимо клинического обследования, проводилось исследование спинномозговой жидкости путем определения цитоза, концентрации общего белка, постановки регламентированных иммунологических реакций (ИФА, РМП, РПГА, РИБТ, РИФ). В рамках проведения исследований проведена апробация экспериментальной партии усовершенствованного VDRL-теста. Усовершенствованный VDRL-тест представлял собой VDRL набор реагентов для выявления антител к *Treponema pallidum*, где в приготовленный заранее антиген, смешанный с фосфатным буферным раствором, был введен краситель нильский красный в эквимольном соотношении. Дальнейшие действия по постановке реакции производились в соответствии с инструкцией к набору.

Результаты. При исследовании сывороток крови и ликвора лиц контрольной группы антител к антигенам возбудителя сифилиса обнаружено не было, что свидетельствовало о 100%-ной специфичности экспериментальной тест-системы. При постановке усовершенствованного VDRL-теста с сывороткой крови больных нейросифилисом у всех (100%) пациентов определялись хорошо заметные крупные агрегаты, что свидетельствовало о резко положительной реакции. В отличие от стандартного VDRL-теста (без добавления красителя), агрегаты обладали большей контрастностью и приобретали хорошо отличимый красный оттенок, что упростило интерпретацию результатов.

В образцах ликвора всех (100%) больных нейросифилисом при постановке VDRL-теста были выявлены агрегаты различных размеров, что говорило о положительной реакции. Однако в стандартном тесте VDRL мелкие единичные агрегаты терялись на общем фоне из-за отсутствия контраста и плохо отличимого от окружающей среды цвета, тогда как в усовершенствованном наборе агрегаты обладали красноватым оттенком и большим контрастом с окружающей средой.

Заключение. VDRL-тест является современной востребованной технологией для диагностики нейросифилиса, успешно используемой за рубежом. Наличие российской тест-системы позволяет осуществить импортозамещение, сделать тест-систему доступной для российских исследователей, дает возможность усовершенствования лабораторной диагностики нейросифилиса. Добавление в VDRL-антиген

красителя нильского красного позволяет улучшить визуализацию комплексов антиген-антитело и упростить интерпретацию результатов. Дальнейшая экспериментальная работа по улучшению визуализации комплексов антиген-антитело в VDRL-тесте позволит сделать окончательные выводы об информативности и приоритетах диагностики нейросифилиса с использованием усовершенствованного метода VDRL.

Комбинированные биоревитализанты: что хорошо и что плохо в их составе.

Хабаров В.Н.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Качество препаратов с ГК снизилось за последнее десятилетие. Связано это, главным образом, с тем, что за это время изменилось структурное соотношение продуктов, представленных на рынке: возросла доля препаратов с немодифицированной ГК для мезотерапии и биоревитализации, по сравнению с традиционными филлерами. Это особенно заметно в нашей стране. На Европейском рынке доля филлеров в общей структуре представленных продуктов до сих пор составляет 70–80%. Технология производства филлеров требует использовать только высокомолекулярный полисахарид без включений низкомолекулярных фракций. А область мезотерапии и биоревитализации оставляет возможность недобросовестным производителям использовать ГК не предназначенную для медицинского применения.

В большинстве медицинских препаратов, в составе которых присутствует гиалуроновая кислота, последняя присутствует в виде натриевой соли – гиалуронана натрия. Поэтому готовый продукт представляет собой либо чистый гиалуронан натрия, либо смесь кислоты и соли. Одновалентные металлы образуют с гиалуроновой кислотой водорастворимые соли, в то время как соли поливалентных металлов, например, кальция, магния, цинка – водонерастворимы. Это свойство используют для получения «физически» сшитых гелевых комплексов гиалуроновой кислоты. Используя технологию ионного обмена в электролитных растворах, можно практически полностью заместить Na^+ на, допустим, ионы Zn^{++} . Однако для удобства инъекционного введения, необходимо, чтобы полученный гель не сильно отличался по вязкостно-эластичным характеристикам от нативной гиалуроновой кислоты. Первое преимущество использования гиалуронана цинка – это пролонгированный эффект. В отличие от обычных препаратов период полураспада цинксодержащих гелей при инъекционном введении в кожу возрастает в разы. Во-вторых, что является чрезвычайно важным, эффективность антиоксидантного действия гиалуронана цинка в 3 раза выше аналогичной натриевой соли. Кроме того, цинк – эссенциальный микроэлемент, требующийся для нормального функционирования любой клетки. Известно, что более 300 различных белков используют цинк в качестве кофактора. Около 20% от общего содержания этого микроэлемента в организме человека сосредоточено в коже. Благодаря его цито- и иммунопротективным свойствам,

в частности индукции Zn-зависимой супероксиддисмутазы, происходит защита клеток от свободно-радикального повреждения. Старение организма очень часто связывают с развитием дефицита цинка в организме человека. И последнее, результаты проведенных исследований позволяют предварительно предположить, что цинк в комплексе с гиалуроновой кислотой является наиболее удобной формой для усвоения организмом.

Клинико-морфологическая корреляция в дерматологии.

Халиулин Ю.Г., Лозоватор А.Л., Пешкин В.И.

Российский университет дружбы народов, ОАО «Юропеан Медикал Сентер», Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Биопсия кожи с целью постановки диагноза дерматоза используется пока недостаточно часто в России. В то же время иногда гистологическое заключение не проясняет диагноз или не соответствует клинической картине заболевания. Цель: обосновать необходимость и пути улучшения использования клинико-морфологической корреляции в дерматологической службе России. Когда возникает необходимость в биопсии кожи:

1. При подозрении на опухоль кожи.
2. При необходимости дифференциальной диагностики между дерматозами.
3. Для доказательства редкого дерматоза.
4. Для уточнения характера изменений в коже с целью выбора наиболее подходящего метода лечения (например, панникулит).
5. В случаях резистентности к лечению.
6. При проведении научных исследований.

В некоторых случаях врач вынужден отказаться или временно отложить биопсию кожи. Это может быть в случае, когда очаг поражения находится в опасной зоне, прежде всего на лице, или когда пациент – маленький ребенок, и для биопсии кожи требуется общее обезболивание, а в условиях амбулаторного приема сделать это не представляется возможным. Тем не менее иногда результаты гистологии оказываются неожиданными даже в тех случаях, когда нет сомнений в диагнозе по клиническим признакам. В любом случае, важно сопоставлять гистологическую картину с клиническими проявлениями, и в случае несоответствия, вести диалог с патоморфологом для достижения правильного диагноза. Примеры необходимости клинико-морфологической корреляции: некоторые дерматозы, имеющие разнообразные проявления на коже, как например грибовидный микоз, саркоидоз кожи, иногда – токсикодермия; ряд других заболеваний со сходной гистологической картиной. Автором рассмотрены клинические случаи лимфоматоидного папулеза; приобретенного буллезного эпидермолиза; демодекоза, имитировавшего базально-клеточный рак кожи; дифференциальной диагностики красного плоского лишая и Боуэнноидного папуллеза; локализованного лейкоцитокластического васкулита под маской красного плоского лишая. Таким образом, не всегда на основании

клинической картины можно поставить правильный диагноз дерматоза. В то же время не всегда гистологический диагноз соответствует клинической картине дерматоза. Поэтому клинико-морфологическая корреляция обязательна в постановке диагноза дерматоза, особенно в сложных случаях. Выводы. Пути решения проблемы улучшения использования клинико-морфологической корреляции в дерматологической службе России:

1. Биопсия кожи должна стать рутинным методом диагностики дерматозов в России
2. Обратит внимание на обучение патологии кожи при подготовке врачей-дерматовенерологов.
3. Требуется развитие специального обучения врачей-патологоанатомов в отношении патологии кожи.
4. Наладить диалог между дерматологом и патоморфологом в процессе диагностики дерматозов.

Актуальные аспекты люминесцентной диагностики при микроспории, обусловленной *M. canis*.

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Беличков А.Н., Моднова А.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Клиника им. В.Г. Короленко, Москва

Известно, что микроспория, обусловленная *M. gypseum*, не сопровождается люминесцентным свечением. При микроспории, обусловленной *M. canis*, свечение слабо выражено или отсутствует. В последние годы появляются публикации, свидетельствующие об отсутствии люминесцентного свечения в некоторых случаях микроспории, обусловленной *M. canis*.

Целью нашего исследования было выявление частоты случаев микроспории, обусловленной *M. canis*, не сопровождающейся люминесцентным свечением. Для достижения цели были поставлены задачи: 1) выявить частоту отсутствия люминесцентного свечения при микроспории, обусловленной *M. canis* 2) определить зависимость отсутствия люминесцентного свечения от продолжительности заболевания, предшествовавшего самолечению, возраста пациентов, источника заражения. Материалом послужили статистические данные по заболеваемости микроспорией в Перовском районе г. Москвы (филиал МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко», ранее филиал «Вешняковский» МНПЦДК ДЗМ) в 2014–2015 гг.

Методом исследования послужила статистическая обработка материала. В результате анализа 604 случаев микроспории выявлено, что наиболее часто люминесцентное свечение отсутствовало (75%) – у юношей с давностью заболевания до 10 дней, источником заражения чаще всего являлись бесхозные кошки, в одном случае инфицирование произошло от человека, во время занятой борьбой. На более редкое люминесцентное свечение отсутствовало (25%) у девушек с давностью заболевания до 10 дней, источником заражения являлись бесхозные кошки. В других группах пациентов люминесцентное свечение отсутствовало

соответственно у 32–71% пациентов. Статистически значимой зависимости от возраста, пола, давности заболевания, предшествовавшего самолечения установить не удалось. Полученные нами результаты свидетельствуют о росте отсутствия люминесцентного свечения при микроспории, обусловленной *M. canis*. Для выявления причин необходимо продолжить наблюдения.

Содержание некоторых провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных со среднетяжелой формой папулезно-бляшечного псориаза.

Хачикян Х.М., Карапетян Ш.В.

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, Ереван

Псориазическая болезнь (ПБ) – это полиэтиологический аутоиммунный хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся повышением пролиферативной активности кератиноцитов и нарушением их терминальной дифференцировки. В развитии ПБ значительную роль играют наследственные, средовые, а также иммунные факторы, в частности воздействие цитокинов преимущественно провоспалительного действия (индуцируют воспалительную реакцию в дерме).

Целью настоящей работы является определение содержания некоторых провоспалительных и противовоспалительных первичных мессенджеров (экстраклеточные сигналы) в развитии ПБ и выяснение возможной корреляционной связи между ними и индексом распространенности и тяжести псориаза (PASI).

Методы исследования. Для решения данной задачи нами наблюдались (проспективное, одноцентровое, открытое, клиничко-лабораторное исследование) 32 больных (18 мужчин и 14 женщин; $n = 32$) в возрасте от 21 года до 62 лет со среднетяжелой формой папулезно-бляшечного псориаза. У больных ПБ в сыворотке крови (забор крови осуществляли из локтевой вены, натощак, до назначения соответствующего лечения) определяли содержание некоторых циркулирующих провоспалительных (γ -интерферон, α -ФНО, интерлейкин-1 α , интерлейкин-2) и противовоспалительных (интерлейкин-10 и ТФР- β) цитокинов методом иммуноферментного количественного анализа (тест-системы фирмы Demeditec Diagnostics GmbH, ФРГ; постановка метода – согласно рекомендациям фирмы-производителя). Контрольную группу составили 18 практически здоровых людей (11 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 19 лет до 51 года ($n = 12$). Для объективной оценки степени распространенности и тяжести ПБ использовали индекс PASI (значение индекса PASI – от 10 до 30).

Результаты исследования. Установлено достоверное повышение ($P < 0,001$) уровня провоспалительных цитокинов по сравнению с аналогичными показателями в группе практически здоровых лиц. Так, среднее значение концентрации γ -интерферона в крови составило $15,28 \pm 1,64$

пг/мл (у здоровых – $4,21 \pm 2,81$ пг/мл), α -ФНО – $9,45 \pm 1,02$ пг/мл (у здоровых – $2,89 \pm 1,25$ пг/мл), интерлейкина-1 α – $13,35 \pm 1,28$ пг/мл (у здоровых – $5,23 \pm 2,11$ пг/мл) и интерлейкина-2 – $0,14 \pm 0,07$ пг/мл (у здоровых – $0,05 \pm 0,03$ пг/мл). Установлено также достоверное снижение ($P < 0,05$) уровня противовоспалительных цитокинов по сравнению с соответствующими показателями в группе здоровых добровольцев. Так, среднее значение концентрации интерлейкина-10 составило $2,51 \pm 1,11$ пг/мл (у здоровых – $11,94 \pm 0,43$ пг/мл) и ТФР- β – $5,89 \pm 1,34$ пг/мл (у здоровых – $14,2 \pm 4,12$ пг/мл). Дисбаланс между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами обуславливает активность псориазического воспалительного процесса. До начала лечения уровни γ -интерферона, α -ФНО, интерлейкина-1 α и интерлейкина-2 положительно, а уровни интерлейкина-10 и ТФР- β – отрицательно коррелируют со значениями PASI у больных ПБ (среднее значение индекса PASI составило 25,9).

Выводы. В сыворотке крови больных со среднетяжелой формой папулезно-бляшечного псориаза выявлено достоверное повышение уровня цитокинов провоспалительного воздействия и понижение уровня цитокинов противовоспалительного воздействия, что коррелирует со значениями индекса распространенности и тяжести псориаза, указывая на их существенную роль в патогенезе ПБ. Полученные результаты могут быть рассмотрены для разработки новых терапевтических подходов в комплексном лечении больных ПБ, что будет проводиться нами в дальнейшем.

Пациент зрелого возраста в клинике эстетической медицины.

Черепанова А.С.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

При консультировании пациентов перед проведением антивозрастных косметологических процедур основное внимание следует уделять определению морфотипа старения лица. Оценка типа старения позволяет выработать правильную стратегию и тактику ведения пациента. Очновными косметологическими процедурами антивозрастной косметологии являются: пилинги (поверхностные и срединные), биоревитализация и мезотерапия (выбор препарата в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и эстетических показаний), инъекции ботулотоксина и инъекционная контурная пластика. Наиболее важным для пациентов старшей возрастной группы является учет индивидуальных особенностей старения мягких тканей лица при проведении ботулинотерапии, так как с возрастом, как правило, сокращается область применения препаратов в верхней трети лица из-за прогрессирующего гравитационного птоза, а ботулинотерапия в нижней трети лица становится более актуальной. Столь же важна оценка гравитационного птоза при назначении инъекционной контурной пластики для того, чтобы избежать утяжеления нижних отделов лица и не ухудшить общую эстетическую картину.

Наиболее оптимальным для пациентов старшей возрастной группы является сочетание методов терапевтической косметологии и пластической хирургии, так как проблемы избытка кожи и гравитационногоптоза мягких тканей можно эффективно решить только при сочетании этих методов.

Опыт применения имихимода для предупреждения рецидивов аногенитальных бородавок.

Чернова Н.И., Солнцев В.В., Метлинова Е.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение количества случаев рецидивирования аногенитальных бородавок, обусловленного трудностями санации базального слоя эпидермиса при использовании хирургических методов (ДНК ВПЧ могут распространяться на расстояние до 1 см от зоны новообразований). Актуальным является поиск методов, способствующих элиминации вируса.

