



VIII Международный форум дерматовенерологов и косметологов

VIII International Forum of Dermatovenerologists
and Cosmetologists

Программа
Каталог выставки
Сборник тезисов

Москва, «Крокус Экспо»
18–20 марта 2015 года

Платиновый спонсор:



Золотой спонсор:



Серебряный спонсор:



Бронзовый спонсор:



Спонсор регистрации:



Содержание

Приветственное слово	3
Организационный комитет	4
Программа	6
Каталог выставки.....	21
Сборник тезисов	57
Содержание сборника тезисов.....	109

Глубокоуважаемые коллеги!

Приветствую Вас на VIII Международном форуме дерматовенерологов и косметологов – VIII International Forum of Dermatovenereologists and cosmetologists – «Национальное здоровье – междисциплинарные технологии в дерматовенерологии и косметологии»!

VIII Международный форум дерматовенерологов и косметологов - значимое научное мероприятие, традиционно проводимое при поддержке ведущих профильных ассоциаций: Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (ЕААД) и Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI), на котором с докладами выступят признанные отечественные и зарубежные ученые в области фундаментальных и прикладных исследований по дерматовенерологии и косметологии.

Междисциплинарное взаимодействие дерматовенерологов и специалистов смежных дисциплин: терапевтов, ревматологов, урологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов, онкологов и врачей других специальностей вносит неоценимый вклад в повышение квалификации врачей, обеспечивая интегральный общеврачебный подход к диагностике, терапии и профилактике заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

Предстоящий обмен опытом по реализации многоплановых программ и мероприятий, накопленный в России и странах-участниках Форума, станет стимулом к дальнейшему совершенствованию работы в сфере дерматовенерологии и косметологии и создаст предпосылки для выработки стратегий по решению первоочередных задач.

Желаю всем участникам Форума успешной работы, эффективного взаимодействия и новых интересных открытий!



**Председатель оргкомитета,
профессор Н.Н. Потехаев**

Организационный комитет

ОРГАНИЗАТОРЫ

Национальный альянс дерматологов и косметологов (НАДК)
Евро-Азиатская ассоциация дерматовенерологов (ЕААД)
Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI)

ПРИ УЧАСТИИ

Национальной академии микологии
Профессионального общества трихологов
Российской парфюмерно-косметической ассоциации

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Потекаев Николай Николаевич – Главный дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Президент Национального альянса дерматологов и косметологов, Президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, профессор

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

Гомберг Михаил Александрович – Президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

Короткий Николай Гаврилович – Заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, вице-президент Национального альянса дерматологов и косметологов, член-корреспондент РАЕН, профессор

Литус Александр Иванович – Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины в области дерматовенерологии, советник Министра здравоохранения Украины, Президент Украинской ассоциации псориаза, вице-президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, профессор

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Баткаев Эдуард Алексеевич – Заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, д.м.н., профессор

Бурова София Алексеевна – Руководитель центра глубоких микозов Департамента здравоохранения города Москвы, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

Важбин Лев Борисович – Главный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Московской области

Владимиров Владимир Владимирович – Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор

Гаджигороева Аида Гусейхановна – Председатель научного общества трихологии, доцент

Гущин Александр Евгеньевич – Заведующий лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии инфекций органов репродукции ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Руководитель Референс-центра Роспотребнадзора по лабораторной диагностике и мониторингу за ИППП

Демина Ольга Михайловна – Доцент кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, координатор научной программы IFDC 2015

Доля Ольга Валентиновна – консультант Московского научно-практического центра ДЗМ, заместитель главного редактора журнала «Клиническая дерматология и венерология», профессор

Жилев Евгений Валерьевич – Главный специалист-ревматолог Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, профессор

Жукова Ольга Валентиновна – Главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, доцент

Иванова Маиса Афанасьевна – Заведующий отделением нормирования труда медицинских работников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, профессор

Пушкарь Дмитрий Юрьевич – Главный внештатный специалист-уролог Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой урологии, ФПДО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», профессор

Кисина Вера Ивановна – Профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

Королькова Татьяна Николаевна – Заведующая кафедрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Председатель Научно-практического общества врачей-косметологов Санкт-Петербурга, вице-президент Национального Альянса дерматологов и косметологов, профессор

Коротаева Татьяна Викторовна – Старший научный сотрудник лаборатории серонегативных спондилоартритов ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАН, д.м.н.

Круглова Лариса Сергеевна – Заведующая отделением физиотерапии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

Кунгуров Николай Васильевич – Директор ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «Уральская государственная Медицинская Академия Росздрава», профессор

Львов Андрей Николаевич – Заведующий отделом клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, профессор

Мазус Алексей Израильевич – Главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения г. Москвы, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

Мантурова Наталья Евгеньевна – Главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный специалист пластический хирург Министерства здравоохранения РФ, заведующая кафедрой пластической, реконструктивной хирургии, эстетической медицины и клеточных технологий, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Молочков Антон Владимирович – Заместитель директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по научной, учебной и международной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, профессор

Молочков Владимир Алексеевич – Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор

Орлова Ольга Ратмировна – Президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии, профессор кафедры неврологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Перламутров Юрий Николаевич – Заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им.Е.И. Евдокимова, профессор

Поршина Оксана Владимировна – Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Пучкова Татьяна Валентиновна – Председатель правления Российской парфюмерно-косметической ассоциации, сопредседатель координационного совета парфюмерно-косметической промышленности РФ, к.б.н.

Разнатовский Константин Игоревич – Главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, профессор

Решетов Игорь Владимирович – Заведующий кафедрой пластической хирургии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАН, профессор

Сергеев Алексей Юрьевич – Профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Тищенко Андрей Леонидович – Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, профессор

Труханов Арсений Ильич – Генеральный директор «Института Красоты», Президент Национальной ассоциации специалистов восстановительной медицины, профессор

Тюрин Владимир Петрович – Главный специалист терапевт, специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения г. Москвы, главный терапевт ФГУ «Национальный медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, профессор

Фомин Виктор Викторович – Профессор кафедры терапии и профболезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Халдин Алексей Анатольевич – Ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

Хамаганова Ирина Владимировна – Профессор кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Цыкин Алексей Александрович – Доцент кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Шугнина Елена Андреевна – Заместитель генерального директора «Института Красоты», доцент кафедры восстановительной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Юцковская Яна Александровна – Заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Владивостокского ГМУ, директор ООО «Профессорская клиника Юцковских», президент Дальневосточной ассоциации эстетической медицины, председатель Дальневосточного отделения МООСБТ, профессор

18 марта

Большой зал

зал №1

09:00		
09:15		
09:30		
09:45		
10:00		
10:15	Торжественное открытие Форума	
10:30	пленарный доклад	
10:45	Приоритетные задачи в организации работы дерматовенерологических учреждений на 2015-2016 гг. <i>Кунгуров Н.В., Потеекаев Н.Н.</i>	
11:00		
11:15	секция	Дискуссионный клуб
11:30	Фундаментальная дерматология I. Часть I. <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Гинтер Е.К., Jacqueline Denyer</i>	Косметология: медицина и эстетика – грань возможного. <i>Сопредседатели: Виссарионов В.А., Шугинина Е.А., Демина О.М.</i>
11:45		
12:00		
12:15		
12:30		
12:45		
13:00		
13:15		секция
13:30	секция	Малоинвазивные методы в косметологии. <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Глазко И.И., Данилова А.А.</i>
13:45	Фундаментальная дерматология I. Часть II. <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н., Фриго Н.В.</i>	
14:00		
14:15		
14:30		
14:45		секция
15:00	секция	Осложнения и нежелательные явления в косметологии. <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Наумчик Г.А., Данилова А.А.</i>
15:15	Современные тенденции дерматовенерологии. <i>Сопредседатели: Разнатовский К.И., Перламутров Ю.Н., Молочков В.А.</i>	
15:30		
15:45		
16:00		
16:15		
16:30		секция
16:45	секция	Эстетическая медицина в Клинике активного долголетия. <i>Председатель Труханов А.И.</i> при поддержке Национальной академии активного долголетия.
17:00	Психодерматология. <i>Сопредседатели: Смулевич А.Б., Львов А.Н., Романов Д.В.</i>	
17:15		
17:30		
17:45		
18:00		
18:15	Клинические разборы. Часть I. Дерматомы и клинические коморбидности. <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.</i>	
18:30		

зал №2

зал №3

		09:00
		09:15
		09:30
		09:45
		10:00
		10:15
		10:30
		10:45
		11:00
секция Организация специализированной медицинской помощи населению по профилю «Дерматовенерология»: проблемы и пути решения. <i>Сопредседатели: Кунгуров Н.В., Иванова М.А., Важбин Л.Б.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Астеллас Атопический дерматит: многообразие клинических форм и потенциал наружной терапии. <i>Сопредседатели: Львов А.Н., Феденко Е.С.</i>	11:00 11:15 11:30 11:45 12:00 12:15 12:30
сателлитный симпозиум при поддержке компании Сандоз Путь к успеху в терапии пациентов с грибковыми и бактериальными инфекциями ногтей и кожи. <i>Сопредседатели: Лыкова С.Г., Матушевская Е.В.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Мартинекс Пилинги и инъекционные методы в комплексной коррекции гиперпигментации и фотостарения. <i>Председатель Михайлова Н.П.</i>	12:45 13:00 13:15 13:30 13:45 14:00 14:15
сателлитный симпозиум при поддержке компании Пьер Фабр Эффективные решения в практике специалиста от фармацевтической компании Pierre Fabre. <i>Сопредседатели: Львов А.Н., Масюкова С.А, Корсунская И.М.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке Корпорации RHANA. Клинический потенциал препарата ЛАЕННЕК в регенераторной медицине. <i>Сопредседатели: Чайковская Е.А., Стенько А.Г.</i>	14:30 14:45 15:00 15:15 15:30 15:45 16:00
секция ВИЧ- ассоциированные заболевания в дерматовенерологии. <i>Сопредседатели: Мазус А.И., Цыганова Е.В.</i>	секция Болезни волос и кожи головы. <i>Сопредседатели: Гаджигорова А.Г., Сергеева И.Г.</i>	16:15 16:30 16:45 17:00 17:15 17:30 17:45 18:00
		18:15
		18:30

19 марта

Большой зал

зал №1

09:00

09:15

09:30

09:45

10:00

10:15

10:30

10:45

11:00

11:15

11:30

11:45

12:00

12:15

12:30

12:45

13:00

13:15

13:30

13:45

14:00

14:15

14:30

14:45

15:00

15:15

15:30

15:45

16:00

16:15

16:30

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

18:30

секция

Фундаментальная дерматология II.

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Зильбергберг Н.В., Бутков Ю.С.

секция под эгидой Гильдии специалистов
по ИППП «ЮСТИ РУ»

**Инфекции, передаваемые половым
путем, и репродуктивное здоровье.
Междисциплинарная проблема.**

Сопредседатели: Гомберг М.А., Кисина В.И.

секция

**Подростковое и постпубертатное акне.
Методы дерматологической и косметологической коррекции.**

Сопредседатели: Юцковский А.Д., Лучина Е.Н., Наумчик Г.А.

Дискуссионный клуб при поддержке
компании Актавис

**Контроль герпесвирусной инфекции –
междисциплинарный подход.**

Сопредседатели: Гомберг М.А., Халдин А.А.

секция

**Сочетанные инъекционные методы в коррекции возрастных
изменений лица и шеи. Анатомическое обоснование.**

Сопредседатели: Наумчик Г.А., Таран М.Б., Тер-Терьян Э.Г.

VII Российский герпес-форум
**Герпес-вирусные инфекции и ВПЧ –
междисциплинарная проблема
репродуктивного здоровья.**

Сопредседатели: Халдин А.А., Прилепская В.Н.

секция

**Интегральный подход к коррекции изменений
аногенитальной области.**

Сопредседатели: Юцковский А.Д., Труфанов В.Д., Лешунов Е.В.

секция

**Актуальные проблемы сифилидологии:
профилактика, диагностика, лечение.**

Сопредседатели: Лосева О.К.,

Фриго Н.В., Доля О.В.

зал №2

зал №3

		09:00
		09:15
		09:30
		09:45
Клинические разборы. Часть II. Ошибки зарубежной медицины. <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Фармстандарт	10:00
	Старость не защищает от любви, но любовь защищает от старости.	10:15
секция Лазеро- и светолечение в дерматологии и косметологии – современные тенденции. <i>Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Владимиров В.В.</i>	<i>Председатель Наумов А.В.</i>	10:30
		10:45
		11:00
		11:15
		11:30
		11:45
	Дискуссионный клуб при поддержке компании La Roche-Posay	12:00
секция Аппаратные методы физиотерапии в дерматологии и косметологии – теория и практика. <i>Сопредседатели: Круглова Л.С., Виссарионов В.А., Жукова О.В.</i>	Акне и розацеа в практике дерматолога.	12:15
	<i>Сопредседатели: Львов А.Н., Хлебникова А.Н.</i>	12:30
		12:45
		13:00
		13:15
		13:30
	III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи.	13:45
секция Детская дерматология. Часть I. <i>Сопредседатели: Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.</i>	Российские достижения в дерматоскопии и диагностике новообразований кожи.	14:00
	<i>Сопредседатели: Гетьман А.Д., Древалль Д.А., Сергеев В.Ю.</i>	14:15
		14:30
		14:45
		15:00
		15:15
		15:30
		15:45
		16:00
секция Детская дерматология. Часть II. <i>Сопредседатели: Короткий Н.Г., Поршина О.В.</i>		16:15
		16:30
	сателлитный симпозиум при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн	16:45
	Научно-обоснованные стратегии в дерматологии – совершенствование традиционной терапии заболеваний кожи.	17:00
	<i>Председатель Гомберг М.А.</i>	17:15
		17:30
Клинические разборы. Часть III. Инвалидизирующие дерматозы у взрослых и детей. <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.</i>		17:45
		18:00
		18:15
		18:30

20 марта

Большой зал

зал №1

09:00		
09:15		
09:30		
09:45		
10:00		Клинические разборы. Часть IV. Каков Ваш диагноз? <i>Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.</i>
10:15	секция	
10:30	Фундаментальная дерматология III. Часть I.	
10:45	<i>Сопредседатели: Акимов В.Г., Тищенко А.Л.</i>	
11:00		Весенняя сессия XXI-го Междисциплинарного симпозиума Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии. Часть I. <i>Сопредседатели: Баткаев Э.А., Татаурцикова Н.С., Мачарадзе Д.Ш.</i>
11:15		
11:30		
11:45		
12:00		
12:15	секция	
12:30	Фундаментальная дерматология III. Часть II.	
12:45	<i>Сопредседатели: Липова Е.В., Хлебникова А.Н., Кондратьева Ю.С.</i>	
13:00		Весенняя сессия XXI-го Междисциплинарного симпозиума Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии. Часть II. <i>Сопредседатели: Баткаев Э.А., Коротаяева Т.В., Жилиев Е.В.</i>
13:15		
13:30		
13:45		
14:00		
14:15	секция	секция
14:30	Псориатический артрит. Школа практикующего специалиста.	Актуальные вопросы диагностики и терапии наиболее распространенных дерматозов.
14:45	<i>Сопредседатели: Львов А.Н., Борисов С.Е., Тюрин В.П.</i>	<i>Сопредседатели: Васенова В.Ю., Масюкова С.А., Демина О.М.</i>
15:00		
15:15		
15:30		
15:45		
16:00	Конкурс молодых ученых.	секция
16:15	<i>Председатель Потеекаев Н.Н.</i>	Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.
16:30		<i>Председатель Цыкин А.А.</i>
16:45		
17:00		
17:15		
17:30		
17:45		
18:00		
18:15		
18:30		

зал №2

зал №3

		09:00
		09:15
		09:30
		09:45
		10:00
секция Дерматоонкология. Эпителиальные опухоли кожи. Сопредседатели: Молочков А.В., Хлебникова А.Н.	Весенняя сессия Национальной академии микологии Сопредседатели: Сергеев А.Ю., Бурова С.А.	10:15
		10:30
		10:45
		11:00
		11:15
		11:30
		11:45
Школа неинвазивной диагностики. Сопредседатели: Безуглый А.П., Шугина Е.А.	сателлитный симпозиум при поддержке компании Галдерма Иновационные технологии в дерматологии. Сопредседатели: Львов А.Н., Круглова Л.С., Мурашкин Н.Н.	12:00
		12:15
		12:30
		12:45
		13:00
		13:15
		13:30
		13:45
секция Дерматоонкология. Современные методы терапии опухолей кожи. Сопредседатели: Молочков А.В., Серяков А.П.	III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. Внедрение дерматоскопии в практическое здравоохранение. Сопредседатели: Жучков М.В., Сергеева И.Г., Сергеев Ю.Ю.	14:00
		14:15
		14:30
		14:45
		15:00
		15:15
		15:30
		15:45
Школа практикующего врача. Дерматохирургия: вопросы и ответы. Профилактика и лечение рубцов. Сопредседатели: Решетов И.В., Мордовцева В.В., Жукова О.В.	III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. Дерматоскопия в дифференциальной диагностике дерматозов. Сопредседатели: Добровольский В.Е., Мордовцева В.В., Устинов М.В.	16:00
		16:15
		16:30
		16:45
		17:00
		17:15
		17:30
		17:45
		18:00
		18:15
		18:30

Большой зал

10:00-10:20

Торжественное открытие Форума

Потекаев Н.Н., Кунгуров Н.В., Мантурова Н.Е.,
Гомберг М.А., Короткий Н.Г.

10:20-10:55

пленарный доклад

Приоритетные задачи в организации работы
дерматовенерологических учреждений
на 2015-2016 гг.

Кунгуров Н.В., Потекаев Н.Н.

11:00-13:00

секция

Фундаментальная дерматология I. Часть I.

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Гинтер Е.К., Jacqueline Denyer

Вклад генетики в медицину.

Гинтер Е.К.

Фундаментальные исследования
в дерматовенерологии: законодательные
основы и научные перспективы.

Фриго Н.В.

Современные аспекты и основные принципы
ведения ран и ухода за кожей у пациентов
с буллезным эпидермолизом.

Jacqueline Denyer (Лондон, Великобритания)

13:15-14:30

секция

Фундаментальная дерматология I. Часть II.

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Фриго Н.В.

Молекулярные механизмы адаптации кожного
покрова человека к воздействию факторов
микро- и макросреды.

Пантелеев А.А.

Кожный зуд как междисциплинарная
проблема.

Львов А.Н.

Герпес-вирусные инфекции, ассоциированные
с заболеванием щитовидной железы.

Халдин А.А.

Инновационные технологии в терапии акне.

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

14:45-16:15

секция

Современные тенденции дерматовенерологии.

Сопредседатели: Разнатовский К.И., Перламутров Ю.Н.,
Молочков В.А.

Оригинальный биотерапевтический препарат
и биосимиляр. «Федот, да не тот».

Разнатовский К.И. (Санкт-Петербург, Россия)

Преемственность между топическими
кортикостероидами и эмољентами: как
правильно создаются терапевтические линии?

Львов А.Н.

Пути повышения качества системной терапии
при псориазе.

Ольховская К.Б.

Современные стратегии системной
терапии акне.

Матушевская Е.В.

Акне для практикующего врача.

Наружная терапия: частые вопросы и ответы.

Львов А.Н.

16:30-18:00

секция

Психодерматология.

Сопредседатели: Смулевич А.Б., Львов А.Н.,
Романов Д.В.

Классификация психосоматических
расстройств в дерматологии.

Смулевич А.Б.

Основы рациональной психофармакотерапии
для общепрактикующего врача.

Иванов С.В.

Бредовые расстройства в кожной клинике.

Кто виноват и что делать?

Романов Д.В.

Экскориированные акне: найти выход
за 900 секунд.

Львов А.Н.

18:00-18:30

Клинические разборы. Часть I.

Дермадромы и клинические коморбидности.

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н.

Зал №1

11:00-12:30

Дискуссионный клуб

Косметология: медицина и эстетика –
грань возможного.

Сопредседатели: Виссарионов В.А.,

Шугина Е.А., Демина О.М.

Липофилинг в коррекции липодистрофии лица.

Виссарионов В.А.

Возможности сочетания контурной пластики с нитевым
лифтингом при комплексном омоложении лица.

Карпова Е.И.

Клиническое применение нитей из 100%-ной полимо-
лочной кислоты армирующих, саморассасывающихся
для коррекции инволюционных изменений кожи.

Радион Е.В.

ВИЧ-ассоциированная липодистрофия.

Цыганова Е.В.

RF –лифтинг или биоволюметрия.

Объективные критерии выбора метода коррекции возрастных изменений кожи.

Шугина Е.А., Вергун Е.Э., Толкачева А.А.

12:45-14:15

секция

Малоинвазивные методы в косметологии.

Сопредседатели: Юцковская Я.А.,

Глазко И.И., Данилова А.А.

Стимуляция экстрацеллюлярного матрикса.

Новые данные, новые возможности

(видеодемонстрация).

Юцковская Я.А.

Тактика выбора препарата и стратегии терапии в зависимости от возраста пациента, особенностей типа старения.

Данилова А.А.

Малоинвазивные методы аппаратной косметологии. Подготовка и реабилитация с помощью инъекционных косметологических процедур.

Глазко И.И.

Морфотип-усталое лицо. Возможности сигнальных пептидов.

Юцковская Я.А.

14:30-16:00

секция

Осложнения и нежелательные явления в косметологии.

Сопредседатели: Юцковская Я.А., Наумчик Г.А.,

Данилова А.А.

Ботулинотерапия. Консенсус российских экспертов – с целью оптимизации результата.

Юцковская Я.А.

Нежелательные явления после процедур химического пилинга.

Наумчик Г.А.

Нежелательные явления в инъекционной косметологии. Разбор клинических случаев.

Данилова А.А.

Осложнения и профилактика осложнений нитевых методик.

Тер-Терьян Э.Г.

Нежелательные явления местной анестезии при проведении косметологических процедур.

Наумчик Г.А.

Нежелательные явления при работе в урогенитальной зоне. Методы профилактики и коррекции осложнений.

Лешунов Е.В.

16:15-18:00

секция

Эстетическая медицина в Клинике активного долголетия.

Председатель Труханов А.И.

при поддержке Национальной академии активного долголетия.

Современные достижения и научно-практические аспекты антивозрастной медицины – будущее врачей эстетической медицины.

Труханов А.И.

Кожа как сигнальная система метаболического синдрома.

Коркина Л.Г.

Косметические недостатки как проявление генетически обусловленной патологии соединительной ткани. Ключ к эффективному лечению.

Жученко Н.А., Марычева Н.М.

Алгоритм лечения и профилактики рубцов в клинике Активного долголетия.

Стенько А.Г.

Низкоинтенсивная лазерная терапия в лечении акне.

Демина О.М.

Эндокринные корни косметических проблем.

Дергачева Л.И.

Презентация комплексной программы «Идеальная фигура – оптимальный вес».

Тершина Е.В., Кутузова Н.А.

Зал №2

11:00-12:45

секция

Организация специализированной медицинской помощи населению по профилю «Дерматовенерология»: проблемы и пути решения.

Сопредседатели: Кунгуров Н.В., Иванова М.А., Важбин Л.Б.

Опыт противоэпидемической и профилактической работы по предупреждению распространения сифилиса в Уральском федеральном округе.

Кунгуров Н.В. Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Полякова Н.В.

Организация медицинской помощи больным с новообразованиями кожи.

Волгин В.Н., Ламоткин И.А., Кабанова М.А.

Дерматовенерологическая помощь в условиях негосударственных медицинских организаций.

Ленкин С.Г.

Нормирование труда врачей-дерматовенерологов: современное состояние, перспективы.

Иванова М.А.

Новое в системе медицинского образования.

Загретдинова З.М.

Общественное здоровье и здравоохранение в аспекте репродуктивного здоровья.

Соколовская Т.А., Армашевская О.В.

13:00-14:30

спутниковый симпозиум при поддержке компании Сандоз

Путь к успеху в терапии пациентов с грибковыми и бактериальными инфекциями ногтей и кожи.

Сопредседатели: Лыкова С.Г., Матушевская Е.В.

Топическая терапия онихомикозов – ищем лучшее.

Лыкова С.Г. (Новосибирск, Россия)

Грибковые заболевания кожи. Стратегия и тактика наружной терапии.

Матушевская Е.В.

Лечебные аспекты использования комбинированных топических антибиотиков в дерматовенерологии.

Касихина Е.И.

14:45-16:15

спутниковый симпозиум при поддержке компании Пьер Фабр

Эффективные решения в практике специалиста от фармацевтической компании Pierre Fabre.

Сопредседатели: Львов А.Н., Масюкова С.А., Корсунская И.М.

Ахиллесова пята Атопического дерматита.

Новые возможности коррекции.

Львов А.Н.

Тактика лечения и профилактика инфицированных дерматозов.

Масюкова С.А.

Проблемы в терапии некоторых форм алопеции.

Корсунская И.М.

16:30-18:00

секция

ВИЧ- ассоциированные заболевания в дерматовенерологии.

Сопредседатели: Мазус А.И., Цыганова Е.В.

Приветственное слово.

Мазус А.И.

Особенности клинической картины сифилиса у больных ВИЧ-инфекцией.

Бессараб Т.П.

Поражение кожи и слизистых при ВИЧ-инфекции.

Набиуллина Д.Р.

Современные возможности антиретровирусной терапии.

Серебряков Е.М.

Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией.

Бессараб Т.П.

Зал №3

11:00-12:30

спутниковый симпозиум при поддержке компании Астеллас

Атопический дерматит: многообразие клинических форм и потенциал наружной терапии.

Сопредседатели: Львов А.Н., Феденко Е.С.

Наружные формы ГКС: атопический дерматит и его осложнения.

Львов А.Н.

Всегда ли ГКС – это лучший выбор?

Мнение врача и пациента.

Феденко Е.С.

Интерактивная сессия: атопический дерматит глазами клинициста и пациента.

Елисютина О.Г.

12:45-14:15

спутниковый симпозиум при поддержке компании Мартинекс

Пилинги и инъекционные методы в комплексной коррекции гиперпигментации и фотостарения.

Председатель Михайлова Н.П.

14:30-16:00

спутниковый симпозиум при поддержке Корпорации RHANA.

Клинический потенциал препарата ЛАЕННЕК в регенераторной медицине.

Сопредседатели: Чайковская Е.А., Стенько А.Г.

Теоретическое обоснование применение препарата ЛАЕННЕК в регенеративной и эстетической медицине.

Чайковская Е.А.

Клинический опыт применения препарат ЛАЕННЕК

в эстетической медицине.

Стенько А.Г.

16:15-18:00

секция

Болезни волос и кожи головы.

Сопредседатели: Гаджигороева А.Г., Сергеева И.Г.

Лечение гнездной алопеции с учётом клинической формы и степени активности патологии.

Гаджигороева А.Г.

Биологическая (антицитокиновая) терапия как новый метод лечения гнездной алопеции.

Вавилов В.В.

Психоземональные нарушения у пациентов с выпадением волос. Что первично и что вторично?

Романова Ю.Ю.

Тактика ведения пациентов с хроническим телогеновым выпадением волос.

Сергеева И.Г. (Новосибирск, Россия)

Рубцовые алопеции.

Силюк Т.В. (Санкт-Петербург, Россия)

19 марта

Большой зал

10:00-12:45

секция

Фундаментальная дерматология II.

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Зильберберг Н.В., Бутов Ю.С.

Эффективность и переносимость иммуностропной терапии больных хроническими дерматозами.

Зильберберг Н.В.

Перспективы повышения эффективности терапии алопеций.

Бутов Ю.С. Васенова В.Ю.

Отчет по наблюдательному исследованию по изучению эффективности и изменению качества жизни при использовании косметического препарата на основе Стемоксидина 5%.

Гаджигороева А.Г.

Клинико-диагностический алгоритм и подходы к лечению диффузной алопеции.

Бобко С.И.

Фотодинамическая терапия: расширяем горизонты.

Круглова Л.С.

Новое об акне. Минолексин и его роль в современной комбинированной терапии акне. Первые результаты применения.

Масюкова С.А.

Дифференцированные подходы к терапии инфекционно-воспалительных заболеваний кожи.

Матушевская Е.В.

Псориаз как системное заболевание. Достижение целей терапии в условиях реальной клинической практики.

Серов Д.Н.

Клиника и лечение малассезиозов.

Ольховская К.Б.

13:00-14:30

секция

Подростковое и постпубертатное акне.

Методы дерматологической и косметологической коррекции.

Сопредседатели: Юцковский А.Д.,

Лучина Е.Н., Наумчик Г.А.

Принципы комбинированной и последовательной терапии акне. Как избежать ошибок.

Юцковский А.Д. (Владивосток, Россия)

Сочетанное лечение постакне рубцов.

Лучина Е.Н.

Результаты наблюдательного исследования эффективности комплексного препарата для мезотерапии в лечение акне и постакне взрослых (видеодемонстрация).

Данилова А.А.

Клинический случай терапии симптомокомплекса постакне. Комбинация методик, протокол, результат.

Лешунов Е.В. Данилова А.А.

14:45-16:15

секция

Сочетанные инъекционные методы в коррекции возрастных изменений лица и шеи. Анатомическое обоснование.

Сопредседатели: Наумчик Г.А., Таран М.Б., Тер-Терьян Э.Г.

Профилактика осложнений сочетанных инъекционных методик. Анатомическое обоснование. Методы профилактики.

Тер-Терьян Э.Г.

Особенности ботулинотерапии различных анатомических зон.

Наумчик Г.А.

Особенности применения препаратов для контурной пластики в различных анатомических зонах.

Таран М.Г.

16:30-18:00

секция

Интегральный подход к коррекции изменений аногенитальной области.

Сопредседатели: Юцковский А.Д., Труфанов В.Д., Лешунов Е.В.

Анатомические предпосылки проведения малоинвазивных косметологических процедур аногенитальной области.

Лешунов Е.В.

Подготовка к проведению процедур в аногенитальной области. Санация уrogenитального тракта.

Юцковский А.Д.

Концепция проведения процедур нитевого лифтинга в аногенитальной зоне.

Лешунов Е.В.

Возможности контрацепции с натуральными эстрогенами, сохранении красоты и сексуальности женщины.

Наумчик Г.А., Дворянинова И.Е.

Зал №1

10:00-12:30

секция под эгидой Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ»

Инфекции, передаваемые половым путем, и репродуктивное здоровье.

Междисциплинарная проблема.

Сопредседатели: Гомберг М.А., Кисина В.И.

Воспаление и фертильность: противоречия в практике акушера-гинеколога.

Тотчиев Г.Ф.

Специфические цервициты. Взгляд гинеколога.

Бибнева Т.Н.

ИППП и беременность.

Вопросы безопасности терапии.

Гомберг М.А.

Заболевания органов репродуктивной системы при трихомониазе и их этиотропная терапия.

Халдин А.А.

Новое в лечении урогенитального хламидиозатрихомониаза.

Молочков В.А.

Европейские и отечественные подходы к лечению негонококкового уретрита у мужчин.

Кисина В.И.

Алгоритм ведения больных различных форм баланопостита.

Забиров К.И., Мусаков В.Ю.

Резистентность *Mycoplasma genitalium* к антибактериальной терапии – новый вызов в лечении дерматовенерологических больных.

Гущин А.Е.

Ошибочная трактовка лабораторных методов, диагностики и тактика ведения больных с микоплазменной инфекцией.

Хрянин А.А.

12:45-14:15

Дискуссионный клуб при поддержке компании Актавис
Контроль герпесвирусной инфекции – междисциплинарный подход.

Сопредседатели: Гомберг М.А., Халдин А.А.

14:30-16:15

VII Российский герпес-форум

Герпес-вирусные инфекции и ВПЧ – междисциплинарная проблема репродуктивного здоровья.

Сопредседатели: Халдин А.А., Прилепская В.Н.

Некоторые аспекты проблемы репродуктологии обусловленные или ассоциированные с герпес-вирусными инфекциями.

Халдин А.А.

Фармакологические решения комплексного подхода терапии вирусных инфекций с позиций репродуктивного здоровья.

Полеско И.В.

Папилломавирусная инфекция и здоровье женщины.

Прилепская В.Н.

ВПЧ у мужчин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта.

Евдокимов В.В.

ВПЧ-ассоциированные заболевания у мужчин.

Гомберг М.А.

Эволюция представлений об уретритах вирусного генеза.