Цель Изучение эффективности 5% крема имихимода в комплексной терапии аногенитальных бородавок.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов с рецидивирующими аногенитальными бородавками перианальной области. Диагноз выносился на основании клинического осмотра и верифицировался при помощи ПЦР. Методом произвольной выборки больные были разделены на 2 группы, по 20 человек. В группе №1 удаление образований проводилось с помощью хирургического лазера, в группе №2 после деструкции на протяжении 8 недель назначался 5% крем имихимод 3 раза в неделю (через день) перед сном, на следующее утро препарат смывался водой с мылом.

Результаты. В группу №1 вошли 10 мужчин и 10 женщин (средний возраст 25,4+3,6 года), с давностью заболевания 2 года. Локализация высыпаний у мужчин: в области ануса, на крайней плоти, венечной борозде, теле полового члена, у женщин – нижняя спайка, малые и большие половые губы, промежность. В соскобах из урогенитального тракта обнаружены ДНК ВПЧ у всех больных, наиболее часто выявлялись ВПЧ 16, 18, 33 типы. В период наблюдения 3 месяца после деструкции аногенитальных бородавок рецидив отмечен у 4 человек, через 6 месяцев еще в 3 случаях. Эффективность метода составила 65%.

В группу комбинированного лечения вошли 12 мужчин и 8 женщин, (средний возраст 24,8+4,2 года), давность заболевания 1,5–2 года. Локализация высыпаний у мужчин: на крайней плоти, венечной борозде, теле полового члена, у женщин кондиломы располагались в области нижней спайки, на коже половых губ. Наиболее часто выявлялись ДНК ВПЧ высокой и средней степени онкогенного риска: 16, 18, 33, 46, 52 типов. На контрольных осмотрах через 3 и 6 месяцев после деструкции и применения имихимода рецидивов не регистрировали. Таким образом, после комбинированной терапии ремиссия зарегистрирована в 100% случаев. Большинство пациентов отмечали удобство

терапии (отсутствие необходимости частого посещения врача, возможность самостоятельного применения препарата).

Вывод. Включение 5% крема имихимод в схему терапии аногенитальных бородавок способствует высокой клинической эффективности метода.

Аутологичная плазма в эстетической медицине.

Чиркова О.А.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Plasmolifting TM (плазмолифтинг) – коммерческое запатентованное название PRP-терапии (Platelet Rich Plasma), подразумевающее использование инъекционной формы богатой тромбоцитами плазмы (БоТП). Механизм действия богатой тромбоцитами плазмы хорошо известен, однако до появления инъекционной формы БоТП ее лечебные свойства использовались только челюстно-лицевыми хирургами и хирургами-стоматологами. Дело в том, что в основе плазмолифтинга стимуляция и регенерация соединительной ткани, которая составляет 85% нашего тела. В настоящее время данная методика с успехом используется не только в эстетической медицине, но и офтальмологии, травматологии. В регенеративной хирургии плазмолифтинг также занял достойное место, по сути, являясь единственной реально работающей методикой не вызывающей отдаленных побочных эффектов. Процедура – плазмолифтинг, больше известна как омолаживающая. Тромбоциты содержат особые белки – факторы роста, которые стимулируют рост новых клеток, усиливая регенерацию (заживления кожи). Организм воспринимает зону, в которую ввели большое количество тромбоцитов, как гематому (синяк) и усиливает в этом месте обменные процессы. К клеткам начинает активно поступать кислород и питательные вещества. Включается «режим молодости» и клетки снова начинают активно делиться и синтезировать жизненно важные вещества и нормально функционировать. Это абсолютно естественный механизм, который работает в 100% случаев. Сила и скорость регенерации обусловлена общим состоянием здоровья и возрастом пациента, что необходимо учитывать при составлении курса лечения.

Показание к применению плазмолифтинга:

1. Болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с воздействием излучения: - старческой атрофии (вялость) кожи.
2. Другие болезни кожи и подкожной клетчатки: - атрофические поражения кожи.
3. Болезни придатков кожи: - угри обыкновенные, - гнездная алопеция, - другая андрогенная алопеция, - телогенное выпадение волос, - анагенное выпадение волос.

Противопоказания:

1. Злокачественные новообразования
2. Системные заболевания кожи
3. Психические заболевания
4. Аллергическая реакция на антикоагулянт (натрий-гепарин) в анамнезе.

Плазмолифтинг подразумевает четкое соблюдение протокола методики.

Первый этап. Выяснение анамнеза, наличие или отсутствие сопутствующих общих заболеваний, клинический анализ крови.

Второй этап. Производится забор крови пациента. Стандартный набор для плазмолифтинга включает: центрифуга, жгут, стерильные шприцы, иглы для инъекций, вакуумные пробирки, держатель пробирок, периферические венозные катетеры.

Третий этап. В основе процедуры Plasmolifting лежит запатентованный метод обработки крови пациента с помощью специальных вакуумных пробирок и особого режима центрифугирования, где в ходе вращения она разделяется на три основных составляющих:

- Бедная тромбоцитами плазма – Platelet poor plasma
- Богатая тромбоцитами плазма – Platelet-rich plasma-RTM
- Клетки крови (Эритроциты) – Red blood cells (RBCs)

Четвертый этап. Обрабатывают антисептиком, а при необходимости и обезболивающим кремом проблемные зоны кожи лица.

Пятый этап. Обогащенная плазма вводится с помощью шприца в мягкие ткани лица.

Процедура Plasmolifting отвечает требованиям безопасности, характеризуется полным отсутствием аллергических реакций, малым количеством нежелательных явлений и высокой клинической эффективностью.

Выявляемость сифилиса и вич-инфекции при медицинском освидетельствовании иностранных граждан.

Чистяков Н.Д., Полозова Е.В.

Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Санкт-Петербург

Цель работы. Необходимость проведения объективной оценки выявляемости социально-значимых инфекций среди иностранных граждан определила актуальность и цель настоящих исследований.

Задачи. На основании результатов лабораторных исследований выявить и провести статистический анализ выявляемости сифилиса и вич-инфекции среди иностранных граждан.

Материалы и методы. Ретроспективно оценивались результаты серологических реакций на сифилис (иммуноферментный анализ и реакцию пассивной гемагглютинации) и вич-инфекцию (суммарное определение антител классов М, Г к вирусу иммунодефицита человека вич-1 и вич-2 и антигена р24 в сыворотке или плазме крови), результаты консультаций дерматовенеролога и инфекциониста у 5943 иностранных гражданина, обследованных в 2014 году в ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья». Обследованных мужчин 3962 чел. (67%), женщин 1981 чел. (33%) в возрасте от 21 года до 83 лет. Средний возраст 47,2 года. Жителей стран бывшего СССР было большинство: Украина – 20,4%, Узбекистан – 18,3%, Азербайджан – 10,4%, Армения – 9,4%, Молдова – 7,9%, Таджикистан – 6,4%, Казахстан – 4,6%, Белоруссия – 4,0%, другие страны – 18,6.

Результаты. Всего было выявлено 133 случая положительных серологических реакций на сифилис, что составило 2,2% от общего числа обследованных лиц. Из общего числа положительных серологических реакций удельный вес ложноположительных реакций составил 12% (16) случаев. При анализе половой структуры установлено, что половые различия не влияли на выявляемость положительных реакций на сифилис. Среди лиц с положительными серологическими реакциями высокие титры РПГА (>1:640) зарегистрированы у 28 лиц (15%). Сифилис зарегистрирован в 9 случаях, что составило 0,16% от общего числа обследованных лиц и 7,5 % от лиц с положительными серологическими реакциями. В 108 случаях сифилис имелся в анамнезе, и результаты расценивались, как «следовые». Первично было выявлено 11 положительных серологических реакций с подозрением на вич-инфекцию, из них в иммуноблотинге в референс-лаборатории подтверждено 5 случаев (45,4%).

Выводы. Таким образом, результаты исследований подтверждают необходимость проведения серологических реакций для выявления сифилиса и вич-инфекции у иностранных граждан.

Исследование липидного профиля сыворотки крови у больных псориазом до и после терапии с включением фосфогила.

Шмакова А.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Наряду с множественными метаболическими нарушениями, выявляемыми у больных псориазом, в последние годы существенное внимание уделяется липидным нарушениям, обеспечивающим повышенный риск смертности от сердечно-сосудистой патологии у этих пациентов по сравнению с общей популяцией (Шевченко А.О., 2012; Armstrong E.J. et al., 2013). Под наблюдением находилось 80 пациентов с вульгарным псориазом, из них с легким течением – 20 (25%) больных (индекс PASI до 7), среднетяжелым – 28 (35%) (PASI от 7,1 до 12), тяжелым – 32 (40%) (PASI от 12,1).

У 92,5% больных до лечения регистрировались следующие липидные отклонения: повышение уровней общего холестерина (ОХ) – у 61,3% (5,84±1,3 ммМ/л), липопротеинов низкой плотности (ЛНП) у 87,5% (3,54±1,2 ммМ/л), триглицеридов и липопротеинов очень низкой плотности (ЛОНП) у 81,3% (1,61±0,3 и 0,81±0,2 ммМ/л соответственно), коэффициента атерогенности (КА) у 72,5% (2,96±0,9) больных, снижение липопротеинов высокой плотности (ЛВП) у 20% пациентов (1,45±0,4), соотношения апопротеинов АпоА1/АпоВ – у 35,0% (1,13±0,4). Тип дислипидемии IIb встречался у 64 (80%) больных (PASI составил 17,2±7,2), тип IIa – у 6,3% (PASI 8,6±6,3) тип IV – в 5% случаев (PASI 11,5±5,2). Наличие наиболее тяжелого IIb типа дислипидемии сочеталось с высокой частотой сердечно-сосудистой патологии, наиболее часто регистрировались ИБС, гипертоническая болезнь, у молодых пациентов – ранняя форма артериальной гипертензии.

При ретроспективном исследовании историй болезни 34 пациентов выявлено, что формирование дислипидемии начиналось на 1–2 году псориатической болезни с гиперхолестеринемии при относительном увеличении ЛНП у 11 (32,4%), понижения соотношения АпоА1/АпоВ у 10 (29,4%), снижения уровня ЛВП у 8 (23,5%), повышения ЛОНП и ТГ у 3 (8,8%), КА у 2 (5,9%), что может свидетельствовать о повышенной потребности тканей в эстерифицированных холестеринемии полиненасыщенных ЖК (предположительно для синтеза мембран кератиноцитов, находящихся в фазе пролиферации), либо о замедлении эвакуации ЛНП из крови, а снижение уровня ЛВП может свидетельствовать о недостатке фосфолипидов.

Для проведения терапии пациенты были распределены на основную и контрольную группу по 40 человек. Базовые контрольную группы в течение месяца получали базовую терапию, включающую глюконат кальция 10% внутримышечно, аевит по 1 капсуле 2 раза в день. Пациенты основной группы помимо базовой терапии получали фосфоглив по 5,0 г внутривенно, 3 раза в неделю, 12 инъекций и капсулы фосфоглива перорально в остальные дни недели – по 2 капсулы 3 раза в день. Наружно пациенты применяли индифферентные мази.

После 1 месяца терапии в основной группе значительное улучшение было отмечено у 27 (51,9%), улучшение кожного процесса – у 19 (36,6%) больных, отсутствие эффекта – у 6 (11,5%). В контрольной группе значительное улучшение констатировано у 19 (36,5%), улучшение – у 17 (32,6%), отсутствие эффекта – у 16 (30,8%) пациентов.

Оценивая влияние терапии на биохимические показатели, мы выявили нормализацию липидного профиля у всех пациентов основной группы, более значительно у больных с выраженным клиническим эффектом. Так, у пациентов со значительным улучшением и улучшением кожного процесса содержание ОХ ($4,71 \pm 0,8$ и $4,87 \pm 0,8$ мМ/л), ЛВП ($1,63 \pm 0,5$ и $1,62 \pm 0,5$ мМ/л соответственно) достигают нормальных значений, концентрация ТГ, ЛОНП, ЛНП и КА значительно уменьшается. Положительная динамика лабораторных показателей выявлена и у больных основной группы без клинического результата.

Таким образом, псориаз сочетался с ранним выявлением атерогенной направленности липидного обмена в сыворотке крови, что отягощает прогноз больных по возникновению и течению сердечно-сосудистой патологии, являющейся главной причиной смертности пациентов с псориазом. Включение в терапию фосфоглива позволило увеличить клиническую эффективность, снизить выраженность липидных нарушений сыворотки крови.

УЗ-диагностика при использовании дермальных филлеров.

Щукина Е.В.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи – неинвазивный метод, позволяющий дать оценку ее состояния *in vivo* и динамически оценить эффективность проведения

косметологических процедур. УЗИ кожи представляет собой современное и безопасное исследование, с помощью которого можно оценить изменение структуры кожи под действием введения в нее дермального филлера. Метод удобный и эффективный, особенно в оценке осложнений методов контурной пластики. Для этих целей используются ультразвуковые системы с линейными датчиками высокого разрешения. При проведении исследования рекомендовано нанесение обильного количества геля на исследуемую область, что позволяет избежать чрезмерной компрессии, поскольку это может привести к изменению кожного натяжения и ошибочной интерпретации толщины и экзогенности структур, а также вызвать спадение сосудов. В коже, под влиянием наполнителя, в первые недели после процедуры отмечают снижение экзогенности дермы, обусловленное увеличением количества межклеточной жидкости. Впоследствии на ультразвуковых снимках можно видеть выравнивание и уплотнение эпидермиса и дермы, более равномерное распределение эхосигнала. Утолщение кожи происходит, вероятно, не только вследствие присутствия в ней наполнителя, создающего дополнительный объем ткани, но также благодаря увеличению количества волокнистых структур дермы.

Комбинированное ультразвуковое и лазерное воздействие в лечении инволютивных изменений кожи.

Юсова Ж.Ю., Аксененко И.П.

Российский университет дружбы народов, Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

Сочетанные методы коррекции возрастных изменений кожи является актуальным направлением в эстетической косметологии. Наиболее популярными методами аппаратной коррекции на сегодняшний день считаются лазерные технологии. Однако воздействие одного вида лазера ограничивает обновление дермальных структур из-за глубины воздействия на ткани. В настоящее время актуальным становится эстетическое направление сочетания различных факторов для получения выраженного клинического эффекта без увеличения реабилитационного периода. Одним из эффективных примеров сочетания физиотерапевтического воздействия на кожу является сфокусированный УЗ (альтератерапия) и абляционный фракционный CO₂ лазер. Глубина проникновения ультразвуковых волн определяется состоянием и типом кожи пациента и контролируется специальными УЗ-датчиками, что обеспечивает безопасность процедуры при глубоком воздействии на ткани. Воздействие на ткани происходит на уровне SMAS без повреждения поверхности кожи. При этом ткани, расположенные выше и ниже места фокусировки луча, остаются интактными.

Цель исследования: получить улучшение клинического результата за счет воздействия на все слои эпидермиса и дермы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась группа пациентов из 39 человек в возрасте от 39 до

48 лет (32 женщины и 7 мужчин). В первой группе (18 пациентов) процедуры проводились одномоментно, сначала сфокусированный ультразвук (альтератерапия) на аппарате Ulthera System, затем сразу же в одну процедуру фракционный CO₂ лазер. Вторая группа 21 человек – контрольная, получила воздействие CO₂ фракционным лазером. Оценка результатов производилась через 2 месяца и через 10 месяцев после полученного лечения. Для оценки результатов использовалась шкала-опросник удовлетворенностью лечения, фотодокументирование, дерматоскопия с определением эластометрии и профилометрии.

Полученные результаты. Увеличение реабилитационного периода в первой группе по отношению к контролю не наблюдалось. По шкале-опроснику удовлетворенность результатами на 36,7% выше в первой группе. По данным эластометрии наблюдалось улучшение результатов на 45,4% в первой группе и на 32,8% во второй. По профилометрии получили следующие данные: улучшение рельефа на 37,6% в первой группе и на 27,1% в контрольной группе.

Таким образом, при комбинированном воздействии на кожу различных физиотерапевтических факторов в виде сфокусированного ультразвука и CO₂ лазера наблюдается синергизм воздействия, что улучшает значительно клинические результаты, не увеличивая период реабилитации.

Опыт применения эмолиентов в наружной комбинированной терапии хронических аллергодерматозов.

Яцына И.В., Дорохина О.В., Моисеева И.В.

Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана, Мытищинский кожно-венерологический диспансер, Москва, Мытищи

В настоящее время в терапию заболеваний кожи для наружного применения помимо новых препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, внедряются и негормональные средства, что важно при поддерживающей терапии пациентов, подвергающихся постоянному воздействию внешних агрессивных факторов в условиях производства. В связи с этим интересна проблема рационального ухода за кожей при наличии хронических аллергодерматозов, что связано с возможностью контроля заболевания без назначения медикаментов.

Цель настоящего исследования состоит в изучении клинической эффективности препарата липобейз в наружной терапии хронических аллергодерматозов. Благодаря своему составу липобейз: восстанавливает состав и структуру кожного барьера; стимулирует синтез коллагена и эластина, укрепляя структуру кожи; обладает комплексным механизмом увлажнения кожи; снижает потребность в топических стероидах.

Материалы и методы. Изучение клинической эффективности крема липобейз провели у 38 больных хроническими

аллергодерматозами (рабочие металлургических цехов различных специальностей, имеющих контакт с пылью алюминиевых сплавов, серебра, кадмия, никеля, кобальта; окисью углерода, сернистым ангидридом, солями фтористоводородной кислоты, двуокисью кремния, аэрозолями селена, парами соляной кислоты). Возраст пациентов варьировал от 36 до 65 лет: 11 (28,9%) женщины (средний возраст 42+4,71 года) и 27 (71,1%) мужчин (средний возраст 48+5,16 года). Из сопутствующих заболеваний у 11 диагностировали заболевания пищеварительного тракта в стадии ремиссии (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистопанкреатит), у 7 – очаги хронической инфекции ЛОР-органов, у 3 – хронические обструктивные заболевания легких. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование: клинический, биохимический (АСАТ, АЛАТ, билирубин, холестерин, триглицериды, ГГТП в сыворотке крови) анализы крови, общий анализ мочи. У пациентов с экземой кожный процесс локализовался на тыльной и ладонной поверхности кистей (n=11), на ладонной поверхности кистей (n=18), на сгибательных поверхностях рук (n=9). Всем больным в соответствии с существующими стандартами лечения проводилась терапия десенсебилизирующими и антигистаминными препаратами. Исследуемый препарат липобейз был назначен в комбинации с топическим стероидом (0,1% мометазона фууроатом) ежедневно в течение 4 недель, затем в качестве монотерапии в течение 6 недель. Эффективность терапии оценивали по динамике дерматологических индексов. Для оценки тяжести экземы использовали индекс EASI, контактного аллергического дерматита – VAS (визуально-аналоговая шкала).

Результаты и обсуждение. В процессе лечения была отмечена положительная динамика величин дерматологических индексов. Клинически уже на 3–4-й день терапии больные отмечали заметное снижение зуда в области высыпаний, уменьшение гиперемии и шелушения кожи. При лечении контактного аллергического дерматита индекс VAS на 14-й день лечения снизился на 75,3%, на 28-й день – на 82,1%. Индекс EASI при лечении экземы снизился на 42,3% через 14 дней и на 72,3% через 28 дней терапии. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата липобейз. Данных о побочных эффектах не выявлено, изменений в биохимических и клинических анализах крови и мочи пациентов отмечено не было.

Выводы. На основании полученных результатов для восстановления липидной мантии и барьерной функции кожи можно рекомендовать в лечебной практике применение наружных препаратов нового поколения, содержащих керамиды, липиды, мочевины, незаменимые жирные кислоты и витамины. Таким образом, негормональные препараты снижают потребность в назначении топических стероидов, что важно в терапии длительно протекающих хронических дерматозов. Увлажняющие и смягчающие лечебные дерматологические средства (эмолиенты) также являются важным компонентом в реабилитации пациентов с зудящими дерматозами, особенно в условиях современного производства.

Возможности конфокальной лазерной сканирующей микроскопии in vivo в дифференциальной диагностике аутоиммунных буллезных дерматозов.

Алленова А.С., Теплюк Н.П., Ткаченко С.Б., Варшавский В.А., Зайденов В.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова, Москва

Введение. Дифференциальная диагностика аутоиммунных буллезных дерматозов (АБД) в настоящее время представляет собой один из наиболее сложных вопросов в дерматологии. АБД характеризуются большим количеством форм, часто схожих по клиническим проявлениям, тяжелым течением, высоким риском летального исхода. К наиболее частым и диагностически сложным вариантам относят аутоиммунную пузырчатку (АП), буллезный пемфигоид Лёвера (БП), доброкачественную хроническую семейную пузырчатку Гужеро-Хейли-Хейли (ПДС), IgA-линейный дерматоз (Linear IgA disease, LAD). Своевременная диагностика АБД способствует более благоприятному прогнозу. Существующие стандартные диагностические исследования, гистологическое и иммуногистохимическое (прямая реакция иммунофлуоресценции, РИФ), являются инвазивными, и вследствие этого могут провоцировать прогрессирование заболеваний, кроме того, их выполнение требует значительного времени. Новый оптический метод диагностики – конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (КЛСМ), выполняемая in vivo, – высокоинформативный и неинвазивный, позволяет получить результат в режиме реального времени. В настоящее время возможности КЛСМ для диагностики АБД изучены недостаточно.

Цель – разработка алгоритма диагностики аутоиммунных буллезных дерматозов с помощью неинвазивного метода исследования КЛСМ in vivo.

Материалы и методы. Всего было обследовано 50 больных: 23 (46%) АП, 14 (28%) БП, 10 (20%) ПДС и 3 (6%) LAD. Всем больным была сделана КЛСМ in vivo, затем на основании результатов стандартных методов (гистологического исследования и прямой РИФ) ставился окончательный диагноз. Далее был выполнен сравнительный анализ результатов гистологического исследования и КЛСМ.

Результаты. С помощью КЛСМ in vivo были определены ключевые диагностические признаки АБД: уровень расположения пузырей и присутствие акантолитических клеток (АК). Локализация пузырей при КЛСМ соответствовала клиническим и гистологическим данным. У пациентов с БП и LAD четко выявлялась субэпидермальная локализация пузырей и отсутствие АК; при АП и ПДС – интраэпидермальные пузыри и АК в 100% случаев. Однако дальнейшая дифференциальная диагностика АП и ПДС данным методом была затруднена, поскольку диагностически

значимые морфологические особенности АК определить невозможно. При всех заболеваниях четко фиксировались дополнительные признаки: воспалительная инфильтрация (однако определить тип клеток инфильтрата было невозможно), некоторые особенности структуры пузырей, расширенные сосуды. Указанные признаки при каждом АБД имели свои характерные черты, однако в ряде случаев оценки дополнительных признаков было недостаточно для постановки диагноза, особенно в группе АБД с субэпидермальным расположением пузырей. Обсуждение КЛСМ in vivo позволяет проводить дифференциальную диагностику различных АБД, преимуществом метода является неинвазивность, быстрое получение результата, а также возможность выявления АК, что часто затруднено при гистологическом исследовании. Дифференциальная диагностика с помощью КЛСМ in vivo должна быть основана на комплексной оценке основных и дополнительных признаков, включенных в разработанный алгоритм диагностики. Однако для дифференциальной диагностики АБД с одинаковыми ключевыми признаками (т.е. внутри самих групп интра- и субэпидермальных дерматозов) необходимо выполнение прямой РИФ. Исследование, частью которого является представленная работа, проходило экспертизу в Этическом комитете (17.12.09). Проведение исследования одобрено.

Современные медико-организационные технологии по снижению заболеваемости микроспорией у детей.

Антонова С.Б.

Уральский государственный медицинский университет, Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург

Введение. Микроспория – болезнь детского возраста, на ее долю приходится 80,0–99,7% дерматофитий с поражением волос у детей. Заболеваемость микроспорией в Свердловской области в 2014 г. отмечена на уровне 176,8 на 100 тыс. детского населения, остается на стабильно высоком уровне. Микроспория является заболеванием, обладающим высокой контагиозностью из всей группы дерматофитий. Профилактика микоза заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных. Затрудняет постановку диагноза редко встречающаяся локализация высыпаний, а также атипичные клинические формы, что приводит к диагностическим ошибкам и распространению заболевания.

Цель исследования. Разработка медико-организационных технологий на основании изучения эпидемиологической ситуации, особенностей клинического течения микроспории у детей.

Материалы и методы исследования. Анализ уровня и динамики заболеваемости микроспорией осуществлялся на основании данных форм государственной статистической

отчетности, утвержденных Минздравом Российской Федерации и Госкомстатом Российской Федерации: № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой», № 34 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой». Особенности эпидемиологии, клинических проявлений оценивались на основании данных оригинальной стандартизованной анкеты (38 показателей). Результаты исследования и их обсуждение. Современными особенностями эпидемиологической ситуации по заболеваемости микроспории у детей является регистрация очагов в спортивных секциях: греко-римская борьба, самбо, карате. За последние три года в Свердловской области зарегистрировано пять эпидемиологических очагов микроспории в спортивных секциях греко-римской борьбы, два очага в спортивных секциях самбо, один очаг в секции карате. Наряду с изменившейся эпидемиологией в последние годы наблюдается увеличение атипичных форм микроспории (11,5%), в течение 2014–2015 гг. мы наблюдали: атипичная локализация высыпаний микроспории в пограничной зоне роста волос на голове (8 сл.), в паховой области (3 сл.), внутри ушной раковины (3 сл.), атипичные клинические формы, такие как инфильтративная (4 сл.), нагноительная (глубокая) (1 сл.), экссудативная (2 сл.), волчаночно-подобная (2 сл.), псориазиформная (3 сл.), себорейная (2 сл.), протекающая по типу асбестовидного лишая (2 сл.), трихофитоидная (2 сл.), а также «трансформированный» вариант микроспории (9 сл.). Данные атипичные формы принимали за паховую эпидермофитию, себорейный дерматит, стрептодермию, аллергический дерматит, псориаз. Среди пациентов с атипичными формами микроспории чаще встречаются диагностические ошибки, что способствует распространению заболевания. Кроме того, в нашей практике были больные микроспорией, протекающей малосимптомно, что также способствовало отсроченному обращению за медицинской помощью. Выявлены другие причины, способствующие высокой заболеваемости: некачественный сбор эпидемиологического анамнеза, недостаточное информирование врачей смежных специальностей о клинических проявлениях микроспории, а также дерматовенерологов об атипичных формах заболевания, проведение неполноценного микологического исследования (отсутствие проведения культурального исследования). Были разработаны медико-организационные технологии, включающие первичную профилактику (работа с населением через интернет-ресурсы), вторичную профилактику (своевременное выявление больных, работа в очагах, обучение врачей смежных специальностей), третичная профилактика (диспансерное наблюдение больных, работа с Роспотребнадзором).

Выводы. Высокая заболеваемость микроспорией обусловлена миграцией населения, ростом удельного веса атипичных и стертых клинических форм, что требует проведения профилактических мероприятий, включающих обучение дерматологов и врачей смежных специальностей: педиатров, спортивных врачей, медработников детских коллективов, загородных оздоровительных лагерей, домов-интернатов, а также врачей, осуществляющих медицинское освидетельствование иностранных граждан.

Особенности постпроцедурного периода после применения ретиновых пилингов.

Вавилова А.А., Губанова Е.И., Староватова П.А., Закирова Г.Ш.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

В последние годы отмечается рост интереса дерматологов к сочетанному применению ретиновых пилингов и наружной терапии ретинолом. Поиск высокоэффективных протоколов, позволяющих безопасно проводить осветляющие и омолаживающие процедуры, является актуальным в косметологии. Важным моментом, как для врача, так и для пациента, являются переносимость данной процедуры и риск выбывания из социальной активности вследствие неэстетичного вида лица. Исследований по изучению реабилитационного периода, включая подробное описание ожидаемых кожных симптомов (степени их выраженности, продолжительности и пика проявлений), в последние годы в нашей стране не проводилось.

Целью данного исследования явилось сравнение переносимости монотерапии ретиновым пилингом и сочетанного его применения с наружным препаратом на основе ретинола.

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением с ноября 2015 по январь 2016 года находились 33 пациентки в возрасте 35–65 лет с умеренными признаками фотостарения, которые получили курсовое лечение ретиновым пилингом с длительностью экспозиции 60 минут. Пациенткам проводился курс из 3 процедур с интервалом 3 недели: в 1-ой группе (15 женщин) – проводилась монотерапия, во 2 группе (18 женщин) – в межпроцедурный период, после стихания кожных симптомов, применялся крем с ретинолом 1 раз в 3 дня. Все пациентки применяли восстанавливающие, увлажняющие и фотозащитные средства согласно протоколу. Результаты. После проведения курса процедур у 32 из 33 пациенток изучаемый пилинг зарекомендовал себя положительно. Побочных эффектов, требующих прекращения процедуры, в данном исследовании не было. Из 1 группы у одной пациентки с чувствительной кожей после второй процедуры наблюдались более выраженные и длительные симптомы покраснения, отёчности, зуда, шелушения, по сравнению с первой. Пациентка продолжила курс лечения с уменьшением времени экспозиции пилинга до 30 минут и применением дополнительных средств для чувствительной кожи. В постпроцедурном периоде у всех наблюдаемых отмечались ожидаемые симптомы воспаления и эксфолиации различной степени выраженности: эритема, отёчность, сухость, стягивание кожи, жжение, зуд, мелко-, средне- и крупнопластинчатое шелушение, герпес и мелкопапулезные высыпания.

Наше исследование показало отсутствие статистической разницы между группами в выраженности и длительности симптомов постпроцедурного периода. Средняя продолжительность симптомов жжения составила – 3,13 дней, зуда – 3,57 дней, покраснения – 5,17 дней; пик эритемы

и жжения приходился на 1-ый день, а пик зуда на 4-ый день, сопровождающийся началом шелушения. Средняя продолжительность отечности кожи лица составила – 2,65 дней (с 1-го по 7-ой, с пиком симптома на 2-ой день), сухости кожи – 8,57 (с 1-го по 21-ый день, с пиком на 4–5 день), стягивания составила 5,43 дней (с 4-го по 12-ый, с пиком на 5–6 день). Вся оцениваемые нежелательные явления были легкой степени выраженности. Среди симптомов, вызывающих беспокойство, пациенты отмечали покраснение и крупнопластинчатое шелушение, которое начиналось на подбородке и вокруг рта в 1-ой группе на 4–5 день, во 2-ой группе на 3 день, и сопровождалось кратковременным усилением эритемы и зуда в периоральной зоне. На щеках и по периферии лица, на границе с волосистой частью, шелушение было менее выраженным, в основном мелкопластинчатым и сохранялось до 21 дня. Средняя продолжительность шелушения в обеих группах в области подбородка составила – 4,13, вокруг рта – 4,74, щек – 4,78, лба – 4,48 дней. Пик шелушения щёк в 1-ой группе приходился на 5 день, во второй группе на 3-ий, в области лба в обеих группах на 5–6 дни. К 14–16 дню шелушение на лице у большинства (31 из 33) пациентов заканчивалось. Наблюдения показали, что в отличие от пациентов 1-ой группы, во 2-ой группе шелушение было более равномерным. У 3 пациенток (одной из 1-ой группы на фоне ОРВИ и двух из 2-ой группы на 3–4 день после пилинга) наблюдались герпетические высыпания губ и периоральной зоны. Обострение герпеса купировалось приемом противовирусных препаратов.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало этапность и длительность ожидаемых симптомов воспаления кожи после ретиноевого пилинга, отсутствие разницы в течение постпроцедурного периода в группах с монотерапией и применяющих крем с ретинолом. Безопасность применения изученной схемы наружных ретиноидов может послужить дальнейшим ориентиром для поиска оптимальных протоколов комплексного подхода в омоложении лица.