Ковалык В.П.

16:30-18:00

секция

Актуальные проблемы сифилидологии: профилактика, диагностика, лечение.

Сопредседатели: Лосева О.К., Фриго Н.В., Доля О.В.

Диагностическое значение ЭЛИ-нейро-теста у больных сифилисом.

Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К.

Проблемы диагностики нейросифилиса.

Дмитриев Г.А.

Кардиоваскулярный сифилис как актуальная

проблема современной медицины.

Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Лосева О.К.

Нейросифилис: оптимизация лабораторных методов диагностики и тактики ведения пациентов.

Доля О.В., Дмитриев Г.А., Андриященко А.В., Кулешов А.Н.

Эффективность лечения цефтриаксоном больных поздним нейросифилисом с симптомами.

Стрибук П.В., Юдакова В.М., Лосева О.К.

Серодиагностика сифилиса сегодня: проблемы и решения.

Фриго Н.В.

Анализ качества клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом.

Бохонович Д.В., Залевская О.В., Лосева О.К.

Зал №2

10:00-10:25

Клинические разборы. Часть II.

Ошибки зарубежной медицины.

Сопредседатели: Потеекаев Н.Н., Львов А.Н.

10:30-12:00

секция

Лазеро- и светолечение в дерматологии и косметологии – современные тенденции.

Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Владимиров В.В.

Лазерная оперативная дерматокосметология – мировые тенденции и бренды.

Гейниц А.В.

Низкоинтенсивное лазерное излучение в косметологии.

Юсова Ж.Ю.

Опыт применения фотодинамической терапии при актиническом кератозе.

Потеекаев Н.Н., Дзыбова Э.М.

Сосудистые осложнения в практике дерматокосметолога – клиника, лечение, профилактика.

Данишук О.И., Карпова Е.И.

Фототехнологии в эстетической коррекции признаков старения – сравнительные данные эффективности.

Васильева Е.С., Коновка Е.П.

12:15-13:45

секция

Аппаратные методы физиотерапии в дерматологии и косметологии – теория и практика.

Сопредседатели: Круглова Л.С., Виссарионов В.А., Жукова О.В.

Методы физиотерапии в детской дерматологической практике.

Круглова Л.С., Пониц Е.С.

Комбинированное применение радиоволновых технологий и лазеротерапии в эстетической коррекции стрий.

Юсова Ж.Ю., Потеекаев Н.Н.

Фармфорез в коррекции патологических рубцовых деформаций.

Стенько А.Г., Течиева С.Г.

Опыт применения RF-микроигл и низких доз ретиноидов в комплексной терапии больных акне.

Колчева П.А., Петунина В.В.

Комбинированные с фототерапией технологии в лечение больных хроническими дерматозами.

Круглова Л.С., Жукова О.В., Финешина Е.И.,
Шарапова Е.Н., Бебякина Л.В.

14:00-15:30

секция

Детская дерматология. Часть I.

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.

Клеточная дерматобиология – эффективный инструмент витилиго. Продолжение следует.

Короткий Н.Г., Шарова Н.М.

Особенности клинического проявления дерматозов у детей раннего возраста.

Тамразова О.Б.

Повышение эффективности лечения больных atopическим дерматитом с учетом индивидуально-патогенетического подхода.

Тихомиров А.А.

Значение пищевой аллергии в патогенезе atopического дерматита у детей. Подходы к терапии.

Пампура А.Н.

Клинический разбор идиопатического кальциноза кожи у ребенка 6 лет.

Тихомиров А.А., Рыченко М.К., Короткий В.Н.

15:45-17:25

секция

Детская дерматология. Часть II.

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Поршина О.В.

Редкие дерматозы у детей.

Львов А.Н.

Дифференциальная диагностика врожденных ихтиозов и ихтиозов с ассоциированными синдромами у детей.

Гребенюк В.Н.

Семейный случай пустулезного псориаза.

Воронина Л.Г. (Оренбург, Россия)

Дифференциальная диагностика вирусных экзантем у детей.

Турбовская С.Н.

Результаты генетического исследования семей с врождённым буллезным эпидермолизом.

Коталевская Ю.Ю.

17:30-18:00

Клинические разборы. Часть III.

Инвалидизирующие дерматозы у взрослых и детей.

Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.

Зал №3

10:00-11:30

сателлитный симпозиум при поддержке компании Фармстандарт

Старость не защищает от любви, но любовь защищает от старости.

Председатель Наумов А.В.

Женщина в 45! Как продлить молодость?

Носова А.В.

В женщине должно быть все прекрасно...

Ховасова Н.О.

Советы женщине от профессора медицины.

Наумов А.В.

11:45-13:15

Дискуссионный клуб при поддержке компании La Roche-Posay

Акне и розацеа в практике дерматолога.

Сопредседатели: Львов А.Н., Хлебникова А.Н.

13:30-16:15

III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи.

Российские достижения в дерматоскопии и диагностике новообразований кожи.

Сопредседатели: Гетьман А.Д., Древаль Д.А., Сергеев В.Ю.

Развитие дерматоскопии в России.

Сергеев В.Ю.

Дерматоскопия опухолей кожи: обобщение опыта клинических наблюдений врача онколога в новом отечественном учебно-справочном издании.

Гетьман А.Д.

Дерматоскопическая картина невусов разных возрастных групп.

Древаль Д.А.

Диагностика базально-клеточной карциномы кожи: нужна ли нам дерматоскопия?

Жучков М.В.

Анализ паттерна Киттлера при оценке дерматоскопических изображений: преимущества и недостатки в клинической практике.

Жучков М.В.

Дерматоскопические головоломки в диагностике меланомы.

Добровольский В.Е.

16:30-18:00

сателлитный симпозиум при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн

Научно-обоснованные стратегии в дерматологии – совершенствование традиционной терапии заболеваний кожи.

Председатель Гомберг М.А.

Проактивный подход в лечении стероидчувствительных дерматозов.

Мордовцева В.В.

Наружная и системная терапия бактериальных инфекций кожи – выбор лечения с позиций доказательной медицины.

Мордовцева В.В.

Трудный пациент? Не герпес ли причина?

Гомберг М.А.

Большой зал

10:00-11:45

секция

Фундаментальная дерматология III.
Часть I.

Сопредседатели: Акимов В.Г., Тищенко А.Л.

Фоточувствительные дерматозы.

Экспертное мнение.

Акимов В.Г.

Научно-практические перспективы лаборатории патоморфологии кожи в МНПЦДК.

Бобров М.А.

Объективный мониторинг морфофункциональных параметров кожи с применением высокочастотного ультразвука.

Безуглый А.П.

Узловатое пруриго: исследование новых механизмов

Бобко С.И.

Факторы роста в лечении выпадения волос: настоящее и перспективы

Вавилов В.В.

12:00-13:45

секция

Фундаментальная дерматология III.
Часть II.

Сопредседатели: Липова Е.В., Хлебникова А.Н., Кондратьева Ю.С.

Клинические формы и методы терапии витилиго.

Адаскевич В.П. (Витебск, Беларусь)

Современное представление о лимфомах кожи.

Хамаганова И.В.

Дифференциальная диагностика вирусных дерматозов у детей.

Тамразова О.Б., Стадникова А.С.

Современные дифференцированные подходы в терапии доброкачественных и злокачественных опухолей кожи.

Хлебникова А.Н.

Фотосканирование кожи как основа органного картирования в дерматологии.

Кочетков М.А.

Новые подходы к предупреждению

фотоиндуцированного старения кожи.

Кустова Е.В.

Дерматозы генитальной области у мужчин – междисциплинарная проблема.

Кондратьева Ю.С. (Барнаул, Россия)

14:00-15:30

секция

Псориатический артрит.

Школа практикующего специалиста.

Сопредседатели: Львов А.Н., Борисов С.Е., Тюрин В.П.

Псориатический артрит как мультидисциплинарная проблема.

Коротаяева Т.В.

Скрининг и мониторинг туберкулёзной инфекции у больных, получающих иммуносупрессивные генно-инженерные биологические препараты.

Борисов С.Е.

Качество жизни при псориазе и псориатическом артрите у взрослых и детей.

Львов А.Н., Хлыстова Е.А.

Алгоритм перехода между методами

биологической терапии псориаза

при сформировавшейся резистентности.

Серов Д.Н.

15:45-17:30

Конкурс молодых ученых.

Председатель Потекаев Н.Н.

Снижение интраэпидермальной плотности нервных волокон при узловатом пруриго.

Бобко С.И., Львов А.Н., Штендер С., Осада Н.

Опыт комбинированной терапии псориаза волосистой части головы.

Иволга Ю.С., Флак Г.А., Мордовцева В.В.

Экспериментальное моделирование псориаза.

Толмачева Н.В., Анисимова А.С.

IPL-технологии при красном плоском лишае.

Федотова К.Ю., Потекаев Н.Н., Круглова Л.С.

Клинико-серологические особенности

течения раннего сифилиса

у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Фролов А.Ю., Доля О.В., Заторская Н.Ф., Стоянова Г.Н.

Особенность кишечной моторики и микрофлоры

кишечника у детей с атопическим дерматитом.

Наринская Н.М., Короткий Н.Г., Бельмер С.В.

Тактика ведения пациентов с сочетанным

течением красного плоского лишая

слизистой полости рта и глоссалгией.

Аматуни Э.А.

Особенности характера специфической

сенсibilизации у пациентов с дисгидротической экземой.

Бизунова М.А., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г.

Мексаметрия как метод оценки уровня меланина на лице и шее у больных с витилиго.

Пикельгаупт Н.В., Ильина Н.Г., Мустафина С.В.,

Рымар О.Д., Сергеева И.Г.

Зоонозный кожный лейшманиоз: курс

на эпидемиологическую настороженность

врача дерматовенеролога Москвы

(разбор клинического случая).

Лебедева Е.В.

Дерматоскопические признаки розацеа.

Арипова М.Л.

Зал №1

10:00-10:30

Клинические разборы. Часть IV.

Каков Ваш диагноз?

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н.

10:30-12:00

Весенняя сессия XXI-го Междисциплинарного симпозиума

Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии. Часть I.

Сопредседатели: Баткаев Э.А., Татаурщикова Н.С., Мачарадзе Д.Ш.

Неоцененные возможности локального иммунитета в дерматологии. Просто о сложном.

Татаурщикова Н.С.

Атопический дерматит и пищевая аллергия.

Взгляд аллерголога.

Мачарадзе Д.Ш.

Диабет и микоз кожи. Проблема реабилитации больных микотической инфекцией кожи.

Баткаев Э.А., Баткаева Н.В.

Факторы, усугубляющие клинику варикозных язв и экземы.

Баткаев Э.А., Махулаева А., Калинкина Е.С.

Бактериальные сочлены патологического биоциноза кожи – триггеры атопического дерматита.

Баткаев Э.А., Попов И.В.

Ультразвуковая оценка состояния репродуктивной системы больных инфекциями, передаваемыми половым путем.

Абдрахманов А.Р., Файзуллина Е.В., Абдрахманов Р.М.

12:15-13:45

Весенняя сессия XXI-го Междисциплинарного симпозиума

Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии. Часть II.

Сопредседатели: Баткаев Э.А., Коротаева Т.В., Жияев Е.В.

Проблема коморбидности при псориазическом артрите: от теории иммунопатогенеза к клинической практике.

Коротаева Т.В.

Клиническое разнообразие ревматологических проявлений у больных псориазом: что нужно знать дерматологу и ревматологу?

Логинава Е.Ю.

Распространенность коморбидных состояний у больных псориазом в дерматологической клинике. Собственные данные.

Чамурлиева М.Н.

Актуальные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в практике дерматолога и ревматолога.

Новикова Д.С.

14:00-15:30

секция

Актуальные вопросы диагностики и терапии наиболее распространенных дерматозов.

Сопредседатели: Васенова В.Ю., Масюкова С.А., Демина О.М.

Терапия акне у женщин с гормональными и метаболическими отклонениями.

Голоусенко И.Ю.

Этиопатогенетическая терапия акне и розацеа.

Масюкова С.А., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Горбакова Е.В.,

Соколова Ю.П., Алиева З.А., Гребенюк Д. В.

Роль эндотоксина в патогенезе атопического дерматита.

Васенова В. Ю., Бутов Ю. С. Федорова Ю. С.

Атопия и дисгидротическая экзема:

клинико-лабораторные данные.

Сергеева И.Г. (Новосибирск, Россия)

Генетические аспекты атопического дерматита.

Свечникова Е.В., Щиголева Н.Е.

Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена: особенности течения.

Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г.,

Пушкова О.В., Озеров Н.В.

15:45-17:15

секция

Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.

Председатель Цыкин А.А.

Ошибки в диагностике и лечении болезней ногтей.

Цыкин А.А.

Метод дерматоскопии - помощь в диагностике патологии ногтей.

Сирмайс Н.С.

Методики малой ортопедии в лечении онихолизиса негрибкового генеза.

Еровенков Р.Л.

Подологические методы лечения болезней ногтей и кожи стоп.

Бырдин И.В.

Зал №2

10:00-11:30

секция

Дерматоонкология. Эпителиальные опухоли кожи.

Сопредседатели: Молочков А.В., Хлебникова А.Н.

Современные возможности диагностики базальноклеточного рака кожи.

Хлебникова А.Н., Новоселова Н.В., Селезнева Е.В.

Лазерные технологии в терапии базалиомы.

Сухова Т.Е., Матвеева О.В., Третьякова Е.И.

Новообразования кожи у детей.

Тамразова О.Б.

Клинико-морфологические особенности кератоакантомы.

Кунцевич Ж.С., Дибирова С.М.

Актуальные аспекты диагностики актинического кератоза.

Селезнева Е.В., Обьденнова К.

11:45-13:45

Школа неинвазивной диагностики.

Сопредседатели: Безуглый А.П., Шугинина Е.А.

Современные тенденции внедрения неинвазивных методов исследования кожи в дерматологии и косметологии.

Безуглый А.П.

Методы неинвазивной диагностики эпителиальных опухолей.

Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Новоселов Н.В.

Неинвазивная УЗ-диагностика как метод объективной оценки результатов лечения рубцовых поражений.

Стенько А.Г., Шматова А.А., Шукина Е.В.

Оценка эффективности косметических средств на основе пептидных комплексов с помощью УЗ-диагностики кожи.

Королькова Т.Н., Харитоновна Е.Е. (Санкт-Петербург, Россия)

Роль УЗ-диагностики в оценке результатов мезотерапии.

Гома С.Е. (Санкт-Петербург, Россия)

Объективный мониторинг морфо-функциональных параметров кожи в косметологии.

Белков П.А.

Опыт диагностики новообразований кожи с помощью неинвазивных методов исследования в ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1 г.Уфа.

Корытова Е.Н., Латыпов Б.Г., Жукова И.Ю. (Уфа, Россия)

Высококачественное ультразвуковое исследование кожи у больных псориазом и склеродермией в динамике.

Безуглый А.П., Сапожникова Ю.А.

Беспигментная меланома. Критерии дерматоскопического диагноза.

Поляков А.П., Маторин О.В., Арутюнян Л.С.,

Рассохина О.И.

Семиотика сосудистых поражений кожи.

Дерматоскопические критерии сосудистых дерматозов.

Кузьмина Т.С.

Современные неинвазивные методы дифференциального диагноза голубого невуса и гемангиомы.

Алекперова Т.В., Шугинина Е. А., Рассохина О.И.

14:00-15:30

секция

Дерматоонкология. Современные методы терапии опухолей кожи.

Сопредседатели: Молочков А.В., Серяков А.П.

Таргетная терапия метастатической меланомы: сегодня и завтра.

Шикина В.Е.

Опыт использования фотофереза в терапии Т-клеточных злокачественных лимфом кожи.

Карзанов О.В., Молочков В.А.

Современные подходы к лечению саркомы Капоши.

Карташова М.Г., Прокофьев А.А.

Алгоритм лечения папилломавирусной инфекции.

Гуреева М.А., Молочков А.В.

Метастатические поражения кожи при наиболее распространенных ЗНО.

Михеева О.Ю.

Паспорт кожи - проект диагностики опухолей кожи.

Кудрин К.В.

15:45-17:15

Школа практикующего врача.

Дерматохирургия: вопросы и ответы.

Профилактика и лечение рубцов.

Сопредседатели: Решетов И.В., Мордовцева В.В., Жукова О.В.