Клинический опыт сочетанного применения плацентарного препарата и ретиноевого пилинга при хроно- и фотостарении лица и шеи.

Закирова Г. Ш., Губанова Е.И., Гладько В.В., Староватова П.А., Вавилова А.А.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

В последние годы проблема хроно- и фотостарения кожи лица и шеи находится под пристальным вниманием дерматологов, косметологов, разработчиков инновационных технологий и средств омоложения. Поиск оптимальных комбинаций патогенетически обоснованных методов для устранения клинических проявлений старения кожи, выстраивание поэтапных программ, отличающихся глубиной и зональностью воздействия, является актуальным направлением в косметологии.

Современная косметология открывает большие возможности в направлении омоложения внешности и проведении превентивных мер на разных возрастных этапах. Появление на эстетическом рынке новых пептидных инъекционных препаратов, отбеливающих средств с ретинолом, активизируют научно-практический поиск успешных протоколов для оказания косметологической помощи женщинам.

Выбор комбинаций и последовательности косметологических методов коррекции, наряду с безопасностью должны быть эффективными, что немаловажно для принятия решения пациентом, инвестирующим в эстетичность своей внешности. Доказано, что ретиноевые пилинги, являясь дозированной и запрограммированной травмой кожи, обеспечивают регуляцию процессов дифференцировки, пролиферации и межклеточных взаимодействий. Проведение курса пилингов устраняет пигментацию, улучшает микрорельеф и тон кожи, активизирует обменные и регенераторные на тех уровнях, где было проведено воздействие. Учитывая ожидаемые симптомы эксфолиации, транзиторную сухость кожи, выбор первоочередности этого метода не вызывает сомнений.

Ретиноевые пилинги в сочетании с отбеливающими косметическими средствами широко используются в осенне-зимний период косметологами нашей страны. После устранения основных признаков фотоповреждения кожи лица и шеи следующим этапом рекомендуются инъекции гиалуроновой кислоты и/или мезотерапевтических комплексных препаратов.

Среди последних перспективных направлений коррекции инволюционных изменений кожи, считается применение стандартизированных экстрактов плаценты человека (ЭПЧ), которые содержат многочисленные ростовые факторы и другие биологически активные компоненты. Обращает на себя внимание тот факт, что экстракт плаценты человека входит в состав многих лекарственных препаратов и косметических средств. Однако рекомендовать к применению следует только сертифицированные лекарственные средства – стандартизированные экстракты плаценты с доказанной эффективностью и безопасностью применения. Наш двухлетний опыт мезотерапевтического применения плацентарного препарата в эстетической практике показал его безопасность и эффективность в комплексных протоколах и монотерапии коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи.

Дерматологами клиники «Валлекс Мед» и кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО МГУПП разработан и используется протокол комплексной поэтапной косметологической коррекции хроно – и фотостарения кожи лица и шеи.

Материалы и методы. С октября 2015 по январь 2016 гг. под клиническим наблюдением находились 20 пациентов в возрасте 40–65 лет (средний возраст 53 ± 7 лет), с признаками хроно-фотостарения лица и шеи. Курс косметологической коррекции, направленный на устранение пигментации, улучшение текстуры кожи включал два этапа. В первый этап (сентябрь–ноябрь) применялся ретиноевый пилинг. Пациенткам проводился курс из 3 пилингов с интервалом 3 недели. Во второй этап (ноябрь–январь) вводился в зону лица и шеи плацентарный препарат в количестве

2 мл, курсом 4 инъекции, с интервалом 6–8 дней. В пост- и межпроцедурный период пациентки применяли увлажняющие, восстанавливающие средства (Бепантен, фотопротекторы, крем и сыворотки с вит. Е, С), 2 раза в неделю отбеливающий крем с ретинолом.

Результаты. После проведенного курсового лечения отмечена положительная динамика клинико-функциональных показателей кожи, улучшение значений колорометрии (повышение показателя L) и кутометрии (увеличение показателя Cuto U) кожи лица. Все пациенты отметили, что кожа стала более светлой, гладкой, увлажненной, уменьшилась сухость кожи век и шеи. Многие подтвердили, что стали выглядеть моложе, свежее, тон кожи и пигментные пятна стали гораздо светлее, морщины вокруг глаз стали менее выраженными. Женщины высоко оценили результаты проведенных процедур, хотели бы продолжить лечение, направленное на улучшение текстуры кожи и коррекцию морщин.

Заключение. Перспективным подходом к коррекции возрастного изменения метаболизма кожи и пигментообразования является применение комбинации пептидных комплексов в сочетании с ретиноидами. Наш клинический опыт применения комплексного поэтапного подхода с использованием ретиноевого пилинга, препарата на основе экстракта плаценты, наружных средств с ретиноидами и антиоксидантами, показал высокий уровень compliance пациентов, достижение хороших результатов осветления и заметного уменьшения выраженности инволюционных изменений кожи лица и шеи.

Неактивированная тромбоцитарно-лейкоцитарная аутоплазма в лечении нерубцовых алопеций.

Егорова К.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Алопеция – это заболевание волосяных фолликулов, характеризующееся полным или частичным отсутствием волос, вызванное воздействием различных патологических факторов. В настоящее время различают рубцовые и нерубцовые алопеции. При нерубцовых алопециях (НА) отсутствует предшествующее поражение кожи и рубец в очаге поражения. Наиболее частые нозологические формы НА: очаговая, андрогенетическая и диффузная алопеции. В дерматологической практике, среди всех заболеваний волос, на долю нерубцовых алопеций приходится более 80%. Цель: разработать метод лечения нерубцовых алопеций неактивированной тромбоцитарно-лейкоцитарной аутоплазмой.

Материалы и методы. Исследование проводится на базе Клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, совместно с Центром коллективного пользования «Трансфузионная медицина» (ЦКП). В клинических условиях были проведены обследования и лечения 44 пациентов с нерубцовыми алопециями. Среди них 15 (34%) мужчин и 29 (65,9%) женщин

в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил $33,3 \pm 2,5$ года). 15 пациентов (34%) с диагнозом очаговая алопеция, 20 пациентов (45,45%) с диагнозом андрогенетическая алопеция и 9 пациентов (20,45%) с диагнозом диффузная телогеновая алопеция. Для получения препарата необходимое количество крови отбирали из локтевой вены в пробирки для коагулограммы с цитратом натрия 3,8% и подвергали двукратному центрифугированию. Благодаря двухэтапному центрифугированию кровь разделялась на бедную клетками плазму и богатую клетками плазму. Полученную тромбоцитарно-лейкоцитарную аутоплазму крови вводили внутривожно в волосистую часть головы в объёме 0,01 мл на 1 см² на глубину 2 мм, с интервалом 1 процедура каждые 1–4 недели. Курс лечения составил от 2 до 15 процедур.

Результаты: в результате проведенного лечения отмечалось прекращение выпадения волос на 1–5-й день после процедуры, увеличение плотности волос на 20% через месяц после начала лечения. По окончании лечения отмечалось улучшение структуры волос, уменьшение количества седых волос, интенсивный рост стержневых пигментированных волос, значительное повышение скорости роста волос, нормализация работы сальных желез, восстановление волос в очагах поражения. По окончании лечения было достигнуто клиническое выздоровление у 80%, значительное улучшение у 10%, улучшение у 10% пациентов. В результате проведенного исследования было получено решение о регистрации на изобретение № 2015111355.

Выводы. Таким образом, внутривожное введение неактивированной тромбоцитарно-лейкоцитарной аутоплазмы в качестве монотерапии является высокоэффективным методом лечения нерубцовых алопеций.

Стратегия диагностики при папилломавирусной инфекции рецидивирующего течения.

Исаева Д.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Иммунологическая резистентность и подавление функциональной активности различных звеньев иммунной системы макроорганизма специфичны для инфекционных заболеваний вирусной, в т.ч. папилломавирусной этиологии. Существует мнение, что манифестация болезни происходит в результате сложных взаимодействий макроорганизма и вируса на фоне функциональных изменений в иммунной системе организма. Одним из решающих мотиваторов возникновения и персистенции папилломавирусной инфекции (ПВИ) является неспособность иммунной системы распознавать вирус папилломы человека (ВПЧ) как чужеродный агент. Научные открытия последних лет сформировали новое направление в иммунологии – исследование системы интерферона. Открытые в качестве природных противовирусных факторов, в настоящее время интерфероны (ИФН) рассматриваются как одни из ключевых регуляторов не только защитных, но и многих

физиологических процессов протекающих в организме. Знание закономерностей функционирования системы ИФН помогает глубже понять патогенез многих заболеваний и определить методы коррекции дисфункции защитных систем. Сопоставляя клиническое состояние больного с показателями его ИФН статуса можно прогнозировать характер развития патологического процесса, показатели могут служить ориентиром при лечении и прогнозе заболевания.

Материалы и методы. При формировании группы для проведения исследования в выборку попали пациенты, обратившиеся в ЦВП МНПЦДК по поводу различных форм бородавок с рецидивирующим течением кожного процесса. Под нашим наблюдением находилось 114 пациентов обоего пола (56 мужчин и 58 женщин), в возрасте от 6 до 70 лет, страдающих папилломавирусной инфекцией кожи, рецидивирующего течения. Распределение по возрастным группам 0–17 лет – 29 человек, средняя возрастная группа 18–59 лет – 80 и пожилые 60–74 лет – 5 пациентов. Средний возраст больных составил 27,75 лет. Количество рецидивов составило от 1 до 10 и более. При этом рецидивы заболевания регистрировались в период от 1 мес. до 1 года после проведенного лечения. Давность заболевания колебалась от 4 мес. до 10 и более лет. Ранее все пациенты получали лечение в виде различных методов деструкции. Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено исследование иммунного и интерферонового статуса. При оценке интерферонового статуса больных с вирусными бородавками, преимущественно ладонно-подошвенной и генитальной локализации, наблюдалось заметное угнетение системы альфа-интерферона. В 39,47% случаев уровень индуцированного тест-вирусом α -ИФН не превышал 80 Ед/мл, в 50,88% случаев – на уровне 160 Ед/мл (при нормальном распределении он колеблется от 320 до 640 Ед/мл). Сывороточный интерферон у больных исследуемой группы был в пределах нормы и колебался от 0 до 8 Ед/мл, в пяти случаях составлял 16 Ед/мл. Способность лимфоцитов в периферической крови к продукции гамма-интерферона (γ -ИФН) у большинства больных находилась на сниженном уровне в пределах 8–16 Ед/мл, у 3 пациентов отмечалось значительное угнетение – до 4 Ед/мл. У большинства больных установлена недостаточность системы интерферона по продукции α -ИФН и γ -ИФН. Снижение уровня альфа- и гамма-ИФН наблюдалось при всех формах ПВИ. Отмечена корреляция угнетения α -ИФН с тяжестью распространения процесса, тогда как показатели γ -ИФН были одинаково снижены при всех степенях тяжести заболевания. Практическая значимость: доказанное в работе положение о доминирующем значении недостаточности интерфероногенеза позволяет предложить новый диагностический алгоритм при рецидивирующем течении ПВИ кожи, при количестве рецидивов от 1 и более. При этом определение показателей состояния Т- и В-лимфоцитов крови в подавляющем большинстве случаев малоинформативны в диагностическом плане. Основываясь на приведенных материалах, можно сделать вывод, что во многих случаях уровень реактивности системы ИФН связан особенностями течения заболевания. Прогнозирование исхода заболевания будет более надежным при исследовании ИФН статуса в динамике.

Вывод. Определение иммунного и интерферонового статуса должны стать обязательными элементами программы комплексного обследования у больных с рецидивирующим течением ПВИ кожи и слизистых, при наличии факторов риска и резистентности к деструктивному лечению. Состояние системы ИФН помогает определить стратегию иммуномодулирующих воздействий.

Совершенствование методики обследования пациента с хронической венозной недостаточностью с помощью комплексного использования неинвазивных методов диагностики.

Матвеев И.С., Елизарова М.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

В настоящее время актуальной проблемой является квалифицированная и комплексная неинвазивная диагностика нарушений кровообращения на ранних стадиях, что необходимо для своевременного, максимально безболезненного для пациента и экономически эффективного лечения.

Цель исследования. Дополнить методику стандартного комплексного обследования пациента с различными видами сосудистой недостаточности неинвазивными методами исследования: оптической когерентной томографией (ОКТ), аппаратной диагностикой определения функционального состояния кожи (показатели влажности, сальности, пигментации, эритемы, температуры, эластичности, трансэпидермальной потери воды в исследуемых участках (середина голени, середина тыла стопы) с целью выявления патологических изменений в микроциркуляторном русле кожи.

Материалы и методы. В ходе работы использовали визуализатор-томограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК» регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035-05 от 5 августа 2005 г. Мультифункциональный комбайн определения функционального состояния кожи «Multi skin test center МС750». Обследовано 20 человек в возрасте от 20 до 65 лет, мужчин и женщин с диагнозом минимальная венозная недостаточность и хроническая венозная недостаточность (ХВН) разной степени выраженности. Опрос пациента проводился согласно общепринятым протоколам обследования.

Результаты. Сосудистое русло кожи подвергается оценке с помощью ОКТ. Данные функционального исследования имеют вспомогательное значение для оценки наличия/отсутствия воспалительных изменений в исследуемом участке (показатели эритемы), степени выраженности вторичных изменений кожи, свидетельствующих о тяжести процесса (пигментация), ишемических изменений кожи и, как следствие, изменение деятельности железистого аппарата (влажность, сальность). У пациентов с минимальными проявлениями ХВН на ОКТ-изображениях были выявлены

признаки отека эпидермиса и дермы, что выражалось в нечеткости границ между оптическими слоями и сниженной контрастности изображения. Количество сосудов на каждом ОКТ-изображении не превышало трех-четырех. Показатели функционального состояния кожи мало отличались от нормальных. Соответственно, у пациентов в группе ХВН средней и тяжелой степени тяжести, в том числе при отсутствии видимых изменений на коже при ОКТ-исследовании количество и диаметр сосудов МЦР было выше, чем у предыдущей группы. Признаки отека выражены более четко. Показатели функционального состояния кожи в большинстве случаев отличались от нормы (уменьшение влажности и сальности, увеличение эритемы, пигментации, трансэпидермальной потери воды).

Выводы. Проведение комплексного обследования пациента с ХВН с использованием ОКТ и оценки показателей функционального состояния кожи позволяет расширить спектр получаемой информации о состоянии МЦР и наличии скрытых изменений со стороны железистого аппарата, что потенциально свидетельствует о ишемизации ткани и способно выявить минимальные признаки клинически не выявленных изменений.