Хирургическое лечение и пластические операции при лечении злокачественных опухолей кожи.

Бабаскина Н.В.

Современные возможности дифференциальной диагностики меланоцитарных новообразований.

Саламова И.В., Москалева О.Л., Мордовцева В.В., Флак Г.А.

Современный подход к профилактике косметически неблагоприятных послеоперационных рубцов.

Семенова О.В.

Хирургическая профилактика и лечение рубцов.

Мельников Д.В.

Дерматоз или опухоль? Случаи из клинической практики.

Потекаев Н.Н., Карымов О.Н., Бобров М.А.

Зал №3

10:00-11:30

Весенняя сессия Национальной академии микологии

Сопредседатели: Сергеев А.Ю., Бурова С.А.

15 лет Национальной академии микологии.

Сергеев А.Ю.

Новые возможности в повышении эффективности терапии дерматомикозов.

Львов А.Н.

Дифференциальная диагностика наследственных заболеваний с поражением ногтевых пластинок.

Свечникова Е.В.

Дерматофитии крупных складок и стоп при сочетанной патологии.

Малярчук А.П., Газарян О.Л., Малярчук Т.А.

Дискуссия.

11:45-13:15

спутник симпозиум при поддержке компании Галдерма

Инновационные технологии в дерматологии.

Сопредседатели: Львов А.Н., Круглова Л.С., Мурашкин Н.Н.

Наружная терапия акне: следуя клиническим рекомендациям.

Львов А.Н.

Средства базисного ухода при дерматозах.

Мурашкин Н.Н.

Лечение и длительный контроль над псориазом волосистой части головы.

Круглова Л.С.

13:30-15:00

III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи.

Внедрение дерматоскопии в практическое здравоохранение.

Сопредседатели: Жучков М.В., Сергеева И.Г., Сергеев Ю.Ю.

Опыт создания и организация работы дерматоонкологического кабинета в многопрофильном ЛПУ.

Устинов М.В.

Телдерматоскопия: российский и международный опыт.

Сергеев Ю.Ю.

Дерматоскопия на приеме детского дерматолога.

Сергеева И.Г.

Дискуссия.

15:15-17:30

III Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи.

Дерматоскопия в дифференциальной диагностике дерматозов.

Сопредседатели: Добровольский В.Е.,

Мордовцева В.В., Устинов М.В.

Дерматоскопические особенности меланоцитарных невусов волосистой части головы.

Оганесян М.В.

Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи лица.

Сирмайс Н.С.

Клинический разбор.

Устинов М.В.

Дискуссия.

Платиновый спонсор

ОАО «Фармстандарт», Россия

141701, Московская область, Долгопрудный, Лихачевский проезд, д. 5 «Б»
телефон: +7 (495) 970-00-30
факс: +7 (495) 970-00-32
электронная почта: info@pharmstd.ru
www.pharmstd.ru



ОАО «Фармстандарт» – лидирующая фармацевтическая компания в России, занимающаяся разработкой и производством современных, качественных, доступных лекарственных препаратов, удовлетворяющих требованиям здравоохранения и ожиданиям пациентов. Наиболее известными продуктами Компании на сегодняшний день являются Милдронат®, Фосфоглив®, Нитроспрей®, Блоктран®, Акорта®. Более 120 препаратов (с учетом всех форм и дозировок) входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Золотой спонсор

Группа компаний «Мартинекс»

119048, Москва, ул. Усачева, д. 33, стр. 4
телефон: +7 (495) 741-70-87
факс: +7 (499) 707-09-00
www.martinex.ru

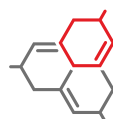


Группа компаний «Мартинекс» – лидер в области производства и дистрибуции новых высокоэффективных препаратов для терапевтической косметологии, клинической медицины и прикладной эстетики на рынке РФ и стран СНГ. «Мартинекс» – дистрибьютор зарубежной косметологической продукции и поставщик высокотехнологичного оборудования. На базе компании созданы клиники эстетической косметологии «Реформа», работающие по авторским методикам. Представляемые бренды: Hyalrepair, Hyaluform, MedicControlPeel, Скинасил (Россия), Gernetic, Perfectha Derm (Франция), Green Peel (Германия), Apriline (Швейцария), Dietbel (Испания), SkinMedica (США), Energist (Великобритания), RUBICA (Польша), Wavetronic (Бразилия).

HYALREPAIR®

ГИАЛРИПАЙЕР

Новое поколение препаратов
терапевтического действия
для активации естественного
процесса внутриклеточной
биорепарации



МАРТИНЕКС —
ОСНОВАТЕЛЬ МЕТОДА
БИОРЕПАРАЦИИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ

- Повышение гидратации, тонуса и эластичности дермы
- Разглаживание сеточки мелких морщин
- Уменьшение гиперпигментации
- Усиление резистентности кожи к воздействию свободных радикалов
- Укрепление сосудистой стенки

РЕКОМЕНДОВАННЫЙ КУРС

3–4 процедуры 1 раз в 14–21 день



Препарат	ГИАЛРИПАЙЕР-02 /биорепаратнт	ГИАЛРИПАЙЕР-04 /биорепаратнт	ГИАЛРИПАЙЕР-08 /биорепаратнт
Особые механизмы действия	Усиленная стимуляция синтеза коллагена	Антиоксидантное действие	Липолитическое действие
Приоритетные показания	Дряблая, мелкоморщинистая кожа	Обезвоженная тусклая кожа с мелкой сетью морщин	Двойной подбородок с жировыми отложениями
Объем геля в шприце	1,5 мл	1,5 мл	1,5 мл

Martinex
ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КРАСОТЫ

ул. Усачева, 33, стр. 4; ул. Краснопролетарская, 16, стр. 11
+7 (495) 741 70 87, +7 (499) 707 09 00
e-mail: alo@martinex.ru, www.martinex.ru

Серебряный спонсор

Представительство компании «Аstellас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16
телефон: +7 (495) 737-07-55
факс: +7 (495) 737-07-53



Компания «Аstellас» входит в число 20 ведущих фармацевтических компаний мира; в отделениях компании в разных странах работает около 15 000 сотрудников. Молодая и дальновидная компания «Аstellас» посвятила себя улучшению жизни людей во всем мире путем внедрения новых надежных лекарственных средств.

Созданная в 2005 г. путем слияния компаний «Яманучи» и «Фуджисава», компания «Аstellас» целенаправленно продолжает разработку первоклассных препаратов в ряде областей медицины благодаря деятельности высокопрофессионального Центра клинических исследований и разработок, используя маркетинговый потенциал в условиях непрерывного роста мирового фармацевтического рынка.

В октябре 2006 г. компания «Аstellас» объявила о реализации программы «Видение 2015», целью которой является стать мировым лидером в ряде категорий, в которых потребности медицины недостаточно удовлетворены и где у «Аstellас» есть исключительный опыт. Неотъемлемой частью процесса реализации программы является ширококомасштабная кампания Changing tomorrow™ (Изменяя будущее), запущенная в 2008 г. и направленная на раскрытие потенциала «Аstellас» с целью создания лучшего будущего как для пациентов, так и для всех, кого затрагивает ее деятельность.

Благодаря значительным инвестициям в исследования и новые разработки компания «Аstellас» постоянно укрепляет свои позиции в качестве научно-исследовательской фармацевтической компании, которая предоставляет пациентам во всем мире новые лекарственные средства и продолжает развивать надежное сотрудничество с врачами и деловыми партнерами.

Основные усилия компании «Аstellас» сосредоточены на следующих областях медицины: трансплантологии, урологии, дерматологии, инфекциях и терапии боли. Кроме того, «Аstellас» разрабатывает портфель лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний. Эти направления являются приоритетными для компании «Аstellас».

Бронзовый спонсор

ООО «ЭббВи»

141400, Московская обл., Химки, ул. Ленинградская,
владение 39, стр. 5, «Химки Бизнес-Парк»
телефон: +7 (495) 258-42-77
факс: +7 (495) 258-42-87



AbbVie – глобальная научно-исследовательская биофармацевтическая компания, образованная в 2013 г. путем отделения от компании Abbott. Миссия компании – использовать экспертизу, опыт преданных делу сотрудников и уникальный подход к инновациям для развития и вывода на рынок передовых методов лечения, призванных решить некоторые из самых сложных и серьезных заболеваний в мире. Количество сотрудников AbbVie во всем мире составляет около 25 000 человек, лекарственные препараты представлены на рынках более 170 стран мира. За дополнительной информацией о компании и ее сотрудниках, портфеле препаратов и обязательствах, пожалуйста, обращайтесь по адресу: www.abbvie.com. Следите за новостями @abbvie в Twitter и изучайте возможности карьеры в AbbVie на страницах компании в Facebook или LinkedIn.



От сухости идея – Локобейз® Рипеа®

Защищает и восстанавливает
сухую и очень сухую кожу

- Локобейз® РИПЕА® действует, даже когда обычные средства неэффективны
- Увлажнение на 24 часа уже с первого нанесения*



Работа,
связанная
с водой



Частый
прием
душа



Воздействие
холода



Сухой
воздух



Механические
повреждения
кожи

Косметическое средство. Не является лекарством.
*Аннотация к косметическому средству Локобейз® Рипеа® 125393 от 30.05.2008



Представительство компании
Астеллас Фарма Юроп Б.В. (Нидерланды)
109147 г. Москва, ул. Марксистская, д. 16,
тел.+7 (495) 737 07 55

 **astellas**
Свет, ведущий к жизни

ОАО «АВВА РУС», Россия

121614, Москва, ул. Крылатские холмы, д. 30, стр. 9
телефон/факс: +7 (495) 956-75-54

www.avva-rus.ru



Производством эоантибиотиков занимается ОАО «АВВА РУС» – фармацевтическая компания-производитель, входящая в состав холдинга со швейцарской компанией AVVA Pharmaceuticals AG. Компания имеет широкую сеть представительств в различных частях мира. С момента создания деятельность компании нацелена на постоянный поиск и внедрение инновационных технологий для создания оригинальных и генериковых лекарственных препаратов с дополнительными положительными свойствами. Весной 2010 г. на предприятии запущено производство антибактериальных препаратов нового поколения – Эоантибиотиков, оригинальные составы и технологии производства которых защищены патентами более чем в 30 странах мира. Эоантибиотики являются первыми в мире антибиотиками, сохраняющими микробиоценоз. Выпуск лекарственных средств ведется на собственном заводе ОАО «АВВА РУС» (Россия, г. Киров). Завод оснащен высокотехнологичным оборудованием, сертифицирован по российским стандартам Качественной производственной практики и полностью соответствует международным стандартам GMP (Good Manufacturing Practice).

«АКРИХИН»: фокус на дерматологии

Адрес компании в Москве
115054, Россия, Москва, Космодамианская набережная, д. 52, стр. 5, 6-й этаж.
телефон: +7 (495) 721-36-97
факс: +7 (495) 723-72-82
электронная почта: info@akrikhin.ru
www.akrikhin.ru

Дерматологическая группа лекарственных препаратов «АКРИХИНа» – наиболее динамично растущее направление продуктового портфеля компании. «АКРИХИН» входит в топ-10 ведущих российских компаний по объему продаж в сегменте дерматологических препаратов. Компания создала дерматологическое направление в 2002 г. Это лекарственные средства для терапии таких заболеваний кожи, как атопический и аллергический дерматиты, экземы, микозы кожи, акне, розацеа и другие.

«АКРИХИН» ежегодно пополняет линейку дерматологических средств новыми продуктами. Для этого компания занимается активной исследовательской деятельностью по созданию новых эффективных лекарственных средств, отвечающих потребностям российской системы здравоохранения. Работая в тесном контакте с дерматологами, «АКРИХИН» стремится усовершенствовать подходы к решению основных дерматологических проблем, а также улучшить качество жизни российских пациентов.

Ключевые препараты дерматологической группы «АКРИХИНа»

- Акридерм для лечения стероидчувствительных дерматозов
- Перфекталь для ухода и восстановления сухой и склонной к атопии кожи
- Азелик при угревой болезни и розацеа
- Джойскин для ухода за жирной и проблемной кожей



Актавис

Россия, 119017, Москва, Большая Ордынка, д. 40, стр. 4, Бизнес-центр Легион I, 6-й этаж, сектор D
телефон: +7 (495) 644-44-14
факс: +7 (495) 644-44-24
электронная почта: info@actavis.ru
www.actavis.ru



«Актавис» в России присутствует более 10 лет и известен как фармацевтическая компания, поставляющая широко известные и традиционные лекарственные средства на российский рынок. Высокая и благородная миссия – забота о здоровье человека – предопределяет постоянное развитие компании и выпуск новых лекарственных препаратов. Активная научно-исследовательская работа компании «Актавис», организация выставок, конференций и симпозиумов способствуют не только повышению качества продукции, но и развитию медицины в России.



Делает будущее доступным!



- Действующее вещество препарата Акорта – розувастатин, позволяющий достигать целевого уровня ХС-ЛПНП у большего числа пациентов уже в стартовой дозе¹
- Акорта изготовлена из сверхчистой* субстанции, одобренной для применения FDA с 2007 года; проведен дополнительный контроль наличия стереохимических примесей
- Более качественная очистка субстанции повышает эффективность и безопасность лекарственных препаратов
- Средняя стоимость терапии Акортой 16 рублей в день**, что делает Акорту доступной большинству российских пациентов

1. Kritharides L. Reducing low-density lipoprotein cholesterol – treating to target and meeting new European goals. *Eur Heart J Suppl* 2004;6(Suppl A): A12-A18.

* Фактическое содержание суммы примесей не более 0,1%. ** Данные обзора рынка Фармэксперт.

ООО «Алкой-Фарм», Россия

125364, Москва, проезд Досфлота, д. 4, корп. 1

электронная почта: alkoyfarm@yandex.ru

www.alkoy.ru, www.selencin.ru, www.evisent.ru, www.pсорилом.ru



Более 15 лет компания «Алкой-Фарм» является одним из наиболее успешных в России производителем инновационных продуктов для улучшения качества жизни и здоровья людей. Сочетая науку с передовыми технологиями, компания создает истинные инновации в области дерматологии. Лекарственные средства и косметические линии торговых марок «СЕЛЕНЦИН», «ЭВИСЕНТ», «ПСОРИЛОМ» давно зарекомендовали себя как высококачественные и эффективные средства, которым отдают предпочтение как врачи, так и потребители.

«БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.», Республика Хорватия

119330, Москва, Ломоносовский проспект, д. 38, оф. 71–72

телефон: +7 (495) 933-72-12/13/14

факс: +7 (495) 933-72-15

электронная почта: belupo@belupo-dd.ru

ВЕЛУПО – СПЕЦИАЛИСТ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Компания ВЕЛУПО является одним из лидеров в производстве дерматологических препаратов на территории центральной, южной и юго-восточной Европы.

В России компания известна как надежный и проверенный партнер дерматовенерологов. Основой продуктового портфеля являются интересные и доступные препараты: АФЛОДЕРМ® БЕЛОДЕРМ®, БЕЛОГЕНТ®, БЕЛОСАЛИК®.

Компания ВЕЛУПО постоянно развивает свою линейку препаратов, недавние новинки: БЕЛОСАЛИК СПРЕЙ для терапии волосистой части головы, ГЕНЕРОЛОН СПРЕЙ (2%, 5% миноксидил) для лечения андрогенетической алопеции, эмлиент БЕЛОБАЗА для комбинированной терапии дерматозов, эмлиент АФЛОКРЕМ для применения в детской дерматологии, спрей БЕЛОДЕРМ ЭКСПРЕСС для быстрой и удобной терапии острых дерматозов, БОНДЕРМ (мупирицин 2%) для лечения инфекционных поражений кожи.



ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», Россия

123317, Москва, Пресненская наб., 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б

телефон: +7 (495) 785-01-01

факс: +7 (495) 785-01-01

электронная почта: info@berlin-chemie.ru

www.berlin-chemie.ru



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Компания «Берлин-Хеми/А. Менарини» – одна из ведущих международных фармацевтических компаний, деятельность которой сосредоточена в области разработки новых лекарственных препаратов и методов лечения, производства и сбыта фармацевтической продукции. «Берлин-Хеми/А. Менарини» располагает широким спектром лекарственных средств, разработанных с использованием собственных возможностей и высоких стандартов качества GMP. Многолетний опыт применения препаратов компании позволил специалистам и пациентам высоко оценить эффективность, надежность и безопасность лекарственных средств «Берлин-Хеми/А. Менарини».