Модель по профилактике инфекций, передаваемых половым путем среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в социальных учреждениях Свердловской области.

Николаева К.И.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Согласно приказу от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», работа врача-дерматовенеролога с детьми данной категории не предусмотрена, что значительно затрудняет работу по первичной и вторичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (далее ИППП). Разработанная модель организации медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, позволит осуществлять комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий по профилю «Дерматовенерология» детям данной категории.

Цель. Реализация структурно-функциональной модели по профилактике ИППП среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в социальных учреждениях Свердловской области.

Задачи: 1. Оценить уровень информированности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей по вопросам репродуктивного здоровья. 2. Оценить эффективность информационно-обучающих семинаров по вопросам профилактики ИППП. 3. Разработать и внедрить интернет-сайт по вопросам профилактики заразных кожных заболеваний и ИППП среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения

родителей в социальных учреждениях Свердловской области.

Материалы и методы исследования 1. Модель состоит из следующих разделов: этапы и методы работы (медицинское обследование, информирование по ИППП), категория детей, а также специалисты и другие лица (законные представители), вовлеченные в процесс. Медицинское обследование: работа врача-дерматовенеролога по выявлению острых и хронических дерматозов, ИППП, с последующим оказанием медицинской помощи. Информирование по профилактике ИППП: разработка информационно-обучающих семинаров психологом и врачом-дерматовенерологом. Консультирование врача-дерматовенеролога и психолога в учреждении пребывания ребенка. Консультирование врачом-дерматовенерологом и психологом по вопросам на сайте. 2. Интервьюирование детей детских социальных учреждений Свердловской области в возрасте 15–17 лет по вопросам профилактики ИППП, с помощью специально разработанной анкеты-опросника, адаптированной психологами и социологами. 3. Интервьюирование детей по оценке информационно-обучающих семинаров.

Результаты. В целях реализации модели было проведено исследование уровня информированности по вопросам ИППП и методах их профилактики среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей социального учреждения Свердловской области. Средний возраст составил $16,3 \pm 1,1$ (от 15 до 17 лет), из них – 69,0% девочек. Установлено, что сексуальные отношения имели 75,0% опрошенных. При этом ранний сексуальный дебют в возрасте 10–13 лет отметили 23,0% респондентов. Был установлен низкий уровень знаний детей по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, и методам их профилактики. Программа семинаров разработана на кафедре психологии и педагогики, совместно с сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. Занятия проводили тренинг-волонтеры, обладающие навыками коммуникативного общения с детьми данной социальной группы. После завершения цикла семинаров был проведен повторный мониторинг уровня знаний, который показал повышение уровня знаний детей, как по вопросам проявлений инфекций, так и по вопросам их профилактики. На потребность в более полной и подробной информации о проявлениях и методах профилактики ИППП указали 88,0% детей. Наиболее предпочтительными источниками информации 94,0% опрошенных считали интернет-ресурсы, а также семинары с врачами и психологами (88,0%). В связи с этим был создан интернет-портал, дальнейшими задачами при работе с которым является заполнение информацией, создание и модерация форума, организация консультирования детей врачом-дерматовенерологом и психологом, популяризация портала.

Обсуждение. Проведенное нами исследование показало, что необходимо расширение и активизация мер профилактики, в том числе в таких группах, как дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, так как данная категория детей подвержена более высокому риску заражения половыми инфекциями и отличается от прочего населения низким уровнем доступа к информации и профилактическим мероприятиям.

Лазеротерапия гипертрофических и келоидных рубцов.

Новиков К.А. Маркова Е.А.

ЗАО «Институт красоты на Арбате», Москва

Патологические рубцы, такие как келоидные и гипертрофические, характеризуются разрастанием патологической незрелой, соединительной ткани, диффузной гиперемией, причиной которой является избыточная пролиферация капилляров. Кроме этого, на их поверхности возможно формирование гиперпигментации, вызванное длительным воспалительным процессом, а так же методами лечения, направленными на устранение рубцовой ткани, такими как Букки-терапия, лечение аблятивным лазерным излучением. Наличие келоидов, в ряде случаев, сопровождается выраженными субъективными ощущениями – зудом, чувством стягивания и болезненностью. Поэтому совершенствование методов терапии рубцовых изменений кожи, а также последствий, возникающих в ответ на агрессивные методики их коррекции, является актуальной задачей.

Лазеротерапия рубцовых изменений кожи импульсным лазером на красителях (PDL) впервые была описана Алстером Т.С. в 1993 году. PDL имеет высокую степень абсорбции гемоглобином и используется для устранения гиперпролиферации капилляров, редукции избыточной рубцовой ткани. Однако ограничение монотерапией – облучением PDL – не всегда позволяет достигать выраженных результатов коррекции и приходится прибегать к местному введению стероидных гормонов в рубец.

Неодимовый лазер (Nd:уаg 1064нм) обладает всеми преимуществами импульсного лазера на красителях, но проникает значительно глубже в биологическую ткань, что позволяет предположить его высокую эффективность в лечении рубцовых изменений кожи.

Воздействие на биологическую ткань:

- противовоспалительный эффект,
- восстановление баланса пролиферативно-регенеративных процессов,
- нормализация микроциркуляции,
- модуляция местного иммунитета,
- коагуляция расширенных капилляров,
- разрушение меланина.

Кроме этого, не требует длительного периода реабилитации, не формируются гиперпигментация и застойная гиперемия. Благодаря тому, что данное лазерное излучение проникает глубже в рубцовую ткань, по сравнению с неаблятивными лазерами, имеющими более короткую длину волны, его применение позволяет прорабатывать рубец на большую глубину и сократить количество процедур.

Цель исследования: показать возможности применения Nd:уаg 1064нм для лечения гипертрофических и келоидных рубцов. Под нашим наблюдением находились 16 пациентов от 14 до 46 лет (мужчин – 4, женщин – 12) с патологическими рубцами, лечение которых проводилось Nd:уаg-лазером 1064нм. Рубцы были представлены опухолевидными образованиями с гипер-нормо-гипотрофическими компонентами размером от 1,5 см² до 21 см². Объективно

отмечалась гиперпигментация, застойная эритема. Больные, имеющие келоиды, предъявляли жалобы на выраженный зуд, гиперестезию, болезненность, ощущение стянутости кожи. Пациенты были распределены на группы:

- 1) гипертрофические рубцы, без предшествующего лечения – 4;
- 2) келоидные рубцы, без предшествующего лечения – 3;
- 3) келоидные рубцы, после Букки-терапии – 7;
- 4) гипертрофические рубцы, ранее подвергшиеся лечению аблятивным лазерным излучением – 2.

Всем пациентам проводилось двукратное УЗИ кожи, позволяющее проводить дифференциальную диагностику между гипертрофическими и келоидными рубцами, а также оценивать плотность рубцовой ткани до и после лечения. Лечение на лазерном аппарате «Cutera Xeo». Параметры: мощность 13 дж, длительность импульса 0,3 мс, частота 10 Гц. Обработка каждого участка рубцовой ткани была с периодичностью в 2–3 недели. Количество процедур: 10–17. После лечения объективно отмечалось уменьшение объема и плотности рубцовой ткани, застойной гиперемии, интенсивности или полное исчезновение гиперпигментации. Субъективно: уменьшение зуда, чувства стянутости, болезненности и других дискомфортных ощущений. УЗИ кожи после лечения показало снижение плотности пролеченного рубца на 44% и уменьшение размера зон гипоксигенности на 35%.

Значительное улучшение – 6 человек, улучшение – 8, незначительное улучшение – 2 человек. Предварительные результаты позволяют предположить эффективность применения неодимового лазера в терапии патологических рубцов. Дополнительными преимуществами являются малотравматичность метода, безболезненность, возможность лечения различных возрастных групп и минимальный реабилитационный период.

Особенности течения атопического дерматита в зависимости от уровня витамина D в сыворотке крови.

Пестова В.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В последнее десятилетие в экспериментальных и клинических публикациях зарубежных авторов было выявлено влияние витамина D на работу многих органов и систем. Современные данные свидетельствуют, что более одного миллиарда людей земного шара страдают от дефицита витамина D. На сегодняшний день уже доказано, что витамин D, в достаточной своей концентрации, способен укреплять антибактериальные свойства врожденного кожного барьера, восстанавливать эпидермальный барьер, а обладая иммунорегуляторными свойствами, уменьшать воспаление и укреплять толерантность к различным аллергенам и микроорганизмам. Учитывая многогранные способности витамина D, можно предположить, что его статус является важным фактором, который путем регуляции специфической и неспецифической иммунной системы, может эффективно снижать интенсивность течения АД.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей клинического течения АД на фоне недостаточного содержания витамина D в сыворотке крови. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 122 пациента с АД, средний возраст которых составил $25,12 \pm 3,67$ лет. Исходный уровень кальцидиола (25(OH)D) в сыворотке крови у 93 пациентов был < 30 нг/мл, что послужило основанием для разделения всех исследуемых лиц на 2 группы: А (n=93) группу составили пациенты с уровнем 25(OH)D < 30 нг/мл (76,23%), В (n=29) – с адекватным его содержанием (23,77%). Тяжесть течения АД оценивалась на основании данных дерматологического осмотра с определением индекса SCORAD и ПРУРИНДЕКСА. Степень колонизации золотистым стафилококком (*S.aureus*) определялась полуколичественным методом (количество колониеобразующих единиц на чашку Петри) в следующей интерпритации: 0 – нет роста, I степень – 20–30 колоний, II степень – 30–50 колоний, III степень – 50–100 колоний, IV степень – более 100 колоний на чашку Петри.

Результаты исследования. Сравнительная оценка преобладания клинических форм АД показала, что в группе с недостатком кальцидиола в сыворотке крови в подавляющем большинстве случаев регистрировалась лихеноидная форма заболевания (82,80%) со среднетяжелой степенью течения дерматоза (66,67%). В группе с адекватным уровнем витамина чаще фиксировалась эритематозно-сквамозная (72,41%) форма с легким и среднетяжелым течением соответственно (55,17% и 37,93%). В ходе исследования было определено достоверное отличие средних значений индекса SCORAD / ПРУРИНДЕКСА в группах А и В соответственно $36,56 \pm 3,04 / 21,34 \pm 1,19$ и $4,68 \pm 0,17 / 3,15 \pm 0,09$ ($p \leq 0,05$), что характеризовало более тяжелое течение дерматоза в группе с недостатком 25(OH)D. Анализ степени колонизации кожи *S.aureus* показал ее прямую зависимость от уровня 25(OH)D: у пациентов с недостатком витамина преимущественно регистрировалась II, III и IV степень колонизации соответственно в 45,16%, 17,20% и 10,75%. У больных группы В в 55,17% преобладала I степень колонизации.

Вывод. Снижение концентрации 25(OH)D ниже 30 нг/мл в сыворотке крови больных атопическим дерматитом обуславливает более тяжелое течение данного дерматоза с высокой степенью колонизации кожи *S.aureus*.

Оптимизация диагностики и лечения воспалительных заболеваний нижних отделов уrogenитального тракта, ассоциированных с *Mycoplasma Genitalium* у женщин репродуктивного возраста и их половых партнеров.

Петрова И.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Частота выявления *M. genitalium*, обуславливающей развитие негонококкового уретрита, сальпингита, цервицита, трубного бесплодия, острого эндометрита, по данным зарубежных

исследований – 47,5% случаев, по отечественным – варьирует от 3 до 27%.

Цель. Оптимизация диагностики и лечения воспалительных заболеваний нижних отделов уrogenитального тракта, ассоциированных с *Mycoplasma genitalium* с учетом условно-патогенной микрофлоры у женщин и их половых партнеров.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась 51 женщина (средний возраст $27,5 \pm 7,5$ лет) с диагнозом уретрит и/или вагинит и/или цервицит и их половые партнеры (средний возраст $30,5 \pm 7,5$ лет). Жалобы на выделения из половых путей, зуд и/или жжение в области вульвы и/или диспареунию отмечали 28 (54,9%) пациенток. Мужчин беспокоили зуд, дискомфорт при мочеиспускании в 47,92% случаев. Всем пациентам проводилось микроскопическое, культуральное, молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР с количественной и качественной оценкой отделяемого из разных локусов УГТ. При микроскопии мазка лейкоцитоз во влагалище регистрировался у 25 женщин (49,01%), в цервикальном канале – у 46 женщин (90,20%), в уретре – у 10 женщин (19,61%), у 42 (82,35%) половых партнеров. При исследовании методом ПЦР с качественной и количественной оценкой *M. genitalium* обнаруживалась у 33 (64,71%) женщин, при этом у 7 (21,21%) их половых партнеров результаты были негативными, а у 15 (29,41%) женщин с отрицательными результатами – у половых партнеров выявлялась *M. genitalium*. Все исследуемые были разделены на 3 группы. В группу I вошло 16 женщин с воспалительными заболеваниями нижних отделов УГТ, ассоциированными с *M. genitalium* и аэробными микроорганизмами в диагностически значимом титре, получавших терапию препаратом джозамицин 500 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней в комплексе с амоксициллином/клавулановой кислотой 875/125 мг по 1 таблетке 2 раза в день 7 дней. Группа II – 20 женщин с воспалительными заболеваниями нижних отделов УГТ, ассоциированными с *M. genitalium* и анаэробными микроорганизмами, получавших джозамицин в той же дозировке 10 дней в комплексе с препаратом нифурател 200 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней. Группу сравнения составили 15 женщин с инфекционно-воспалительным процессом, обусловленным *M.genitalium* и аэробно-анаэробной биотой, получавших только джозамицин по стандартной схеме. Половые партнеры лечились теми же методами.

Результаты. На фоне проводимой терапии в группах наблюдения полный регресс жалоб отмечался на 2 ± 1 день лечения, в группе сравнения – на 3 ± 1 день. Через 3 недели при контрольном обследовании *M.genitalium* из разных локусов УГТ не обнаруживалась во всех половых парах (100,0%). По данным культурального и молекулярно-генетического исследований условно-патогенная микрофлора определялась у только 2 женщин (4,16%) групп наблюдения, у 6 (40,0%) – группы сравнения. Лейкоцитарная реакция во влагалище сохранялась у 2 (7,69%) женщин из групп наблюдения и у 5 (33,33%) – в группе сравнения; в цервикальном канале – у 2 пациенток в группе наблюдения и у 5 – в группе сравнения; в уретре количество лейкоцитов соответствовало норме у всех исследуемых. Эффективность лечения в группах наблюдения составило 94,4%.

Выводы. 1. При наличии лейкоцитарной реакции в цервикальном канале и уретре необходимо исследование на *M.genitalium* высокочувствительными методами, в частности ПЦР в реальном времени. 2. Назначение комбинированной антибактериальной терапии с учетом состава условно-патогенной микрофлоры у женщин и их половых партнеров повышает эффективность лечения с воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта.

Фототехнологии в комбинированной терапии актинического кератоза.

Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е.А., Варданян К.Л.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Европейский медицинский центр, Москва

Резюме. Представлены результаты применения фотодинамической терапии с использованием импульсного источника света (IPL) и топического фотосенсибилизатора метиламинолевулиновой кислоты (МАЛК) с предварительным хирургическим иссечением при лечении пациентов с различными формами актинического кератоза.