Воспаление
уменьшилось

Кожа стала чище,
движения
свободнее

Время
для отдыха
с друзьями!

Чистая кожа.
Свобода движений.
Полнота жизни.

Препарат Хумира® позволяет добиться быстрого и стойкого эффекта у пациентов со среднетяжелым и тяжелым хроническим бляшечным псориазом, включая пациентов с активным псориатическим артритом (ПсА).

Результаты исследования REVEAL¹:

- Около половины пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом, получавших препарат Хумира®, достигли PASI 90 на 16-й неделе терапии (n=814, p<0,001)
- 71% пациентов достигли PASI 75 на 16-й неделе терапии по сравнению с 7% пациентов в группе плацебо (n=814, n=398, p<0,001)

Результаты исследования ADEPT^{2,3}:

- У 91% пациентов с ПсА, получавших препарат Хумира® (n=144), не отмечалось рентгенологического прогрессирования на 24-й неделе
- У пациентов, получавших препарат Хумира®, среднее изменение mTSS составило -0,2 в сравнении с +1,0 у пациентов в группе плацебо на 24-й неделе (p<0,001)

mTSS (modified Total Sharp Score) — модифицированный индекс Шарпа, PASI (Psoriasis Area and Severity Index) — индекс тяжести и площади поражения псориазом.

1. Menter A, et al. J Am Acad Dermatol. 2008;58(1):106-115. 2. Mease PJ et., Ann Rheum Dis. 2009 May;68(5):702-9. 3. Mease PJ, et al. Arthritis Rheum. 2005;52(10):3279-3289. * Твой путь.

Перед назначением необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению препарата.

BIODERMA

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

Биодерма

Россия, Москва, Электродный проезд, дом 8А

телефон: +7 (495) 644-46-13

факс: +7 (495) 644-46-17

электронная почта: info@acentus.ru

www.bioderma-lab.ru

Лаборатория БИОДЕРМА основана в 1978 г. во Франции и в настоящее время входит в тройку лидеров на французском рынке дермокосметики.

В настоящее время БИОДЕРМА разрабатывает и производит дермокосметические средства для профилактики и лечения различных заболеваний кожи, таких как атопический дерматит, угревая болезнь, розацеа, себорейный дерматит, псориаз волосистой части головы, фотодерматозы. Инновационный подход Лаборатории подтверждается многочисленными эксклюзивными комплексами и активными компонентами, защищенными 81 патентом. Эффективность каждого средства в обязательном порядке тестируется, в том числе в условиях дерматологических клиник под контролем ведущих специалистов. Косметические основы с успокаивающим действием, тщательный отбор ингредиентов и строгий контроль при производстве средств гарантируют их исключительную переносимость.

«ВЕСТ МЕДИКА»

129075, Москва, Шереметьевская 85, стр. 2, офис 202

телефон: + 7 (495) 787-44-01

факс: + 7 (495) 787-44-01

электронная почта: moscow@westmedica.com



Компания Вест Медика, созданная в 1993 г., смогла сразу заявить о себе на рынке, представляя высокотехнологичное оборудование и оказывая квалифицированную поддержку специалистам. Стратегия развития компании заключается в тесном взаимодействии не только с профильными специалистами, но и с широкой дистрибьюторской сетью во многих регионах России и СНГ. Приоритет в данном случае – качество и быстрота обслуживания наших партнеров, от получения технической консультации по интересующему вопросу до обслуживания сложных комплексов, используемых нашими клиентами. Взаимодействие с потребителем наших товаров и услуг строится на возможности развития профессиональных знаний и навыков, а именно – в организации различного рода наглядных и обучающих мероприятий: выставок, конференций, семинаров и курсов.

ООО «Галдерма», Швейцария

125284, Москва, Ленинградский проспект, д. 31 А, стр.1

телефон/факс: + 7 (495) 540-50-17

электронная почта: info.russia@galderma.com, galderma.russia@galderma.com

www.galderma.ru



С момента создания компании Галдерма в 1981 г. как дочернего предприятия компаний Nestle и L'Oréal её стратегия была направлена на развитие качественных продуктов, отвечающих потребностям дерматологов и их пациентов. С 2002 г. компания Галдерма представлена в России. Среди продуктов компании такие известные бренды, как Базирон, Дифферин и Лоцерил. В июне 2012 г. компания вывела на российский рынок новый инновационный продукт Эффезел предназначенный для лечения средней и тяжёлой степени акне, а в мае 2013 г. на российский рынок выведен препарат Этривекс предназначенный для лечения псориаза волосистой части головы.

МИЛДРОНАТ®

мельдоний

Обладает мультифакторным действием:

КАРДИОПРОТЕКТИВНЫМ
ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНЫМ
АНГИОПРОТЕКТИВНЫМ



- ✦ Доказанная эффективность и безопасность
- ✦ Регресс функционального класса стенокардии^{1,2}
- ✦ Уменьшение неврологического дефицита³
- ✦ Доступная стоимость курсового лечения и удобный режим дозирования

Молекулярная программа защиты СЕРДЦА, МОЗГА, СОСУДОВ

www.mildronat.ru

Grindex

Фармстандарт

¹ Эффективность Милдроната® при лечении стенокардии в комбинации со стандартной терапией. В. Дзерве, Ю.М. Поздняков. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2011; 10(6)

² Влияние Милдроната® на эффективность антиангинальной терапии больных стабильной стенокардией напряжения. Н.П.Кутишенко, Н.А.Дмитриева, Ю.В.Лукина, М.П.Козырева, Ю.Э.Семенова, А.Д.Деев, С.Ю.Марцевич. Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2005; № 2, 37-42.

³ Нейропротекция при ишемическом инсульте: эффективность Милдроната®. З.А. Суслина, М.Ю. Максимова, Б.А. Кистенев, Т.Н. Федорова, ГУ НИИ неврологии РАМН, Москва; Фарматека, 2005, №13 (108) Кардиология, Неврология.

Р-р д/инъекций 500 мг/5 мл: амп. 10 – Рег. Уд. №П N016028/02

Капс. 250 мг: 40 – Рег. Уд. №П N016028/01

Капс. 500 мг: 20 или 60 – Рег. Уд. №ЛС-001115

ОАО «Фармстандарт»
Московская обл., г. Долгопрудный,
Лихачевский проезд, д. 5Б
Тел./факс: (495) 970-00-30, 32

ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», Великобритания

121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 3, этаж 5
телефон: +7 (495) 777-89-00
факс: +7 (495) 777-89-01
электронная почта: Reception.M.Pharma@gsk.com



Международная компания ГлаксоСмитКляйн образована в результате слияния компаний Глаксо Веллком и СмитКляйн Бичем в 2001 г. В России ГСК работает с 80-х годов XX в.

В России зарегистрировано более 130 рецептурных препаратов производства ГСК в следующих терапевтических областях: респираторные заболевания, инфекционные заболевания, ЦНС, урология, сердечно-сосудистые заболевания, онкология, иммунология, гематология, ВИЧ, дерматология, диабет, интенсивная терапия.

В 2009 г. ГлаксоСмитКляйн дополнила линейку своих дерматологических препаратов продукцией фармацевтической компании Stiefel, обладающей крупнейшим портфолио дерматологических препаратов в мире.

Миссия GSK заключается в стремлении к улучшению качества жизни людей, чтобы они могли делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше.

«Гленмарк Фармасьютикалз Лимитед»

115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, БЦ «Вивальди Плаза», этаж 2
телефон: +7 (499) 951-00-00
факс: +7 (499) 951-00-00 доб. 77-02/77-03
электронная почта: inforussia@glenmarkpharma.com
www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru



«Гленмарк» – международная интегрированная фармацевтическая компания, в основе деятельности которой – научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. По данным рейтинга SCRIIP 100, в 2014 г. Гленмарк входит в список TOP-80 международных фармацевтических и биотехнологических компаний. На фармацевтическом рынке России «Гленмарк» является одной из ведущих фармацевтических компаний в области дерматологии и имеет один из самых больших портфелей рецептурных и безрецептурных препаратов для лечения заболеваний в этой терапевтической области.

ООО «НТС «Градиент», Россия

129301, Москва, ул. Бориса Галушкина, д. 14, кор. 1
телефон: +7 (495) 933-60-00
факс: +7 (495) 933-60-10
www.bio-oil.com/ru



НТС «Градиент» – одна из ведущих дистрибьюторских компаний России в области потребительских товаров повседневного спроса (FMCG), основана в 1991 г. Ассортимент компании насчитывает более 20 000 наименований косметики, парфюмерии, бытовой химии, продукции для детей, товаров для дома и отдыха, средств личной гигиены и ухода.

Bio-Oil® – это экспертный уход за кожей, разработанный с целью уменьшить видимость шрамов, растяжек и неровного цвета кожи. Его рекомендуется использовать также для возрастной и обезвоженной кожи.

Продукт содержит уникальный ингредиент PurCellin Oil™, который уменьшает плотность масла. Благодаря ему Bio-Oil® быстро впитывается, а его основные ингредиенты – витамины А и Е, натуральные масла календулы, лаванды, розмарина и ромашки – начинают гарантированно и целенаправленно действовать.

Уникальный продукт Bio-Oil® гипоаллергенен, подходит даже для самой чувствительной кожи, его можно использовать как для тела, так и для лица.

ДАЖЕ КОГДА КОЖА КАЖЕТСЯ СПОКОЙНОЙ,

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВСЕГДА ГОТОВ К АТАКЕ

При atopическом дерматите среднетяжелого и тяжелого течения² у взрослых и у детей с 2 лет:^{*}

- Быстрее¹ устранение острых симптомов заболевания²
- Длительный контроль atopического дерматита^{3,4}

Предупреждение обострений и увеличение длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями^{2,4}



(такролимус мазь 0,03%, 0,1%)

* У детей и подростков от 2 до 16 лет следует применять мазь Протопик® 0,03%

1. Корсунская И.М., Невозинская З.А., Мельниченко А.О., ж-л Клиническая Дерматология и Венерология 2011; N5, с.86-91.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Протопик® JCP-001885/10-120310
3. Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F. et al. Allergy 2008; 63:742-750
4. Thaci D, Reitamo S, Ensenat MAG et al. Br J Dermatol 2008; 159:1348-1356

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
Протопик® мазь для наружного применения 0,03% и 0,1%. Международное непатентованное название: Такролимус (Tacrolimus). **Лекарственная форма:** мазь для наружного применения. **Описание:** Мазь однородной консистенции от белого до слегка желтоватого цвета. **Состав:** В 100 г мази содержится 0,03/0,1 г такролимуса (в виде такролимуса моногидрата), *активные вещества:* парафин белый мягкий 0,03/0,1 г, парафин жидкий 1,00/11,4 г, пропанолонат 5,00/5,00 г, воск пчелиный белый 3,50/3,50 г, парафин твердый 3,00/3,00 г. **Фармакотерапевтическая группа:** противовоспалительное средство для местного применения. **Код АТС: D11AH01. Фармакологические свойства. Фармакодинамика.** Такролимус относится к группе ингибиторов кальциневрина. Он связывается со специфическим цитоплазматическим белком иммунофилином (FKBP12), который является цитозольным рецептором для кальциневрина (FK506). В результате этого формируется комплекс включающий такролимус, FKBP12, кальций, кальмодулин и кальциневрин, что приводит к ингибированию фосфатазной активности кальциневрина. Это делает невозможным дефосфорилирование и транслокацию ядерного фактора активированных T-клеток (NFAT), необходимого для инициации транскрипции генов, кодирующих продукцию ключевых для T-клеточного иммунного ответа цитокинов (IL-2 и интерферон-гамма). Кроме того, такролимус ингибирует транскрипцию генов, кодирующих продукцию таких цитокинов, как IL-3, IL-4, IL-5, гранулоцитарно-макрофагальный хемокинистимулирующий фактор (GM-CSF) и фактор некроза опухоли (ФНО-α), которые принимают участие в начальных этапах активации T-лимфоцитов. Помимо этого, под влиянием такролимуса происходит ингибирование высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, базофилов и эозинофилов, а также снижение экспрессии FcεR1 (высокоаффинный поверхностный рецептор для иммуноглобулина E) на клетках Лангерганса, что ведет к снижению их активности и презентирования антигена T-лимфоцитами. Мазь такролимуса не влияет на синтез коллагена и, таким образом, не вызывает атрофию кожи. **Фармакокинетика. Абсорбция.** Всасывание такролимуса в системный кровоток при местном применении является минимальным. У большинства пациентов с atopическим дерматитом (у взрослых и детей) как при однократном применении, так и при многократном применении 0,03 и 0,1% мази такролимуса концентрация его в плазме крови составляла < 1,0 нг/мл. Системная абсорбция зависит от площади поражения и уменьшается по мере исчезновения клинических проявлений atopического дерматита. Кумуляции препарата при длительном применении (до 1 года) у детей и взрослых не отмечалось. **Распределение в организме.** В связи с тем, что системная абсорбция мази такролимуса низкая, высокая способность связываться с белками плазмы (более 98,8%) рассматривается как клинически незначимая. **Метаболизм.** Такролимус не метаболизируется в коже. При попадании в системный кровоток такролимус в значительной степени метаболизируется в печени посредством CYP3A4. **Выведение.** При многократном местном применении мази такролимуса период полувыведения составляет 75 ч у взрослых и 65 ч у детей. **Показания к применению.** Мазь Протопик применяется в дозировке 0,03% и 0,1% у взрослых и только 0,03% у детей от 2 до 16 лет для лечения atopического дерматита, либо в качестве поддерживающей дозировки 0,03% мази Протопик. Применение у детей традиционно терапию иными наружными средствами (в т.ч. глюкокортикостероидами) или наличия противопоказаний к таковым. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к такролимусу, к вспомогательным веществам, к макролидам. Беременность и грудное вскармливание. Не следует применять Протопик® у пациентов с серьезными нарушениями эпидермального барьера, в частности, синдромом Неттертона, ламеллярным ихтиозом, кожными проявлениями реакции «трансплантат против хозяина», а также при генерализованной эритродермии в связи с риском увеличения системной абсорбции такролимуса. **Применение мази Протопик® в дозировке 0,1% противопоказано у детей и подростков младше 16 лет, в дозировке 0,03% у детей младше 2 лет. (См. противопоказания).** Протопик® в значительной степени метаболизируется в печени, и, хотя его концентрация в крови при наружном применении очень низкая, у больных с декомпенсированной печеночной недостаточностью мазь использовать с осторожностью. Необходимо соблюдать осторожность при использовании мази Протопик® у больных с обширным поражением кожи, длительными курсами, особенно у детей. **Способ применения и дозы.** Взрослым и детям старше 2 лет мазь Протопик® наносится тонким слоем на пораженные участки кожи. Препарат можно применять на любых участках тела, включая лицо и шею, в области кожных складок. Не следует наносить препарат на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки. **Применение у детей (2 года и старше) и подростков до 16 лет.** Лечение необходимо начинать с нанесения 0,03% мази Протопик® два раза в сутки. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать трех недель. В дальнейшем частота применения уменьшается до одного раза в сутки, лечение продолжается до полного очищения очагов поражения. **Применение у взрослых и подростков 16 лет и старше.** Лечение необходимо начинать с применения 0,1% мази Протопик® два раза в сутки и продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения можно уменьшать частоту нанесения 0,1% мази или переходить на использование 0,03% мази Протопик®. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение 0,1% мазью Протопик® дважды в день. Если позволяет клиническая картина, следует предпринять попытку снизить частоту применения препарата, либо использовать меньшую дозировку 0,03% мази Протопик®. **Применение у людей пожилого возраста (65 лет и старше).** Особенности применения у людей пожилого возраста отсутствуют. Обычно улучшение наблюдается в течение одной недели с момента начала терапии. Если признаки улучшения на фоне терапии отсутствуют в течение двух недель, следует рассмотреть вопрос о смене терапевтической тактики. Лечение обострений. Мазь Протопик® может использоваться кратковременно или длительно в виде периодических поддерживающих курсов терапии. Лечение пораженных участков кожи проводится до полного исчезновения клинических проявлений atopического дерматита. Как правило, улучшение наблюдается в течение первой недели лечения. Если признаки улучшения не наблюдаются в течение двух недель с момента начала использования мази, необходимо рассмотреть другие варианты дальнейшего лечения. Лечение следует возобновить при появлении первых признаков обострения atopического дерматита. **Профилактика обострений.** Для предупреждения обострений и увеличения длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями заболевания в анамнезе рекомендуется поддерживающая терапия мазью Протопик®. Целесообразность назначения поддерживающей терапии определяется эффективностью предшествующего лечения по стандартной схеме (2 раза в день) на протяжении не более 6 недель. При поддерживающей терапии мазью Протопик® следует наносить 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг) на участки кожи, обычно поражаемые при обострениях. Промежуток времени между нанесением препарата должен составлять не менее 2-3 дней. **У взрослых и подростков 16 лет и старше используется 0,1% мазь Протопик®, у детей (2 года и старше) — 0,03% мазь Протопик®.** При проявлении признаков обострения следует перейти к обычному режиму терапии мазью Протопик® (см. раздел «Лечение обострения»). Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо

оценить клиническую динамику и решить вопрос о целесообразности продолжения профилактического использования мази Протопик®. У детей для оценки клинической динамики следует временно отменить препарат и затем рассмотреть вопрос о необходимости продолжения поддерживающей терапии. **Побочное действие.** Наиболее частыми нежелательными реакциями являются симптомы раздражения кожи (ощущение жжения и зуда, покраснение, боль, парестезии и сыпь в месте нанесения). Как правило, они выражены умеренно или незначительно и проходят в течение первой недели после начала лечения. Часто встречается непереносимость алкоголя (покраснение лица или симптомы раздражения кожи после употребления спиртных напитков). У пациентов, применяющих мазь Протопик®, отмечается повышенный риск развития фолликулита, акне и герпетической инфекции. По частоте встречаемости нежелательные реакции делятся на очень частые (> 1/10), частые (> 1/100, < 1/10) и редкие (> 1/1000, < 1/100). В рамках каждой группы нежелательные реакции представлены в порядке убывания значимости. **Общие противопоказания и местные реакции.** Очень частые: жжение и зуд в месте применения. Частые: ощущение тепла, покраснение, боль, раздражение, сыпь в месте применения. С неизвестной частотой: отек в месте применения. **Инфекции.** Частые: Местные кожные инфекции вне зависимости от этиологии. В частности (но не ограничиваясь перечисленными), это герпетическая экзема Капоши, фолликулит, инфекция, вызванная вирусом Herpes simplex, другие инфекции, вызванные вирусами семейства Herpesviridae. **Глаза и поражение слизистой.** Частые: фолликулит, зуд. Нечастые: акне. **Нервная система.** Частые: парестезии, гиперестезия. **Метаболизм и особенности питания.** Частые: непереносимость алкоголя (гиперемия лица или симптомы раздражения кожи после употребления спиртных напитков). За весь период наблюдения препарата были зарегистрированы единичные случаи розacea, милиума (кожные) и другие виды лимфом, рак кожи. **Передозировка.** При местном применении случаев передозировки не отмечалось. При попадании внутрь необходимо предпринять общепринятые меры, которые включают контроль жизненно важных функций организма и наблюдение за общим состоянием. Стимуляция рвоты или промывание желудка не рекомендуются. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Такролимус не метаболизируется в коже, что исключает риск лекарственных взаимодействий в коже, которые могут повлиять на его метаболизм. Так как системная абсорбция такролимуса при использовании в форме мази минимальна, взаимодействие с ингибиторами CYP3A4 (в том числе эритромицином, итраконазолом, кетоконазолом, дилтиазем) при одновременном применении с мазью Протопик® маловероятно, однако не может быть полностью исключено у пациентов с обширными участками поражения и/или эритродермией. Влияние мази Протопик® на эффективность вакцинации не изучалось. Однако, из-за потенциального риска снижения эффективности вакцинации необходимо провести до начала применения мази Протопик®, в случае применения живой аттенуированной вакцины, этот период должен быть увеличен до 28 дней, в противном случае следует рассмотреть возможность использования альтернативных вакцин. **Применение у детей.** Было проведено исследование по изучению взаимодействия с конъюгированной вакциной против Neisseria meningitidis серотипа C, в котором приняли участие дети в возрасте от 2 до 11 лет. Результаты этого исследования свидетельствуют, что одновременное применение такролимуса не оказывало влияния на первичный ответ на вакцинацию, формирование иммунной памяти, а также гуморальный и клеточный иммунный ответ. **Возможность совместного применения мази Протопик® с другими наружными препаратами, системными глюкокортикостероидами и иммуносупрессантами не изучалась. Особые указания.** Мазь Протопик® нельзя использовать у больных с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или у пациентов, которые принимают иммуносупрессивные препараты. Во время применения мази Протопик® необходимо минимизировать попадание на кожу солнечных лучей, посещение сауны, терапию УФ-лучами B или A в комбинации с посolareм (PUVA-терапия). Мазь Протопик® не должна применяться для лечения участков поражения, которые рассматриваются как потенциально злокачественные или предположительно в течение 2 ч на участках кожи, на которые наносилась мазь Протопик®, нельзя использовать смягчающие средства. Эффективность и безопасность применения мази Протопик® в лечении инфицированного atopического дерматита не оценивались. При наличии признаков инфицирования до назначения мази Протопик® необходимо проведение соответствующей терапии. Применение мази Протопик® может быть связано с повышенным риском развития герпетической инфекции. При наличии признаков герпетической инфекции следует индивидуально оценить соотношение пользы и риска применения Протопика. При наличии лимфаденопатии необходимо обследовать пациента до начала терапии и наблюдать за ним в период применения мази. При отсутствии очевидной причины лимфаденопатии или при наличии симптомов острого инфекционного мононуклеоза необходимо прекратить применение мази Протопик®. Необходимо избегать попадания мази в глаза и на слизистые оболочки (в случаях случайного попадания мази необходимо тщательно удалить и/или промыть водой). Не рекомендуется носить мазь Протопик® под окклюзионные повязки и носить плотную воздухопроницаемую одежду. Так же, как при использовании любого другого местного лекарственного средства, пациенты должны мыть руки после нанесения мази, кроме тех случаев, когда мазь наносится на область рук с лечебной целью. **Применение у детей.** В рамках клинического исследования, проведенного на детях в возрасте от 2 до 12 лет с целью изучения влияния на их находящуюся на стадии развития иммунную систему, было продемонстрировано, что лечение мазью такролимуса 0,03% на фоне вакцинации конъюгированной вакциной против Neisseria meningitidis серотипа C, не оказывало влияния на первичный ответ на вакцинацию, индукцию T-клеточного иммунного ответа и формирование иммунной памяти. **Влияние на способность управлять автомобилем и работать со сложной техникой.** Исследования по влиянию мази на способность управлять автомобилем и на быструю реакцию при работе со сложной техникой, требующей повышенного внимания, не проводились. Мазь Протопик® применяется местно и нет оснований полагать, что она может оказывать влияние на способность управлять автомобилем и работать с механизмами. **Форма выпуска.** Мазь для наружного применения 0,03% и 0,1%. По 10, 30 или 60 грамм мази для наружного применения в пластиковых тубах. По 1 тубе вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **Условия хранения.** Хранить при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности.** 3 года. Не применять препарат после окончания даты срока годности, указанного на упаковке! **Условия отпуска.** По рецепту. **Производитель.** **Владелец Регистрационного удостоверения:** Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды, Силверсвег 62, 2333 ВС, Лейден, Нидерланды. **Произведено:** Астеллас Фарма Тек Ко, Лтд., Япония. **Упаковка и выпускающий контроль.** Астеллас Ирланд Колтд., Ирландия Юкер Керри, Килгиллинг. **Претензии по качеству принимаются Представительством компании в Москве.** Адрес Представительства компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» (Нидерланды): 109147 Москва, Марксистская ул. 16, «Мосаларко Плаза-1» бизнес-центр, телефон: (495) 737 07 55; факс (495) 737 07 67

ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПОСОВЕТОВАТЬСЯ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩЬЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (RUS/RPT/01/2014/Advertizing) P-СК/ЛА/МА

ООО «Гринвуд»

109012, Москва, ул. Варварка, д. 14
телефон: +7 (495) 698-45-46
электронная почта: info@greenwood.ru
www.greenwood.ru



Компания «Гринвуд» – эксклюзивный поставщик оригинальных растительных препаратов, косметических средств и специализированных продуктов диетического профилактического питания. Компания работает на фармацевтическом рынке России и стран СНГ более 20 лет. Ассортиментный портфель предприятия включает более 25 наименований продукции.

ООО «ИнтерЛабСервис»

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 20/13, стр. 2
телефон: +7 (495) 664-28-84
электронная почта: info@interlabservice.ru
www.interlabservice.ru



ООО «ИнтерЛабСервис» с 2002 г. работает на рынке комплексных поставок высокотехнологичной продукции для молекулярной диагностики в России и странах СНГ. На сегодняшний день компания является ведущим дистрибьютором продукции для клинической ПЦР-диагностики и одним из наиболее перспективных поставщиков продукции для научных молекулярно-биологических исследований.

Деятельность компании «ИнтерЛабСервис» направлена на внедрение в широкую практику здравоохранения и науки России и СНГ новых передовых технологий молекулярной диагностики.

Kamedis, Израиль

Контактные данные в России:
142784, г. Москва, п. Московский, д. Румянцево, стр.1, а/я 1581
телефон/факс: +7 (495) 775-24-24
электронная почта: info@kamedis.ru
www.kamedis.ru



Компания Камедис является ведущим разработчиком и производителем дерматологических биорастительных средств по уходу за кожей.

Kamedis была основана в 1998 г. группой медиков, биологов и специалистов по альтернативной медицине в сфере дерматологии. Kamedis производит уникальные продукты на основе биорастительных экстрактов.

Состав продукции Kamedis не включает такие компоненты как гормоны, стероиды, парабены, SLS и ароматизаторы. Вся продукция Kamedis проходит тщательные клинические исследования, соответствует мировым фармацевтическим стандартам и безопасна для длительного применения. Продукция Kamedis делится на четыре линейки:

- TOPIC Medis – для сухой, зудящей и раздраженной кожи
- PSO Medis – для сухой, шелушащейся и покрасневшей кожи
- AC Medis – для жирной и покрасневшей кожи, склонной к прыщам
- SEBO Medis – для жирной кожи лица и головы, шелушащейся, покрасневшей и склонной к образованию перхоти

Параллельно с производством собственной торговой марки Kamedis также разрабатывает и производит свои продукты для ведущих мировых производителей дерматологических лечебных препаратов и косметики, которые распространяются под их частной торговой маркой.

КОРПОРАЦИЯ RHANA

125009, Москва, Леонтьевский пер., д. 2А, стр. 1
электронная почта: mail@rhanaopt.ru
www.laennec.ru; www.rhanaopt.ru

Медицинская корпорация RHANA эксклюзивно представляет в России и в странах СНГ плацентарные препараты фармацевтического концерна Japan Bio Products Co., Ltd. (Япония):

- Лаеннек – гидролизат плаценты человека, инъекционный гепатопротектор, иммуномодулятор и геропротектор;
- Curacen, Curacen Essence – плацентарные мезопрепараты;
- Nanoneedle JBP 34G, 33G, 30G – травматичные иглы с ультратонкими стенками для безболезненных инъекций;
- GNC Placental Cosmetic и Bb Laboratories – плацентарные космецевтические anti-age линии;
- БАДы на основе растительных компонентов и гидролизата плаценты.

Профессиональная космецевтика DM3 INTERNATIONAL DEVELOPMENT (Франция) – Sublime Repair Forte с низкомолекулярными пептидами.

Космецевтика IFC Group (Испания) – Endocare, Heliocare, Neoretin – для решения возрастных проблем, фото-, иммунозащиты и проблем гиперпигментации.



ЗАО «ЛОРЕАЛЬ», Франция

VICHY, Франция

119180, Москва, 4-й Голутвинский пер., д. 1/8, стр. 1–2
телефон: + 7 (495) 258-31-91
факс: + 7 (495) 725-63-32
www.vichyconsult.ru

Более 80 лет Лаборатории Vichy занимаются разработкой и производством косметических средств, созданных на основе уникальной Термальной Воды Vichy SPA из термального источника Lucas в городе Виши во Франции. Лаборатории Vichy гордятся своими обширными исследованиями в области здоровья кожи, ежегодно проводится более 40 000 консультаций. Косметическая продукция компании проходит клинические испытания, по своей строгости приближенные к испытаниям лекарственных средств. Vichy регулярно освещает свои разработки на важнейших дерматологических конгрессах.

Косметика Vichy гипоаллергенна, протестирована под контролем дерматологов, не содержит парабенов, подходит для чувствительной кожи. Марка Vichy является абсолютным лидером среди аптечных косметических брендов в мире и в России.



Дерматологическая Лаборатория La Roche-Posay

119180, Москва, 4-й Голутвинский пер., д. 1/8, стр. 1–2
телефон: + 7 (495) 258-31-91
факс: + 7 (495) 725-63-32
www.laroche-posay.ru

Марка La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25 000 дерматологов во всем мире. Входящая в состав Термальная вода La Roche-Posay с уникально высоким содержанием селена и тщательно отобранные активные компоненты позволяют эффективно использовать средства в качестве монотерапии или в сочетании с лекарственными препаратами при лечении различных заболеваний кожи.



LEO Pharma, Дания

ООО «ЛЕО Фармасьютикал Продактс», дочерняя компания LEO Pharma
Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 2
телефон: +7 (495) 760-93-41
электронная почта: info.ru@leo-pharma.com
www.leo-pharma.com



LEO Pharma была основана в Дании в 1908 г. и за 100 лет выросла из небольшой домашней аптеки в международную компанию, представленную более чем в 100 странах мира. Компания начала свою деятельность с препаратов широкого профиля, таких как Албил, Гепарин, Ронтил. Сегодня в основном фокусе LEO Pharma пациенты с дерматологическими заболеваниями. На российском рынке ЛЕО Фармасьютикал Продактс представлена с 2013 г. двумя линейками препаратов: первая – для лечения псориаза (Ксамиол, Дайвонекс, Дайвобет), вторая – для лечения экземы и инфекций кожи (Фуцидин, Фуцикорт, Фуцидин Г). В ближайших планах компании расширение дерматологического портфеля и активная работа с дерматологическим сообществом.

Мёлнлике Хелс Кэа, Швеция

1151916, Москва, ул. Б. Тульская, д. 10, стр. 3
телефон: +7 (495) 232-26-64, +7 (495) 231-16-70
факс: +7 (495) 232-26-65
электронная почта: info.ru@molinlycke.com
www.molinlycke.com, www.molinlycke.ru



Mölnlycke Health Care (Мёлнлике Хелс Кэа) – шведская компания, являющаяся одним из мировых лидеров в разработках, производстве и поставках одноразовой хирургической продукции, а также перевязочных материалов и средств для лечения ран для профессионального здравоохранения. Хирургическое подразделение включает производство хирургического белья, халатов, маск для лица, головных уборов, а также хирургических перчаток. Подразделение компании, отвечающее за средства для ухода за ранами, включает медицинские приборы для лечения ран, перевязочные и фиксирующие средства, а также продукты для ухода за кожей и смягчающие средства. Самые популярные продукты компании, способствующие быстрому заживлению ран, произведены с использованием технологии мягкого силиконового покрытия Safetac.

«МСД Фармасьютикалс», Россия

115093, Москва, ул. Павловская, 7, стр. 1, БЦ «Павловский»
телефон: +7 (495) 916-71-00
факс: +7 (495) 916-70-94
www.msdr.ru



Фармацевтическая компания MSD, известная как Merck & Co. в США и Канаде, является одним из мировых лидеров в области здравоохранения, ведущей научно-исследовательской компанией, которая направляет огромные усилия на улучшение здоровья и благополучия людей во всем мире. MSD присутствует более чем в 140 странах, поставляя рецептурные лекарственные препараты, вакцины, биологические препараты, а также продукцию для использования в ветеринарии. Мы предлагаем инновационные решения в таких терапевтических областях, как сердечно-сосудистые заболевания, эндокринология (включая женское здоровье), инфекционные заболевания, онкология, иммунология, офтальмология, респираторные заболевания, урология. Реализуя ширококомасштабные инициативы, программы и партнерские проекты, компания MSD способствует расширению доступа к медицинскому обслуживанию, чтобы люди во всем мире могли жить более здоровой жизнью.

ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



MartineX
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
СО СРЕДНИМ И ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ**



ПО НАПРАВЛЕНИЯМ:

БИОРЕПАРАЦИЯ, БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ · МЕЗОТЕРАПИЯ · КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА
ВИТАСОМАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС · ХИМИЧЕСКИЕ И ТРАВЯНЫЕ ПИЛИНГИ
АППАРАТНАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ · КОСМЕЦЕВТИКА

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ, ДНИ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ, КОНСУЛЬТАЦИИ
ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ УМЦ ПРОХОДЯТ ПО АДРЕСАМ:**

**г. Москва: Краснопролетарская, 16, стр. 11
+7 (495) 741 70 87, +7 (499) 707 09 00, umc@martinex.ru**

Санкт-Петербург: Решетникова, 14; Кораблестроителей, 30, +7 (812) 305 50 08, +7 (812) 441 37 87, martinex-spb@mail.ru; Екатеринбург: Жукова, 13, +7 (343) 3768015, +7 (343) 3768001, ekb@martinex.ru; Калининград: Октябрьская, 8, оф. 35, +7 (4012) 30 70 67, +7 (4012) 30 70 97, kaliningrad@martinex.ru; Краснодар: Московская, 59/1, оф. 1-02, +7 (861) 279 63 43, +7 (861) 279 59 96, krasnodar@martinex.ru; Нижний Новгород: Верхневолжская наб., 6, пом. 4, +7 (831) 432 02 90, 432 07 42, nn@martinex.ru; Казань: Япеева, 10, +7 (843) 524 75 25, sofronova@martinex.ru

С актуальным расписанием образовательных семинаров в вашем городе
и подробностями учебных программ вы можете ознакомиться
на сайте **WWW.MARTINEX.RU**

ООО «ПАРАМЕД»

123592, Москва, ул. Кулакова, д. 20, стр. 1Г
телефон: +7 (495) 781-84-79
факс: +7 (495) 781-84-79
электронная почта: contact@paramed.ru
www.paramed.ru



ПАРАМЕД
группа компаний

Компания Парамед (год основания 1993) является маркетинговым агентом полного цикла и дистрибьютором на территории России, Белоруссии, Казахстана таких известных на международном рынке брендов, как ISIS Pharma, Mustela, Premium Diagnostics, Nippes, Becker Manicure, Systagenix, Warwick Sasco. Сферы деятельности компании: дерматология, детская дерматология, детская аллергология, педиатрия, гинекология.

А.О. Тархоминский Фармацевтический завод «Польфа», Польша

Представительство в России:
121248, Москва, Кутузовский пр-т, д. 9, корп. 1, офис 1
телефон/факс: +7 (495) 937-64-30, +7 (495) 223-68-35

Головной офис:
POLAND

03- 176 Warszawa, ul. Fleminga, 2
telefon: +48 (22) 510-80-01
fax: +48 (22) 510-80-53
www.polfa-tarchomin.com.pl

Акционерное Общество Тархоминский фармацевтический завод «Польфа» является производителем лекарственных средств, которое занимает ведущую позицию на польском фармацевтическом рынке в таких терапевтических группах, как антибиотики, психотропы, препараты для дерматологии и диабетологии (гуманный инсулин).

А.О. Польфа Тархомин производит более 140 препаратов в различных формах и дозах (таблетки, порошки для инъекций и др.), которые зарегистрированы более чем 20 странах мира.

 **POLFA TARCHOMIN S.A.**

Pierre Fabre / ООО «Пьер Фабр»

Россия, Москва, ул. Саввинская набережная, д. 11,
телефон: +7 (495) 789-95-33
электронная почта: secretary@pierre-fabre.com
www.pierre-fabre-russia.ru

Группа Pierre Fabre является второй по величине частной фармацевтической компанией во Франции и присутствует на рынках в 140 странах по всему миру. Бизнес компании в рамках представительства Pierre Fabre в России только начинает стремительно развиваться. В 2009 г. состоялось открытие ООО «Пьер Фабр» – 100% дочернего предприятия в России. Уже в мае 2009 г. начались первые поставки ООО «Пьер Фабр» лечебной косметики из Франции, а в 2010 г. – первая поставка стоматологических препаратов. В России основным направлением деятельности ООО «Пьер Фабр» является продвижение дермокосметических средств, которые представлены двумя направлениями: дерматологическое и эстетическое.



Pierre Fabre

ПОДПИСКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ акушерство и ГИНЕКОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском доме «Бионика Медиа»!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2015: Первое полугодие (6 выпусков):

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

Годовая подписка (12 выпусков)

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

Оформить подписку вы можете на сайте www.bionika-media.ru
или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63**
и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

71400 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
71401 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

38762 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
38764 Для организаций (Полугодовая)



1320 руб. 00 коп.
3841 руб. 20 коп.

2468 руб. 40 коп.
7141 руб. 20 коп.

В каталоге Российской прессы «Почта России»

10227 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
10229 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»
<http://www.ural-press.ru>
000 «Информнаука»
<http://informnauka.com>
000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»
<http://pinform.spb.ru/>

«Ранбакси»

129223, Москва, Проспект Мира, ВВЦ, Деловой центр «Технопарк», стр. 537/4, офис 45, 47, 48.
телефон: +7 (495) 234-56-11, 234-56-12, 234-56-13
факс: +7 (495) 234-56-19
www.ranbaxy.ru



Ранбакси Лабораториз Лимитед – крупнейшая фармацевтическая компания Индии, международный производитель широкого ряда качественных и доступных лекарственных средств. Ранбакси поставляет препараты в более чем 125 стран, производственные мощности расположены в 7 странах мира.

ЗАО «Ретиноиды»

111123, Москва, ул. Плеханова, д. 2/46, стр. 5
телефон: +7 (495) 648-29-62
факс: +7 (495) 225-73-41
электронная почта: reklama@retinoids.ru
www.retinoids.ru

ЗАО Фармацевтическое научно-производственное предприятие «Ретиноиды» – отечественный производитель лекарственных средств для лечения заболеваний кожи. Основано в 1991 г. Сегодня компания осуществляет деятельность в следующих направлениях:

- производство готовых лекарственных средств
- производство фармацевтических субстанций
- медицинские услуги
- доклинические и клинические испытания новых лекарственных средств
- изготовление учебных пособий
- издательская деятельность

Компания считает своим долгом обеспечивать пациентов современными, эффективными и доступными лекарственными препаратами высокого качества.



ЗАО «Сандоз», Швейцария

125315, Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3
телефон: +7 (495) 660-75-09
электронная почта: sandoz.russia@sandoz.com
www.sandoz.ru

Компания «Сандоз», дженериковое подразделение Группы компаний «Новартис», располагает штатом 26 500 сотрудников более чем в 160 странах и предлагает свыше 1 000 высококачественных, доступных по цене препаратов, которые вышли из-под патентной защиты. Компания «Сандоз» разрабатывает, производит и продает лекарственные средства, фармацевтические и биотехнологические активные субстанции, а также занимает лидирующую позицию в мире в области биоаналогов и ведущие позиции на рынке дженериков.



ПОДПИСКА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ и инфекционные болезни

актуальные вопросы

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2015:

Годовая подписка (6 выпусков)

1597 руб. 200 коп.

Первое полугодие (3 выпуска)

884 руб. 40 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

72537 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

72541 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

13152 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

13153 Для организаций (Полугодовая)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

10786 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

10799 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»

<http://www.ural-press.ru>

000 «Информнаука»

<http://informnauka.com>

000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»

<http://pinform.spb.ru/>

ООО «ФЕРОН»

123098, Москва, ул. Гамалеи, 18, корп. А
телефон: +7 (495) 646-12-19
телефон\факс: +7 (499) 193-30-60
электронная почта: info@viferon.su
www.viferon.su



ООО «ФЕРОН» – производитель препаратов ТМ ВИФЕРОН®

ВИФЕРОН® Противовирусный иммуномодулирующий препарат, включающий в свой состав рекомбинантный интерферон альфа-2в и комплекс антиоксидантов. Выпускается в форме суппозитория, мази и геля.

Применяется в педиатрии, в неонатологии, гинекологии (в т.ч. у беременных женщин), в дерматологии, урологии, терапии и инфектологии, для лечения широкого спектра заболеваний: ОРВИ и гриппа, герпесвирусной и уrogenитальной инфекции, вирусных гепатитов В, С и D.

Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН, Россия

119991, Москва, ГСП-1, Ленинский проспект, д. 53 КРФ ФИАН
телефон: +7 (499) 403-13-52
факс: +7 (499) 403-13-52
электронная почта: iponom@okb.lpi.troitsk.ru
www.yachroma.com

«Яхрома-Мед» – лазерная установка на парах меди для лечения эпителиальных новообразований кожи без повреждения эпидермиса, таких как «винные пятна», телеангиэктазии, гемангиомы, лентиго, витилиго, кофейные пятна, цветные татуировки, ВПЧ-бородавки, фибромы, папилломы, разглаживания морщин. Короткие импульсы лазерного света избирательно нагревают и коагулируют расширенные сосуды и другие дефекты кожи без повреждения окружающей ткани. «Яхрома-Мед» обеспечивает отличные клинические результаты, короткий восстановительный период. Лечение не требует анестезии. Установка награждена золотым знаком качества «Российская марка», Золотой медалью V Международного салона «Архимед».

Более 100 работающих лазерных установок по России и СНГ!

Поставка, обучение специалистов, методическое сопровождение, гарантийное обслуживание.

STADA CIS, Германия Московское представительство STADA CIS

119017, Москва, ул. Б. Ордынка, д. 44, стр. 4
телефон: +7 (495) 797-31-10
факс: +7 (495) 797-31-11
электронная почта: moscow@stada.ru
www.stada.ru



STADA CIS – российский холдинг в составе международного фармацевтического концерна STADA, образован в результате объединения компаний НИЖФАРМ и МАКИЗ-Фарма. Производство STADA CIS представлено двумя производственными площадками: НИЖФАРМ (Нижний Новгород) и Хемофарм (Обнинск). Все производства холдинга сертифицированы по GMP. Продуктовый портфель STADA CIS включает более 150 наименований лекарственных средств различных АТС-классов и форм выпуска. Основа продуктового портфеля – препараты, используемые в дерматологии, кардиологии, гастроэнтерологии, гинекологии, урологии, ревматологии и педиатрии.

ПОДПИСКА

УРОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2015: Первое полугодие (3 выпуска):

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

Годовая подписка (6 выпусков)

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

706 руб. 20 коп.
2042 руб. 70 коп.

1287 руб. 00 коп.
3722 руб. 40 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

71474 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)

71475 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

43117 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

43118 Для организаций (Полугодовая)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

24851 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

24852 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»

<http://www.ural-press.ru>

000 «Информнаука»

<http://informnauka.com>

000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»

<http://pinform.spb.ru/>

«ЭГИС» (Венгрия) в России, Венгрия

121108, Москва, ул. Ивана Франко, д. 8

телефон: +7 (495) 363-39-66

факс: +7 (495) 789-66-31

электронная почта: moscow@egis.ru

www.egis.ru



ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» является одним из классических производителей лекарственных средств. Деятельность компании охватывает все направления: от исследований, разработок, производства фармацевтических ингредиентов и готовой продукции до маркетинга и продаж. Возможности компании охватывают все этапы производственно-сбытовой фармацевтической цепочки, позволяя полностью контролировать качество продукции на протяжении срока годности и быть чувствительными к изменениям в рыночных условиях.

ООО «Издательство БИНОМ», Россия

127018, Москва, 1-я Ямская улица, д. 8, этаж 3

телефон: +7 (495) 988-38-72, (495) 988-38-73, (916) 359-72-03

электронная почта: info@binom-press.ru

Издательство БИНОМ – одно из старейших на российском книжном рынке. Образовано в 1990 г. В числе самых первых российских издательств начало посещать международные книжные ярмарки и приобретать права на русскоязычные издания.

В настоящее время издательство специализируется на выпуске профессиональной литературы – медицинской и компьютерной, а также книг смежных специальностей – по математике, биологии, химии, инженерным дисциплинам и т.д.

ООО «Савьён»

121099, Россия, Москва, ул. Новый Арбат, д. 34, стр. 1, оф. 112

телефоны: +7 (925) 642-39-99, +7 (929) 649-59-86

электронная почта: info@savyon.ru

www.savyon.ru



Savyon – профессиональная линия космецевтических средств с высокой проникающей способностью, обусловленной использованием пептидных комплексов и активных компонентов, заключенных в нанокапсулы. Корректирует все видимые признаки старения – активные ингредиенты стимулируют синтез коллагена, эластина и других компонентов межклеточного матрикса, повышают упругость и эластичность кожи, тормозят процесс гликации, обладают мгновенным и накопительным эффектом.

ПОДПИСКА

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2015: Первое полугодие (январь–июнь):

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

1900 руб. 80 коп.
3069 руб. 00 коп.

Годовая подписка

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

3445 руб. 20 коп.
5583 руб. 60 коп.

Комплекты (1-е полугодие 2015 г.)

«Медицинский вестник»
с газетой «Фармацевтический вестник»
«Медицинский вестник»
с журналом «iDoctor»

7642 руб. 80 коп.

2080 руб. 10 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

19830 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
32573 Для организаций (Полугодовая)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

79031 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
61856 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

20420 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
19844 Для организаций (Полугодовая)

Информационные партнеры

1ner.ru, Россия

117485, Москва, ул. Профсоюзная, д. 84/32, подъезд А 6
телефон: +7 (499) 517-90-37
электронная почта: info@1ner.ru
www.1ner.ru



первый национальный эстетический портал

Первый национальный эстетический портал 1ner.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты.

Портал аккумулирует все важные аспекты и новинки отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, расписание отраслевых мероприятий, каталог клиник и салонов красоты.

CABINES, Россия

127055, Москва, ул. Новослободская, д. 55, стр. 1, оф. 4
телефон: +7 (499) 973-38-12
www.cabines.ru



CABINES – специализированное международное издание для профессионалов косметологии и салонного бизнеса.

В журнале:

Новинки косметических марок и оборудования

Пошаговое описание эстетических процедур

Статьи российских и зарубежных авторов по косметологии, эстетической медицине, организации спа-бизнеса, созданию имиджа, нетрадиционным методам оздоровления

Техника продаж, организация работы салонов красоты и спа

Стажировки и обучение

Календарь мероприятий индустрии красоты.

Журнал выходит 8 раз в год.

Ivrach.ru

телефон: +7 (916) 234-22-31
электронная почта: info@ivrach.com
www.ivrach.com



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 г. входит в международный альянс врачебных сетей Networks in Health.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках Журнального Клуба обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

www.vrachirf.ru

«Врачи РФ» – первая российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 430 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соцсетях, а также крупнейшей именной базой e-mail-контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково».



Врачи вместе

127994, Москва, ул. Тверская, д. 18, офис 421

телефон: +7 (495) 650-61-50

электронная почта: medtusovka.sales3@inbox.ru, medtusovka.redaktor2@inbox.ru

www.vrachivmeste.ru

Представляем Вам образовательный портал для врачей www.cmedu.ru и медицинский портал – социальную сеть для врачей www.Vrachivmeste.ru

Дистанционное обучение, прямые трансляции конференций, симпозиумов, круглых столов, проведение вебинаров – вот то, что отличает нас сегодня от других медицинских порталов. За прошедшие 4 года мы провели сотни вебинаров и онлайн-трансляций, свидетельством нашего профессионализма являются благодарные отзывы лекторов, компаний и врачей – слушателей организованных нами мероприятий.

Приходите на www.cmedu.ru и принимайте участие в нишах образовательных программах!

Основным каналом привлечения аудитории на образовательные программы являются врачи нашего медицинского портала – социальной сети www.Vrachivmeste.ru (более 50 тысяч пользователей). На портале врачи могут получать различную научную медицинскую информацию, узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы конференций, фильмы репортажи съездов, интервью с главными специалистами, учебные фильмы, мастер классы и т.д. www.Vrachivmeste.ru – это сообщество медицинских работников, присоединяйтесь к нам, будьте среди своих!