Введение. Актинический кератоз (АК) является предраковым заболеванием кожи с наиболее частой локализацией очагов на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, кожа волосистой части головы, тыл кистей). АК развивается в результате агрессивного действия ультрафиолетового излучения на кератиноциты. Очаги АК характеризуются потенциальной вероятностью трансформации в плоскоклеточный рак кожи с последующим местно-деструктивным ростом и метастазированием. Для фотодинамической терапии (ФДТ) характерно селективное поражение патологически измененных клеток в ходе фотохимических реакций с образованием токсичных форм кислорода. В дерматологии предпочтительно использование топических фотосенсибилизаторов (ФС), в частности МАЛК, для которого характерна большая липофильность по сравнению с другими топическими ФС, за счет чего наблюдается более глубокое проникновение в кожу. Для активации МАЛК рекомендовано использование IPL-лазера с длиной волны, соответствующей максимальному уровню ее поглощения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 40 пациентов: 29 мужчин (72,5%) и 11 женщин (27,5%) в возрасте от 52 до 78 лет, с гистологически подтвержденным диагнозом «актинический кератоз». У 25 пациентов (62,5%) наблюдалась эритематозная форма АК, у 10 пациентов (25,0%) – гипертрофическая форма АК, у 5 пациентов (12,5%) были диагностированы другие формы заболевания. Всем пациентам была однократно проведена процедура IPL-ФДТ с МАЛК с предварительным хирургическим иссечением очагов АК. Экспозиция МАЛК под окклюзионной повязкой составила 3 часа. В качестве источника света использовался импульсный источник света IPL-лазер с длиной волны 630 нм, доза световой нагрузки – 37 Дж/см². Время экспозиции света 8 минут.

Результаты. Через 3 месяца после проведенного лечения у всех 40 пациентов (100%) отмечался полный регресс очагов АК.

Выводы. Таким образом, IPL-фотодинамическая терапия с метиламинолевулиновой кислотой и предварительным хирургическим иссечением может быть успешно использована при лечении пациентов с различными формами актинического кератоза.

Совершенствование методики обследования трихологического больного с использованием неинвазивных методов высокоспециализированной диагностики состояния кожи волосистой части головы.

Симанкина Ж.Д., Петрова К.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

В настоящее время актуальной проблемой является квалифицированная и комплексная неинвазивная диагностика состояний, сопровождающихся потерей волос. Активно дискутируется вопрос перспективности терапии у пациентов с различными вариантами алопеции. В комплексном обследовании пациентов с алопецией используются в основном такие неинвазивные методики, как трихоскопия и дерматоскопия. Для выяснения вопроса о наличии рубцовых, атрофических, а также слабо выраженных воспалительных изменений в очаге и принятия решения о целесообразности дальнейшего лечения, необходимо проводить биопсийное исследование, которое является трудновыполнимой манипуляцией. Кроме того, пациенты с алопецией, как правило, имеют лабильное эмоциональное состояние, и неизбежное образование дефекта кожи в результате исследования может нанести дополнительную психологическую травму.

Цель. Дополнить методику стандартного комплексного обследования трихологического пациента, комплексом неинвазивных методов обследования: оптической когерентной томографией (ОКТ), аппаратной диагностикой определения функционального состояния кожи (показатели влажности, сальности, пигментации, эритемы, температуры, эластичности, трансэпидермальной потери воды) в исследуемых участках с целью исключения воспалительных, атрофических и рубцовых изменений кожи волосистой части головы.

Материалы и методы. В работе использовали визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК». Регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035-05 от 05 августа 2005 года, трихоскопическую систему «Scin and hair diagnostic system Aramo-SG», мультифункциональный комбайн для определения функционального состояния кожи «Multi skin test center MC750». Обследовано 18 пациентов с различными формами алопеции. Опрос пациента проводился согласно общепринятым протоколам обследования.

Результаты. У пациентов с длительно существующим очагом алопеции, в течение длительного времени получавших терапию наружными кортикостероидами, по совокупности данных, полученных в результате предлагаемого комплексного обследования, в 25% случаев были выявлены рубцовые изменения, что определило дальнейшую тактику ведения данных пациентов. У 32% пациентов, с подозрением на наличие воспалительной реакции кожи волосистой части головы, воспалительные изменения не были выявлены, что указывало на реактивный характер алопеции и способствовало коррекции дальнейшей терапии. У 57% пациентов были выявлены признаки воспаления и повышенного салообразования. Что определило комбинированный характер поражения волосистой части кожи головы (себорейный дерматит) и позволило так же назначить адекватную терапию. У 7% обследуемых не было выявлено отклонений от нормальных показателей, что свидетельствовало в пользу диагноза трихотилломания.

Вывод. Предлагаемая комплексная методика, включающая ОКТ-исследование, определение функционального состояния кожи в сочетании с традиционными методами обследования позволяет значительно расширить спектр получаемой информации и выбрать адекватную тактику ведения трихологического пациента.

Комплексный подход омоложения рук с использованием инъекций стабилизированной гиалуроновой кислоты и отбеливающего крема.

Староватова П.А., Губанова Е.И.

Московский государственный университет пищевых производств, Институт усовершенствования врачей, Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

Дряблость, истончение кожи, морщинистость и пигментация являются основными возрастными изменениями при старении кожи рук. Одним из современных подходов к омоложению кожи является терапия инъекций стабилизированной гиалуроновой кислоты (стГК) в комбинации с наружными отбеливающими средствами.

Цели исследования заключались в оценке эффективности инъекций стГК неживотного происхождения и отбеливающего крема для омоложения рук; а также оценки влияния на биомеханические и цветовые параметры кожа тыла кистей. Материалы и методы. 30 женщин 42–65 лет (средний возраст 52,5 лет) были включены в двойное слепое рандомизированное клиническое исследование. Пациенты соответствовали критериям включения и исключения, имели признаки фотостарения. В ходе исследования были получены три процедуры с частотой раз в месяц в мультипунктурной технике 1,0 мл стГК (концентрация 20 мг/мл) на одну руку (НА Hand) и 1,0 мл физиологического раствора (0,9% NaCl) на другую руку (рука Saline). Пациенты использовали отбеливающий крем, содержащий стГК (гиалуронат натрия кроссполимер-2) и комплекса хромобрайта ингибитора тирозиназа для обеих рук два раза в день. Независимый

эксперт оценивал клиническую разницу между НА рукой и Saline рукой. Инструментальная оценка гидратации кожи рук (корнеометрия), эластичность (кутометрия), цвет (хромаметрия) проводили до инъекций на день (D) 01, месяц (M) 01, M02, M03 после первой процедуры. Переносимость процедуры оценивали врач и пациент, используя 10-балльную шкалу для определения выраженности боли, отека, эритемы, синяков (степень 0–3 – признак незначительно выражен, степень 4–7 – признак умеренно выражен, степень 8–10 – признак выражен). Эффективность 3 сеансов инъекций с применением стабилизированной ГК и ежедневного использования отбеливающего крема оценивали врач и пациент, используя 5-балльную шкалу GAIS (GAIS: 3 – очень сильное улучшение, 2 – значительное улучшение, 1 – умеренное улучшение, 0 – без изменений, 1 – хуже, чем до процедуры) на M01-M03. Пациенты заполняли анкету удовлетворенности.

Результаты. Состояние кожи обеих рук были сопоставимы на D01, когда проходила клиническая и инструментальная оценка. Три процедуры инъекций стГК в сочетании с отбеливающим кремом значительно улучшили качество кожи. К M03, кожа руки НА была более упругой и увлажненной ($p < 0,05$), чем руки Saline. Оценка по шкале GAIS для руки НА (пациент: 3 балла – 77%, 2 балла – 20%, 1 балл – 3%; врач: 3 балла – 57%, 2 балла – 40%, 1 балл – 3%) были значительно лучше, чем для руки Saline (пациент: 3 балла – 7%, 2 балла – 33%, 1 балл – 57%, 0 баллов – 3%; врач: 2 балла – 7%, 1 балл – 80%, 0 баллов – 13%). Применение отбеливающего крема осветляет кожу тыла кисти, пигментные пятна по сравнению с необработанной кожей в контрольной зоне.

Серьезных нежелательных явлений (НЯ) зарегистрировано не было. Наиболее распространенные НЯ (петехии, синяки, отеки, эритема) были связаны с перфорацией кожи иглой, и самостоятельно разрешались в течение 1–3 дней. Умеренная боль, припухлость, покраснение, кровоподтеки были отмечены на руке НА после первой процедуры. Нет существенной разницы во время проведения процедур между рукой НА и рукой Saline.

Анкетирование пациентов подтвердило удовлетворенность состоянием кожи на руке, где были проведены инъекции стГК; по их оценке кожа стала выглядеть моложе, менее морщинистой, более увлажненной, вены и сухожилия стали менее заметны по сравнению с рукой Saline.

Выводы. Комбинированное применение инъекций стабилизированной ГК и отбеливающего крема является эффективным и безопасным методом коррекции возрастных изменений кожи рук с признаками фотостарения.

Синдром SAPHO – представление клинического случая.

Степанова А.А., Хлыстова Е.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Синдром SAPHO (аббревиатура от Synovitis, Acne, Pustuloses, Hyperostosis, Osteitis) – редкое заболевание из

группы серонегативных спондилоартритов, представляет собой сочетанное поражение костно-суставного аппарата (преимущественно гиперостоз грудинно-ключичного сочленения) и кожи (акнеформные процессы, ладонно-подошвенный пустулез и другие формы псориаза). Патогенез синдрома SAPHO многофакторный и включает в себя сочетание генетических, инфекционных, иммунологических компонентов. С синдромом SAPHO могут столкнуться в своей практике врачи разных специальностей, так как клинические и инструментально-лабораторные признаки данной патологии могут широко варьировать. Костно-суставные проявления включают: остиит, гиперостоз, синовит, артропатии и энтезопатии, проявляющиеся болезненностью, ограничением подвижности суставов, отеком мягких тканей. Наиболее часто поражаются грудино-реберные и грудино-ключичные суставы, крестцово-подвздошные, бедренные и коленные суставы, а также лодыжки. Типичные поражения кожи у пациентов с синдромом SAPHO включают ладонно-подошвенный пустулез и тяжелые формы акне, такие как конглобатные и фульминантные акне, гнойный гидраденит. Трудность диагностики данного синдрома заключается не только в своеобразии клинических признаков, но и в отсутствии четких диагностических критериев. Наиболее часто используются критерии, предложенные Kahn и Benhamou, включающие сочетанные поражения костно-суставных изменений с пустулезом ладоней и подошв, вульгарным псориазом, акне, изолированный стерильный гиперостоз/остеит (взрослые), хронический рецидивирующий мультифокальный остеомиелит (дети) и костно-суставные поражения в сочетании с хроническими заболеваниями кишечника (Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит). При этом инфекционный остиит и опухолевые процессы исключают наличие данного синдрома. На рентгенограмме могут визуализироваться разрастания костной ткани, склероз и остеолизис, периостальная реакция, гиперостоз, остеомиелит или новые энтезопатические костные образования. Для выявления субклинических форм синдрома SAPHO сцинтиграфия или МРТ являются методами выбора. Лабораторные показатели могут оставаться нормальными или отражать повышение уровня воспалительных маркеров, таких как СОЭ, СРБ и уровня компонентов комплимента С3 и С4, умеренный лейкоцитоз, анемия и повышение уровня иммуноглобулина А. Гистологические изменения, обнаруживаемые при исследовании биоптатов очагов поражения, также не обладают строгой специфичностью. В лечении данной патологии на данный момент нестероидные противовоспалительные средства рассматриваются как препараты первой линии. Антимикробная терапия особенно эффективна у пациентов с выявлением *P. Acnes*. В качестве этиопатологического лечения применяются колхицин, кортикостероиды, бисфосфонаты и болезнь-модифицирующие агенты, такие как метотрексат, сульфасалазин, и анти-ФНО-альфа терапия. В качестве примера, представляется клинический случай синдрома SAPHO, выявленного в МПНПЦДИК ДЗМ. Пациент Н., 15 лет, обратился с жалобами на высыпания на коже лица, спины и верхних конечностей, сопровождающиеся незначительной болезненностью в области грудины и отечностью

суставов кистей. Также пациент отмечал жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, миалгии на фоне субфебрилитета. Лабораторно было выявлено повышение СОЭ до 20. Объективно кожный процесс представлен множественными узлово-кистозными по типу «конглобатного акне». Пациенту была назначена системная антибактериальная терапия препаратом доксициклин. Благодаря тесному сотрудничеству нашего центра с Научно-исследовательским институтом ревматологии имени В. А. Насоновой, пациент был направлен к врачу-ревматологу для дополнительного обследования и определения дальнейшей, совместной тактики ведения пациента, где при проведении рентгенограммы, были выявлены гиперостоз грудины и полиартрит пястно-фаланговых суставов и был подтвержден диагноз синдрома SAPHO. Пациенту рекомендована системная терапия препаратом Инфликсимаб, эффективность которого была показана в исследованиях европейских ученых, в частности M. Widmer.

Данный клинический случай демонстрирует необходимость осведомленности специалистов в редких, сочетанных с ревматологической патологией дерматозов, ранняя диагностика которых, а также правильная маршрутизация пациентов позволит избежать диагностических ошибок, неправильной тактики лечения, и, как следствие, риска инвалидизации больных с потерей функции опорно-двигательного аппарата.

Участие растворимых белков в защите не пигментированных волос от ультрафиолетового излучения.

Федоркова М.В.

Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины, Москва

Введение Облучение волос человека ультрафиолетовым (УФ) светом приводит к увеличению количества белков, вымываемых из стрежня волоса в водной среде (ВБ, вымываемый белок), к росту содержания тиолов в растворимых белках (РБ) стрежня волоса с одновременным снижением флуоресценции триптофана в этих белках. Поскольку меланин защищает волосы как перехватчик фотонов и антиоксидант, можно предположить, что не пигментированные волосы (в том числе, седые) сильнее страдают от действия УФ-света и изменение перечисленных показателей в таких волосах под действием УФ-света происходит в большей степени.

Целью исследования было сравнение растворимых белков пигментированных и не пигментированных волос человека, подвергшихся воздействию УФ-света, а также белков шерсти животных.

Материалы и методы. Образцы черной и белой шерсти животных (n=6), а также пигментированных и не пигментированных волос человека (n=6) облучали УФ-светом (254 нм, 25 мкВт/см²) и оценивали в облученных и необлученных волосах методами спектрофотометрии количество вымываемого белка (ВБ, мкг/г), растворимого

белка (РБ, мкг/мг), содержание тиолов в РБ (мкг/г), флуоресценцию триптофана РБ (ЕД/мг).

Результаты. Количество ВБ во всех образцах возрастало под действием УФ-света в 2 раза и не зависело от пигментации. Содержание тиолов в РБ непигментированных образцов до облучения было достоверно выше по сравнению с пигментированными образцами. Под действием УФ-света количество тиолов увеличивалось, но эффект был слабее всего выражен в белой шерсти животных. Флуоресценция триптофана под действием УФ-света сильнее снижалась в непигментированных волосах. Сравнение пигментированных и непигментированных образцов после воздействия УФ-света показало, что различия между ними выражены в меньшей степени, чем до облучения.

Обсуждение. Растворимые белки волос могут защищать волос от воздействия УФ-света в отсутствие меланина. Возможно, в отсутствие меланина существуют механизмы защиты структурных белков волоса.

Ключевые коморбидности псориаза и их прогностическое значение.

Хлыстова Е.А., Кислицина А.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В данном эпидемиологическом исследовании проанализирована структура коморбидной патологии у больных псориазом и псориатическим артритом, выявлена взаимосвязь между тяжестью кожного и суставного процессов и выраженностью метаболических нарушений у больных данной группы.

Цель исследования: оценить структуру коморбидных патологий у пациентов с псориазом путем ретроспективного анализа карт стационарных больных отделения антицитокиновой терапии и биологических методов лечения МНПЦДК ДЗМ с целью определения тактики ведения пациентов, страдающих псориазом, с учетом коморбидных патологий.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру коморбидной патологии у больных с псориазом;
2. Определить зависимость частоты встречаемости коморбидных патологий у групп больных псориазом с наличием ПСА и без ПСА;
3. Выявить наличие метаболического синдрома (МС) у пациентов с ожирением путем выявления стандартных диагностических критериев МС.
4. Проследить связь между степенью ожирения и степенью тяжести псориатического процесса гладкой кожи.

Материалы и методы: стационарные карты 127 больных с диагнозом «Псориаз», любого пола от 18 до 78 лет с длительностью заболевания от 1 года до 25 лет, среди которых 81 человек (63,8%) составили мужчины, 46 человек (36,2%) – женщины. В работе была исследована структура коморбидных патологий при псориазе, а именно частота встречаемости кардиоваскулярных, эндокринных заболеваний, ожирения, метаболического

синдрома и псориатического артрита путем расчета процентных соотношений в данной выборке больных. Проанализирована зависимость тяжести течения псориаза гладкой кожи от наличия у больных ожирения с помощью расчета среднего значения индекса PASI в каждой группе больных, распределенных по степени ожирения (предожирение, I, II, III степень).

Результаты и выводы: 1. Весомую долю составляет коморбидность псориаза с псориатическим артритом (19% – 69 больных) при значимой частоте метаболического синдрома, кардиоваскулярных и эндокринных патологий у таких больных. Метаболический синдром наблюдается у 84 больных нашей выборки, что составляет 23% от общей структуры. У пациентов с кардиоваскулярной патологией наиболее часто встречается ГБ в 10% случаев (36 больных). Диагноз артериальной гипертензии выставлялся у 19 больных (5%), а ИБС – 13 (4%). При этом стоит отметить, что наличие дислипидемии является важным маркером развития атеросклероза и последующих сердечно-сосудистых событий. В нашей выборке, по данным биохимического анализа крови у 74% больных (94 человека) выявляется дислипидемия, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Эндокринные заболевания составили 8% от всей группы коморбидных патологий. Среди них СД 2 типа – 5% (18 человек), заболевания щитовидной железы – 3% (11 человек) (диффузный токсический зоб, многоузловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, вторичный гиперпаратиреоз).

2. Определив структуру коморбидных патологий у больных псориазом, пациенты были разделены на группы с ПСА и без ПСА с последующей оценкой встречаемости коморбидных патологий у больных в рамках этих двух групп. Необходимо отметить, что в группе больных с ПСА значительно реже отмечаются случаи отсутствия коморбидной патологии (12% – 15 человек), чем в группе с поражением лишь кожи (5% – 8 человек). В отношении метаболических нарушений кардиоваскулярных и эндокринных патологий не выявлено значительной разницы величин в группах с наличием ПСА и без.

3. Проанализировав данные лабораторных показателей, выявлено, что у 84 человек наблюдаются отклонения от нормы, а именно повышения уровня глюкозы натощак (у 17% больных), изменения липидного профиля (в равной степени зафиксировано повышение ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов), повышение АД наблюдалось у 43 человек. Ожирение разной степени тяжести является обязательным критерием постановки диагноза МС. Наличие еще как минимум двух дополнительных критериев позволило нам выявить МС у 84 человек из 127 в нашей выборке.

4. У 94 пациентов из 127 человек всей выборки по расчетам ИМТ выявлено ожирение разной степени тяжести. В результате было выявлено, что у пациентов с предожирением (ИМТ 25,0 – 29,9) средняя величина PASI составила 8,72, у больных с ожирением I степени (ИМТ от 30,0 до 34,9) – 9,28, с ожирением II степени (ИМТ 35,0 – 39,9) – 10,46 и с ожирением III степени (ИМТ 40,0 и более) – 15,50. Эти данные демонстрируют отягощающее влияние ожирения на тяжесть псориатического процесса.

Клинический случай сочетания токсидермии и гранулематозного воспаления в коже в практике врача-косметолога.

Юцковская Я.А., Суханова А.С.

ООО «Клиника профессора Юцковской», Москва

Одной из самых широко распространенных инвазивных эстетических процедур является мезотерапия. Процент осложнений после проведения данной манипуляции, по сравнению с другими косметологическими методами, крайне мал. Однако следует учесть то, что характер известных осложнений весьма серьезный. В данном докладе описывается клинический случай сочетания токсидермии и гранулематозного воспаления в коже при введении мезопрепарата на масляной основе, предназначенного для аппаратной мезотерапии, но был введен доктором техникой «наппаж».

Цель. Показать на основании данного клинического случая методы введения патологического процесса, в особенности применения PRP-терапии как одного из вспомогательных методов лечения гранулематозного воспаления.

Материалы и методы. Пациентка Щ., 42 лет в марте 2015 года обратилась в ООО «Клиника профессора Юцковской» по направлению от доктора клиники «Дольче Вита» с жалобами на высыпания на коже лица и туловища, сопровождающиеся зудом, отеком и повышением температуры тела до 38°C. После сбора анамнеза и объективного исследования пациентке был выставлен диагноз «Токсидермия, обусловленная мезотерапевтическим препаратом». Было назначено системное и местное лечение в виде инъекций обогащенной тромбоцитами плазмы в область лица 1 раз в 10–14 дней.

Результаты. На 3-й месяц лечения патологический процесс находился в стадии разрешения, на лице сохранялись единичные папулы и поствоспалительная гиперпигментация. Туловище, верхние и нижние конечности были чистыми от высыпаний. На данный момент производится динамическое наблюдение за пациенткой.

Выводы. По результатам проведенного лечения можно сделать выводы о перспективности метода PRP-терапии в лечении гранулематозного воспаления.

Новые возможности стимуляции коллагеногенеза при применении препарата Radiesse в мезотехнике.

Юцковская Я.А., Суханова А.С.

ООО «Клиника профессора Юцковской», Москва

В настоящее время эстетическая медицина располагает целым рядом процедур, направленных на коррекцию возрастных изменений. Коллагеногенез является ключевым моментом в лечении стареющей кожи, его запуск приводит к активации фибробластов и выработке новых коллагеновых и улучшению качества эластиновых волокон, являющихся основой экстрацеллюлярного матрикса кожи.

Цель. На основании недавно проведенного исследования на базе ООО «Клиника профессора Юцковской» показать и оценить влияние различных разведений препарата Radiesse на стимуляцию коллагеногенеза через 3 месяца после инъекций.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 15 человек (из них 6 волонтерам вводился Radiesse в разведении 1:2, 7 волонтерам – 1:8). Гидроксиапатит кальция (Radiesse) вводился субдермально в область лица для оценки клинического эффекта и в кожу заушной области для патогистохимического исследования. Панч-биопсия делалась до и через 3 месяца после инъекций препарата. Оценивались такие показатели, как коллагены I/III типов, эластин, экспрессия белка Ki 67.

Результаты. Через 3 месяца после инъекций препарата Radiesse в концентрациях 1:2 и 1:8 происходит реструктуризация экстрацеллюлярного матрикса за счет накопления коллагена III типа, улучшения качества волокон эластина и более линейного его расположения в коже, а также наблюдалась ядерная экспрессия маркера пролиферации в некоторых слоях эпидермиса и в фибробластах дермы. Полученные результаты сравнивались с группой контроля.

Выводы. Процессы стимулирования коллагеногенеза сопровождались прогнозируемой воспалительной реакцией, без эффекта мукоидного отека, с активацией процессов ангиогенеза. В результате наблюдалось благоприятное ремоделирование экстрацеллюлярного матрикса за счет синтеза основных белков дермы и неоваскуляризации. На патогистохимическом материале зафиксировано утолщение дермы более чем в 10 раз. Таким образом, методика мезотерапии формой золя гидроксиапатита кальция (Radiesse) показала себя как эффективная и безопасная процедура в лечении преждевременных и естественных возрастных изменений кожи.

Содержание

Сборник тезисов

Применение иммунного блоттинга в диагностике цитомегаловирусной инфекции. Авдонина А.С.	49
Выбор режимов фракционного лазерного воздействия для коррекции рельефа кожи. Аджиева З.А.	49
Выявление Ki-67-позитивных клеток в эпидермисе и сально-волосяном комплексе кожи головы пациентов до и после лечения тромбоцитарной аутоплазмой. Ахмеров Р.Р., Короткова О.И.	50
Микоз стоп – коморбидный фактор микробной экземы. Баткаев Э.А., Махулаева А.М., Заторская Н.Ф., Калинкина Е.С.	50
Сравнительный ретроспективный анализ распространенности коморбидной патологии у больных псориазом (анализ стационарных пациентов). Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.	51
Клиническая и лабораторная диагностика дисбиоза кожи у больных атопическим дерматитом. Баткаев Э.А., Попов И.В.	52
Опыт применения высокочастотного ультразвукового исследования кожи при количественном мониторинге эффективности терапии и осложнений после инъекций биодеградирующих и перманентных филлеров. Безуглый А.П., Белков П.А.	52
Особенности и перспективы последипломного образования врачей-дерматовенерологов и косметологов. Баткаев Э.А., Доготарь О.А.	53
Роль пищевых аллергенов в патогенезе дисгидротической экземы. Бизунова М.А.	54
Система каппа-опиоидных рецепторов при зудящих дерматозах и их лабораторная идентификация. Бобко С.И., Лоттс Т., Метце Д., Львов А.Н., Штендер С.	54
Разработка процедуры «контролируемого химического пилинга» в клинической дерматокосметологии. Бобова А.М., Жучков М.В., Сонин Д.Б., Тарасова М.А.	55
Выявление и прогностическая значимость параэпифлуоресценциальной гипертермии у пациентов с псориазом. Бобова А.М., Жучков М.В., Сонин Д.Б., Тарасова М.А.	56
Факторы риска и некоторые клинико-эпидемиологические аспекты пиодермий. Бородулина К.С., Касихина Е.И., Ломакина Е.А.	56
Опыт комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. Бурова С.А., Федюкина М.Ю., Эмирасланов Ф.Л., Яковлев А.Б., Савенков В.В., Сиверцева Н.В., Сухов А.В.	57
Поздние формы нейро- и кардиоваскулярного сифилиса у больных с первичным сифилисом в анамнезе. Бохонович Д.В., Лосева О.К., Устьянцев Ю.Ю., Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Чернышева Н.В.	58
Эпидемиологическая характеристика больных дерматозами с локализацией в аногенитальной области. Василенко Т. И.	58
Анафилаксия в кабинете косметолога. Воронцов Е.А.	59
Ангидротическая эктодермальная дисплазия. Гаджимурадов М.Н.	59

Клинические особенности болезни Кирле. Гаджимурадов М.Н.	60
Медико-психологические приоритеты персонификации в дерматовенерологии и косметологии. Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю.	60
Ошибки в диагностике вульгарной пузырчатки при локализации ее на слизистой полости рта врачами-практиками. Глебова Л.И., Чистякова Т.В., Фомина Е.С.	61
Эффективность комбинированной терапии хронической идиопатической крапивницы с применением бактериальных иммуномодуляторов. Головинов А.И., Масюкова С.А., Гладько В.В., Ахматова Н.К., Сорокина Е.В., Столпникова В.Н., Сходова С.А.	62
Случаи необычных высыпаний при редких заболеваниях кожи. Голоусенко И.Ю., Болдырева И.Н.	62
Особенности клинических проявлений обыкновенного псориаза у пациентов со снижением минеральной плотности костей. Горина Ю.А.	63
Риск перехода ограниченной склеродермии в системную у детей. Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Бассе Ф.Б., Ларионова Е.В., Заторская Н.Ф.	64
Изучение омолаживающих и осветляющих свойств плацентарного препарата в коррекции инволюционных изменений кожи лица с признаками фотоповреждения. Губанова Е.И., Вавилова А.А., Гладько В.В., Каримова И.В., Закирова Г. Ш., Староватова П.А.	65
Особенности патологии волос у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом. Деева Н.В.	66
Патогенетические аспекты создания инновационных фототехнологий угревой болезни. Демина О.М., Поткаев Н.Н., Картелишев А.В.	66
Этапная комбинированная лазерная и фотодинамическая терапия в оптимизации традиционного лечения пациентов с угревой болезнью. Демина О.М., Картелишев А.В., Поткаев Н.Н.	67
Раннее лечение детей с врожденной сосудистой мальформацией. Дзыбова Э.М., Шептий О.В.	67
Оптимизация лабораторной диагностики нейросифилиса с использованием сывороточно-ликворного соотношения. Дмитриев Г.А., Негашева Е.С.	68
Выявление инфекций урогенитального тракта, вызванных вирусами герпеса и папилломавирусом человека. Евдокимов В.В., Науменко В.А., Тюленев Ю.А., Ковалык В.П., Гомберг М.А., Куц А.А.	69
Измерение внутриклеточной и поверхностной экспрессии белков теплового шока hsp70 в клетках крови больных atopическим дерматитом. Елистратова И.В., Морозов С.Г., Захарова И.А.	69
Изучение молекулярных механизмов стресса при atopическом дерматите. Елистратова И.В., Морозов С.Г., Захарова И.А.	70
К проблеме ведения и лечения детей с врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермией. Ермилова М.М., Касихина Е.И., Заторская Н.Ф.	71
Место ААМ в клинике эстетической медицины. Жукова И.К.	72
Векторный лифтинг препаратами гиалуронана цинка. Жукова И.К.	72
Опыт применения циклоспорина у пациентов с пустулезной формой ладонно-подошвенного псориаза. Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Воронцова И.В.	73
Кольцевидная гранулема в детской практике. Жукова О.В., Мохова В.И., Круглова Л.С.	73

Результаты обследования больных поздними формами сифилиса с помощью ЭЛИ-висцеро-теста-24. Жуковский Р.О., Лосева О.К., Андропова Н.В., Вечтомова Л.В., Сизова И.Д.	74
К проблеме патогенеза и лечения витилиго. Завадский В.Н.	74
Организация дерматовенерологической помощи детскому населению в филиале «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Заторская Н.Ф., Урпин М.В.	75
Витаминотерапия у вегетарианок с проявлениями трихо- и ониходистрофии. Звездина И.В., Задионченко Е.В., Исаева С.Г.	76
Доброкачественные новообразований кожи у пациентов с псориазом. Зубарев А.К.	77
Топическая фотодинамическая терапия актинического кератоза. Иванова М.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.	77
Рациональный подход к лечению себорейного дерматита. Кандалова О.В., Ключникова Д.Е., Кулешова Л.М.	78
Современные возможности коррекции инволюционных изменений кожи лица с признаками фотостарения. Каримова И.М., Ляпон А.О.	79
Спектр триггерных факторов в патогенезе розацеа. Карпова А.В., Баткаев Э.А.	79
Аневризмы аорты при кардиоваскулярном сифилисе. Квижинадзе Г.Н., Лосева О.К.	80
Совершенствование ведения больных инфекцией <i>Mycoplasma genitalium</i> с учетом результатов изучения генетических маркеров антибиотикорезистентности. Кисина В.И., Гуштин А.Е., Жукова О.В., Романова И.В.	81
Дерматологический аспект современной парвовирусной инфекции. Коган А.И., Кладова А.Ю.	81
Некоторые особенности клиники прогенитального герпеса у вич-инфицированных мужчин. Коган А.И., Кладова А.Ю.	82
Милиарный невус полового члена. Коган А.И., Кладова А.Ю., Агманов С.Т.	82
Влияния сифилиса беременных на развитие детей. Кокина О.А., Гурьева В.А., Немцева Т.В.	83
Сердечно-сосудистые риски у пациентов с псориазом. Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А.	83
Особенности характера кожного зуда у пациентов с atopическим дерматитом. Константиновская Е. Е.	84
Иммунорегулирующий индекс – показатель эффективности лечения 5% линиментом циклоферона очагов гнездовой алопеции. Корнишева В.Г., Вашкевич А.А., Беттихер О.В.	85
Оральный красный плоский лишай, как маркер вируса гепатита С. Корсантия Н.Б., Кацитадзе А.Г., Киладзе Н.П., Тевзадзе М.Ш., Цискаришвили Н.В., Корсантия Н.Б.	85
Опыт использования таксонографического комплекса для динамического наблюдения за меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями кожи в клинической практике. Кочетков М.А., Потехаев Н.Н., Жукова О.В., Львов А.Н., Фриго Н.В., Бобко С.И., Хлыстова Е.А.	86
Лечение больных красным плоским лишаем с использованием комплексных физиотерапевтических методик. Круглова Л.С., Жукова О.В., Левшин Р.Н., Федотова К.Ю.	87

Опыт применения структурно-резонансной терапии в лечении различных клинических форм красного плоского лишая. Круглова Л.С., Жукова О.В., Левшин Р.Н., Федотова К.Ю.	87
Анизоморфоны спинномозговой жидкости при серорезистентности. Кузнецова Н.А., Важбин Л.Б., Шатохина С.Н.	88
Мониторинг возрастных и гендерных особенностей кожи неинвазивными методами. Курдина М.И., Макаренко Л.А., Лебедева А.О., Курдина Е.Е.	88
Базально-клеточный рак кожи: сравнение методов лечения, первый опыт операций по Mohs. Кушкин Д.Н., Катунина О.Р.	89
Вирусные инфекции и бесплодие у мужчин: есть ли связь. Куц А.А., Евдокимов В.В., Курило Л.Ф., Сорокина Т.М., Ковалык В.П., Гомберг М.А.	89
Высокомолекулярные концентраты пробиотических бактериальных культур: антипатогенный потенциал в дерматовенерологии и косметологии. Лахтин М.В., Афанасьев С.С., Лахтин В.М., Алешкин В.А.	90
Корреляция клинической картины и результатов серологической диагностики у пациентов с буллезным пемфигоидом Левера. Лебедева Е.В., Полевщикова С.А., Жукова О.В., Львов А.Н., Сапожникова Н.А., Маляренко Е.В.	91
Особенности клинического течения гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна у пациентки с болезнью Верльгофа, возможности адьювантной терапии при СО 2-лазерной деструкции: случай из клинической практики. Левшин Р.Н., Сухова Л.П.	91
Опыт применения интерферонов в лечение множественных бородавок у детей и подростков. Лупашко О.В., Халдин А.А., Исаева Д.Р.	92
Особенности микробиоциноза кожи у больных микробной экземой. Лысенко О.В., Лукьянчикова Л.В., Латанская О.А.	92
Состояние клеточных факторов врожденного иммунитета у впч-инфицированных супругов из семейных пар. Лысенко О.В., Троянова А.В., Маркеева Д.А.	93
Синдром LEOPARD – случай из практики: реальность или иллюзия? Маковецкая О.С., Малиновская В.В.	94
Ювенильный наследственный черный акантоз, ассоциированный с метаболическими нарушениями. Клинические случаи. Маковецкая О.С., Мохова В.И., Заторская Н.Ф.	95
Полиморфизм кандидатных генов при атопическом дерматите. Максимова Ю.В., Свечникова Е.В., Максимов В.Н., Колесник К.Н., Лыкова С.Г.	97
Выпуск крови бараньей дефибринированной стерильной для приготовления питательных сред. Марданлы С.Г., Бахилина Н.В., Котляр М.А., Ротанов С.В.	97
Новая форма выпуска кардиолипинового антигена для реакции микропреципитации при диагностике сифилиса. Марданлы С.Г., Ротанов С.В., Бахилина Н.В., Ермолаева И.А.	97
Медицинские показания к перманентному макияжу. Маркова Е.А.	98
Стратегия антибиотикотерапии при акне и розацеа. Масюкова С.А., Гладько В.В., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Горбакова Е.В., Гребенюк Д.В., Алиева З.А.	99
Диагностика новообразований кожи на приеме у косметолога. Матакова И.С.	99
Лечение кольцевидной гранулемы у детей. Мохова В.И., Круглова Л.С.	100

Увеличение клинической эффективности, при уменьшении периода реабилитации в программе лазерного омоложения комбинированной, близко к сочетанной методикой ДОТ терапии с низкоинтенсивным лазерофорезом концентрата низкомолекулярной гиалуроновой кислоты. Мыслович Л.В.	100
Возможности оптической когерентной томографии в оценке эффективности лазеротерапии. Немирова С.В., Петрова К.С., Михайлов А.Г., Петрова Г.А., Дерпалюк Е.Н., Симанкина Ж.Д., Смирнова Д.В., Матвеев И.С.	101
Особенности течения псориаза у пациентов старшей возрастной группы. Ольховская К.Б., Абесадзе Г.А.	102
Нарушение нейрональной пластичности и функции холинергической системы при атопическом дерматите под действием острого экспериментального психического стресса: пилотное рандомизированное контролируемое исследование. Петерс Е.М., Миченко А.В., Купфер Й., Куммер В., Виганд З., Нимайер Ф., Поткаев Н.Н., Львов А.Н., Гилер У.	102
Опыт создания экспериментальной тест-системы для персонализации и подбора терапии большим буллезными дерматозами. Петерсен Е.В., Корниенко И.А., Фриго Н.В.	103
Опыт использования оптической когерентной томографии (ОКТ) для прижизненной динамической оценки сосудов кожи. Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Симанкина Ж.Д., Смирнова Д.В., Матвеев И.С., Елизарова М.Ю.	103
Клиническая эффективность препаратов Пилобакт и Пилобакт АМ в лечении осложненных форм демодекоза. Плотникова К.О., Шварц Н.Е.	104
Опыт применения IPL-фотодинамической терапии с метиламинолевулиновой кислотой при лечении пациентов с базально-клеточным раком кожи. Поткаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е.А., Варданян К.Л.	105
Основные направления развития лабораторных диагностических технологий в дерматологии. Поткаев Н.Н., Фриго Н.В., Жукова О.В.	105
Лечение ограниченной склеродермии средними дозами глюкокортикостероидов. Поткаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.	106
Уровни депрессии и тревоги у пациентов с кожными заболеваниями. Поткаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А., Сакания Л.Р., Данилин И.Е.	107
Особенности состояния кожи при хронической реакции трансплантат против хозяина. Поткаев Н.Н., Трахтман П.Е., Безуглый А.П., Рассохина О.И.	107
Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся Resorblift (Франция) для коррекции инволюционных изменений кожи. Радион Е.В.	108
Первично психические расстройства у пациентов трихологического приема. Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.	108
Клинико-психологические особенности аутоагрессивного поведения у больных псориазом и псориазическим артритом. Ружинских А.Г.	109
Течение и исходы узловой эритемы при ассоциации с инфекцией и у беременных. Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Белов Б.С.	110
Клинические особенности кератоакантомы в Пермском регионе (ретроспективный анализ 95 случаев). Седова Т.Г., Елькин В.Д., Хлебникова А.Н., Копытова Е.А., Кузнецов И.Д., Новоселова М.Ю.	111
Иммуногистохимические особенности инвертирующего фолликулярного кератоза. Седова Т.Г., Хлебникова А.Н., Елькин В.Д., Копытова Е.А., Кузнецов И.Д., Новоселова М.Ю.	111
Современные медико-социальные аспекты розацеа. Силина Л.В., Бобракова А.А.	112

Клинический опыт применения проактивной терапии пациентам с атопическим дерматитом. Силина Л.В., Колбина М.С., Письменная Е.В., Исаенко Т.П.	113
Роль близкофокусной рентгенотерапии в лечении базально-клеточного рака кожи. Соков В.Н., Тер-Ованесов М.Д., Фролова Е.Л., Кукош М.Ю., Кочергина Ж.Н., Толмачева Е.С.	114
Модели полового поведения у мужчин, имеющих секс с мужчинами. Соловьев А.М., Макарова Е.В.	114
Валацикловир в терапии фигурных эритем. Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Гладько В.В., Ахматова Н.К.	115
Особенности тяжелого течения герпесвирусной инфекции у пациентов с атопическим дерматитом. Стадникова А.С., Тамразова О.Б.	115
Коррекция нижней трети лица и субмандибулярной зоны с применением мезонитей с насечками. Старкова Е.Ю.	116
Роль папилломавирусной инфекции в течении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Старшина В.А.	117
Эволюция методик и эффективности лечения сифилиса. Стрибук П.В., Лосева О.К., Залевская О.В.	117
Новая магнитотерапевтическая установка «стол пациента магнитного устройства». Суворов С.А.	118
Диагностика хронической доброкачественной семейной пузырчатки Гужеро-Хейли-Хейли с помощью неинвазивного оптического метода – конфокальной лазерной сканирующей микроскопии <i>in vivo</i> . Теплюк Н.П., Ткаченко С.Б., Алленова А.С.	119
Применение комбинированного дезинтоксикационного препарата на основе меглюмина натрия суццинаты в лечении атопического дерматита. Трофимова И.Б., Денисова Е.В., Сазонова М.А.	120
Принципы организации и проведения фототерапии у детей с заболеваниями кожи. Турбовская С.Н., Василевская Е.А.	120
Эффективность применения узкополосной 311 нм фототерапии у детей с хроническими дерматозами. Турбовская С.Н., Василевская Е.А., Варданян К.Л.	121
Опыт применения пува-ванн у детей с псориазом. Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.	122
Показатели деятельности детского стационара по профилю «дерматовенерология» за период 2013–2015 гг. в условиях оптимизации коечного фонда ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Урпин М.В., Затурская Н.Ф.	122
Параллелизм изменений уровня аутоантител и клинических симптомов у больного поздним паренхиматозным нейросифилисом. Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К., Алейникова О.И.	123
Усовершенствование системы визуализации комплексов антиген-антитело в VDRL-тесте для диагностики нейросифилиса. Фриго Н.В., Марданлы С.Г., Негашева Е.С., Амелина Е.А., Антипин Р.Л., Мажуга А.Г.	123
Комбинированные биоревитализанты: что хорошо и что плохо в их составе. Хабаров В.Н.	124
Клинико-морфологическая корреляция в дерматологии. Халиулин Ю.Г., Лозоватор А.Л., Пешкин В.И.	125
Актуальные аспекты люминесцентной диагностики при микроспории, обусловленной <i>M. canis</i> . Хамаганова И.В., Маларенко Е.Н., Васильева А.Ю., Беличков А.Н., Моднова А.Г.	125
Содержание некоторых провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных со среднетяжелой формой папулезно-бляшечного псориаза. Хачикян Х.М., Карапетян Ш.В.	126

Пациент зрелого возраста в клинике эстетической медицины. Черепанова А.С.	126
Опыт применения имихимода для предупреждения рецидивов аногенитальных бородавок. Чернова Н.И., Солнцев В.В., Метлинова Е.В. Аутологичная плазма в эстетической медицине. Чиркова О.А.	127
Аутологичная плазма в эстетической медицине. Чиркова О.А.	127
Выявляемость сифилиса и вич-инфекции при медицинском освидетельствовании иностранных граждан. Чистяков Н.Д., Полозова Е.В.	128
Исследование липидного профиля сыворотки крови у больных псориазом до и после терапии с включением фосфоглива. Шмакова А.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.	128
УЗ-диагностика при использовании дермальных филлеров. Щукина Е.В.	129
Комбинированное ультразвуковое и лазерное воздействие в лечении инволютивных изменений кожи. Юсова Ж.Ю., Аксененко И.П.	129
Опыт применения эмолиентов в наружной комбинированной терапии хронических аллергодерматозов. Яцына И.В., Дорохина О.В., Моисеева И.В.	130

Конкурс молодых ученых

Возможности конфокальной лазерной сканирующей микроскопии in vivo в дифференциальной диагностике аутоиммунных буллезных дерматозов. Алленова А.С., Теплюк Н.П., Ткаченко С.Б., Варшавский В.А., Зайденов В.А.	131
Современные медико-организационные технологии по снижению заболеваемости микроспорией у детей. Антонова С.Б.	131
Особенности постпроцедурного периода после применения ретиноевых пилингов. Вавилова А.А., Губанова Е.И., Староватова П.А., Закирова Г.Ш.	132
Клинический опыт сочетанного применения плацентарного препарата и ретиноевого пилинга при хроно- и фотостарении лица и шеи. Закирова Г. Ш., Губанова Е.И., Гладько В.В., Староватова П.А., Вавилова А.А.	133
Неактивированная тромбоцитарно-лейкоцитарная аутоплазма в лечении нерубцовых алопеций. Егорова К.Г.	134
Стратегия диагностики при папилломавирусной инфекции рецидивирующего течения. Исаева Д.Р.	134
Совершенствование методики обследования пациента с хронической венозной недостаточностью с помощью комплексного использования неинвазивных методов диагностики. Матвеев И.С., Елизарова М.Ю.	135
Модель по профилактике инфекций, передаваемых половым путем среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в социальных учреждениях Свердловской области. Николаева К.И.	136
Лазеротерапия гипертрофических и келоидных рубцов. Новиков К.А. Маркова Е.А.	137
Особенности течения атопического дерматита в зависимости от уровня витамина D в сыворотке крови. Пестова В.Ю.	137
Оптимизация диагностики и лечения воспалительных заболеваний нижних отделов урогенитального тракта, ассоциированных с Mycoplasma Genitalium у женщин репродуктивного возраста и их половых партнеров. Петрова И.С.	138

Фототехнологии в комбинированной терапии актинического кератоза. Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е.А., Варданян К.Л.	139
Совершенствование методики обследования трихологического больного с использованием неинвазивных методов высокоспециализированной диагностики состояния кожи волосистой части головы. Симанкина Ж.Д., Петрова К.С.	139
Комплексный подход омоложения рук с использованием инъекций стабилизированной гиалуроновой кислоты и отбеливающего крема. Староватова П.А., Губанова Е.И.	140
Синдром SAPHO – представление клинического случая. Степанова А.А., Хлыстова Е.А.	140
Участие растворимых белков в защите непигментированных волос от ультрафиолетового излучения. Федоркова М.В.	141
Ключевые коморбидности псориаза и их прогностическое значение. Хлыстова Е.А., Кислицина А.И.	142
Клинический случай сочетания токсидермии и гранулематозного воспаления в коже в практике врача-косметолога. Юцковская Я.А., Суханова А.С.	143
Новые возможности стимуляции коллагеногенеза при применении препарата Radiesse в мезотехнике. Юцковская Я.А., Суханова А.С.	143

Научная программа, каталог выставки и тезисы
IX Международный форум
дерматовенерологов и косметологов
«Перспективы дерматовенерологии и косметологии XXI века –
приоритет эффективности и персонализированной медицины»

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 25.2.2016. Подписано в печать 4.3.2016. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Segoe UI. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45