Доктор Ру, Россия

107078, Москва, ул. Новая Басманная, д. 23, стр. 1а, а/я 52

телефон: +7 (495) 580-09-96

электронная почта: doctor.ru@rusmg.ru

www.rusmg.ru

Научно-практический медицинский рецензируемый журнал «Доктор.Ру» – издание специализированной прессы для врачей. Издается с 2002 г. Включен в Перечень ВАК.

Целевая аудитория – практические врачи, специалисты научно-исследовательских институтов и клиник, студенты и преподаватели медицинских вузов, руководители муниципальных и областных органов управления здравоохранением.

Журнал «Доктор.Ру» призван содействовать обмену профессиональной медицинской информацией и повышению квалификации работников всех звеньев системы здравоохранения. Публикуя качественные, актуальные материалы, способствовать росту уровня медицинских услуг, укреплению здоровья населения и улучшению качества жизни в российском обществе.

Подписка через Агентство «Роспечать».

Тираж – 5 000–10 000 экземпляров.

Периодичность – 16 номеров в год по 16 тематикам.

В научной электронной библиотеке eLIBRARY.ru доступны полные тексты статей. Индексируется импакт-фактор РИНЦ.





Профессиональная социальная сеть для врачей Evrika.ru, Россия

Evrika.ru – уникальный образовательно-социальный портал для врачей и специалистов сферы здравоохранения, где представлены новейшие исследования, разработки, статистические данные. Evrika.ru – это уютный личный кабинет доктора, в котором всегда под рукой справочник лекарств и справочная литература, журналы, инструкции Минздрава и свежая газета с новостями медицинской науки, удобный календарь событий в мире медицины, чтобы заранее планировать свой год. Evrika.ru – это закрытый клуб, где есть возможность обсудить с коллегами сложный клинический случай или проблемы здравоохранения в целом.

Клиническая дерматология и венерология, Россия

127238, Москва, Дмитровское ш., д. 46, корп. 2
телефон: +7 (495) 482-4329
факс: +7 (495) 482-4312
электронная почта: info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru



Издательство «Медиа Сфера» – одно из крупнейших российских медицинских издательств. Основано в 1993 г. группой видных российских ученых-медиков. Наши журналы распространяются по подписке, а также на специализированных форумах и выставках. Издательство выпускает 25 рецензируемых научно-практических медицинских журналов, 22 из которых включены в перечень ВАК, в том числе журнал «Клиническая дерматология и венерология». Журналы представлены в международных библиографических базах данных MEDLINE, SCOPUS (EMBASE), GOOGLE SCHOLAR, РИНЦ.

ИД «Косметика и медицина», Россия

117342, Москва, ул. Бутлерова, дом 176, офис 341
телефон: +7 (495) 777-54-67
факс: +7 (495) 777-54-67
электронная почта: reklama@cmjournal.ru
www.cmjournal.ru

ИД «Косметика и медицина» (с 1997 г.) выпускает журналы и книги по косметологии и эстетической медицине, организует мероприятия для специалистов косметической отрасли.

Наши журналы:

1. «Косметика & медицина», гл. ред. Эрнандес Е.И.,
2. «Инъекционные методы в косметологии», ред. Чайковская Е.А.,
3. «Аппаратная косметология», гл. ред. Клим Н.,
4. «Косметические средства», гл. ред. Эрнандес Е.И.,
5. «Трихология», гл.ред. Ткачев В.П., научн. ред. Барунова Н.Г., Халдина М.В.



Кто есть кто в медицине Кто есть Кто в медицине, Федеральный специализированный журнал, Россия

107023, Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1
телефон/факс: +7 (499) 704-04-24, +7 (495) 962-12-22
электронная почта: journal@kto-kto.ru
www.kto-kto.ru

Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений, служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины.
Читайте статьи своих коллег и присоединяйтесь к диалогу на www.ktovmedicine.ru



Kosmetic International (Вестник эстетической медицины) Издательский дом KOSMETIK international, Россия

109316, Москва, Остаповский проезд, д. 3 стр. 27
телефон: +7 (495) 937-13-21
электронная почта: info@ki.ru
<http://shop.ki-expo.ru/>

Журнал KOSMETIK international основан в 1995 г.
Особая система подачи информации – в виде тематических разделов («журнал в журнале») – позволяет называть Ki настоящей энциклопедией современной науки о красоте. Авторы журнала – ведущие отечественные и зарубежные специалисты в области косметологии и эстетической медицины. Задача журнала - публикация материалов по наиболее актуальным тематикам, которые служат надежным учебным пособием для непрерывного усовершенствования профессионального образования читателей. Главная тема номера освещается максимально подробно и сопровождается обзором методик, препаратов и оборудования.
Журнал распространяется в России, странах СНГ и Балтии. Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – 72734.



Лечащий врач, Россия

123056, Москва, Электрический пер., д. 8 стр. 3
телефон: +7 (495) 956-33-06
факс: +7 (499) 253-92-04
электронная почта: esergeeva@osp.ru
www.lvrach.ru

Журнал «Лечащий Врач» – профессиональное медицинское издание. Новости медицинского и фармацевтического рынков, научно-практические статьи для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, узких специалистов. Постоянные рубрики, адресованные руководителям медучреждений, преподавателям, студентам медвузов.
С 2008 г. решением Президиума Высшей аттестационной комиссии (ВАК), журнал «Лечащий врач» включен в список ведущих рецензируемых научных журналов.



Журнал входит в перечень изданий, рекомендуемых ВАК

ИД Медфорум, Россия ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ, ЖУРНАЛ

Россия, 127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, этаж 5, оф. 3518
телефон/факс: +7 (495) 234-07-34
электронная почта: podpiska@webmed.ru,
www.webmed.ru



В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят медицинские журналы: серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям: акушерство и гинекология; кардиология и ангиология; урология; эндокринология; гастроэнтерология, педиатрия, онкологии, неврология и психиатрия, пульмонология и оториноларингология, дерматовенерология и дерматокосметология; журнал «Вестник семейной медицины», а также ежемесячный журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес». С 2011 г. выходит журнал «Hi+Med.Высокие технологии в медицине».

Газета «Московские аптеки», Россия

109456, Москва, ул. Яснополянская, дом 3, корп. 1
телефон: +7 499 170 9320
электронная почта: info@mosapteki.ru
www.mosapteki.ru



«Московские аптеки» – газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 г. В каждом номере:

- Актуальные темы отрасли;
- Мнение экспертов фармбизнеса;
- Мониторинг и рейтинги фармрынка;
- Обзор аптечного ассортимента;
- Бизнес-тренинги и консультации для руководителей и работников аптек.

ООО «Медиа Медика», Россия (журнал «Дерматология»)

115054, Москва, Жуков проезд, дом 19
телефон/факс: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последиplomного образования врачей различных специальностей: журнал «Consilium Medicum», приложения «Consilium Medicum» – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.

Газета «Медицинский вестник», Россия

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.medvestnik.ru

Газета российского врача.

Основана в 1861 г., возобновлена в 1994 г.

Профессиональное еженедельное издание для практикующих врачей, главврачей, руководителей сферы здравоохранения.

Формат – А3, объем от 24 страниц, печать полноцветная.

Тираж 25 000 экземпляров, сертифицирован Национальной тиражной службой России. Выпуски тематические, представлены на всех значимых мероприятиях в мире медицины.

**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**

«Мир Врача», Россия

105005, Москва, Бауманская, д. 16, стр. 1
телефон: +7 (495) 661-15-54
электронная почта: support@mirvracha.ru
www.mirvracha.ru

«МирВрача» – крупнейший профессиональный портал, объединяющий почти 100 000 врачей. Самая важная информация для ежедневной медицинской практики – на страницах «МирВрача»: медицинские новости, переводные статьи из зарубежных источников, стажировки и медицинские вакансии, полный каталог лекарственных препаратов, стандарты лечения и рекомендации, клинические исследования и медицинские калькуляторы.

«МирВрача» – возможность профессионального общения между врачами: обсуждения клинических случаев, обмена опытом, повышения своего профессионального уровня, дискуссий на различные медицинские темы, авторские блоги врачей.

«МирВрача» предоставляет эксклюзивный сервис E-Detailing, основанный на опыте и технологии крупнейшего мирового разработчика.

«МирВрача» – Ваше пространство в интернете. Бесплатно и только для врачей. Присоединяйтесь!



ОБЛИК ESTHETIC GUIDE, Россия

620137, Екатеринбург, ул. Вилонова, 14а, оф. 75
телефон/факс: + 7 (343) 346-51-16; +7 (909) 006-69-96
электронная почта: info@oblikmagazine.ru
www.oblikmagazine.ru

Новое российское специализированное издание в сфере эстетики и профессиональной косметологии. Основная задача издания - помочь в приобретении теоретических знаний и практических навыков, которые необходимы для успешной деятельности всем, чья специальность так или иначе связана с косметологией и эстетической медициной.

Интервью с профессионалами со всего мира, самая последняя информация, репортажи и новинки рынка «из первых рук», постоянный раздел «Эстетическая медицина», посвященный актуальным проблемам современной косметологии, информативный и насыщенный раздел, посвященный практическому применению препаратов, методик, техник – журнал станет надежным консультантом специалиста в аппаратной и инъекционной косметологии.

Журнал принимает активное участие в ведущих российских и международных профессиональных выставках (INTERCHARM professional INTERCHARM Киев, Форум медицины красоты, Конгресс Face2Face (Франция, Канны) проводит в их рамках специальные программы и промомероприятия для читателей и авторов журнала. Издается с 2013 г. Периодичность выхода – 4 номера в год объемом от 112 полос. Распространяется в 70 городах Российской Федерации: по подписке, через региональных представителей и дистрибьюторов.

ОБЛИК
esthetic guide



Панорама, Россия

127015, Москва, Бумажный пр-д, д. 14, стр. 2
телефон: +7 (495) 664-27-90
электронная почта: krasnova@panor.ru
www.medizdat.com

«МЕДИЗДАТ», одно из ведущих и авторитетных издательств, сохранивших свой научно-интеллектуальный потенциал в России, является одним из десяти отраслевых издательств, которые входят в «Издательский Дом «ПАНОРАМА». Издательство объединяет 14 научно-практических журналов по основным направлениям медицины (хирургия, терапия, педиатрия, неврология, нейрохирургия, стоматология, экономика ЛПУ, новые медицинские технологии и оборудование и др.), являясь по их количеству самым крупным медицинским издательством в Российской Федерации.

Пластическая хирургия и косметология, Россия (Издатель ООО «ПЛАСТИКА»)

121309, Москва, улица Большая Филевская, д. 16
телефон: +7 (499) 142-64-01 (03,04)
www.pscj.ru

Журнал «Пластическая хирургия и косметология» предназначен для пластических хирургов, дерматологов, косметологов, для тех, кто хочет быть в курсе процессов, происходящих в современной эстетической медицине, кто хочет участвовать в обсуждении ее актуальных вопросов, ищет разрешения проблем собственной клинической практики.

Осн. разделы: «Пластическая хирургия» (эстетическая и реконструктивная хирургия лица, ринопластика, маммопластика и др.) «Дерматология», «Косметология» (ботулинотерапия, конт. пластика, пилинги и др.). Журнал является организатором III Международной ШКОЛЫ пластической хирургии и косметологии (16-18 мая 2013 г., МВЦ «Крокус Экспо», Москва).



ООО «ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА», Россия

115446, Москва, Каширское ш., д. 23, Онкоцентр
телефон/факс: +7 (499) 324-93-29
электронная почта: medprint@mail.ru
www.medprint.ru

На протяжении всего периода существования издательство медицинской литературы «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» неизменно особое внимание уделяет качеству выпускаемых книг и журналов. Качеству с точки зрения содержания материалов, их актуальности, современности, достоверности. Сотрудничая с ведущими российскими учёными, авторами практических руководств, атласов, учебников и другой медицинской литературы по различным дисциплинам, издательство также выпускает переводные медицинские издания. Это позволяет сделать доступной для многих российских специалистов информацию о мировом опыте диагностики, профилактики и терапии различных заболеваний.

В 2014 г. «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» отметила свой 10-летний юбилей.

Журнал Поликлиника, Россия

111524, Москва, ул. Электродная, д. 10
телефон: +7 (495) 672-70-29 (92)
электронная почта: medpres@mail.ru
www.poliklin.ru

Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» издается с 1999 г. Рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ. В нашем журнале вы найдете: информацию о законодательных, нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ; новости науки и практической медицины; консультации специалистов для работников ЛПУ; статьи о новых лекарственных препаратах, методах их применения и медицинской технике. С 2013 г. журнал «Поликлиника» включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), присвоен Международный стандартный серийный номер ISSN 2311-2441, являющийся уникальным идентификатором журнала.



Портал Профессионалов Индустрии Здоровья и Красоты, Россия

телефон: +7 (916) 822-99-65
электронная почта: spacehealth.rozanova@gmail.com
www.spacehealth.ru

Портал SpaceHealth.ru – пространство профессионалов и поклонников здоровья и красоты. Издание предоставляет качественную информацию, прямое общение с экспертами, коллегами, потенциальными клиентами, помогает расширять профессиональные возможности. Объединяет специалистов индустрии здоровья, салонного бизнеса, спа, веллнесс, фитнес, а также врачей и косметологов.



РМЖ, Россия

105066, Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр. 1
телефон: +7 (495) 545-09-80
www.rmj.ru

Журнал РМЖ – независимое издание для практикующих врачей. Издается с 1995 г. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – ведущие специалисты в своих областях. Периодичность – 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на нашем сайте.

Издательский Дом «Русский Врач», Россия

119048, Москва, ул. Усацева, д. 11, стр. 17, этаж 1
телефон: +7 (499) 246-81-90
факс: +7 (499) 246-81-90
электронная почта: info@rusvrach.ru
www.rusvrach.ru



Издательский Дом «Русский Врач» создан в 1995 г. и продолжает традиции издания в России научно-практических журналов для специалистов:

«Врач» – ведущий медицинский журнал, предназначенный для врачей всех специальностей, ученых и преподавателей медицинских вузов.

«Экспериментальная и клиническая дерматокосметология» – научно-практический журнал для специалистов, работающих в области дерматологии, косметологии и эстетической медицины.

«Молекулярная медицина» – журнал освещает результаты научных исследований в таких областях, как исследование молекулярных и генетических основ этиологии и патогенеза социально значимых заболеваний с целью разработки новых методов диагностики и способов эффективной терапии заболеваний человека, в том числе на основе технологий ядерной медицины.

«Фармация» – освещает все вопросы, связанные с теорией и практикой современной фармацевтики, технологией изготовления лекарственных средств, получения и исследования лекарственных препаратов.

«Медицинская Сестра» – журнал информирует о новых направлениях в сестринской науке, образовании, международном сестринском движении, актуальных проблемах здравоохранения и медицины, эффективных подходах к оказанию медицинской помощи и уходу за больными.

Издания входят в Научную электронную библиотеку и занимают лидирующие позиции в индексе научного цитирования.

Старая крепость, Россия

125124, Москва, 3-я улица Ямского Поля, дом 2, корпус 13
телефон: +7 (495) 228-70-71/72/74
электронная почта: info@cosmopress.ru
www.cosmopress.ru
www.sam-expo.ru
www.intercharm.net



«СТАРАЯ КРЕПОСТЬ» более 20 лет является крупнейшим информационным холдингом индустрии красоты. Издает специализированные журналы для косметологов, nail-мастеров, руководителей и владельцев «красивого» бизнеса: Les Nouvelles Esthetiques (Нувель Эстетик), «Ногтевой сервис», «Эстетическая медицина» в бумажном и электронном форматах.

Организует профессиональное обучение в рамках выставок InterCHARM: Конгресс по прикладной эстетике, Конференцию «Менеджмент салонов красоты», Школу «Ногтевого сервиса» и др. Проводит международный СИМПОЗИУМ и выставку по эстетической медицине, форум «Искусство пластической хирургии», Средиземноморский форум по эстетической и anti-age медицине.

Журнал «Фарматека», Россия

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru

Журнал «Фарматека» публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Тематические номера посвящены вопросам фармакотерапии по различным направлениям медицины, а также публикуются клинические руководства и рекомендации для семейных врачей. Освещаются вопросы регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка и безопасности применения лекарств, а также методологические обоснования их применения. Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.



ПОДПИСКА

ФАРМАТЕКА

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2015:

Первое полугодие (10 выпусков)

2 210 руб. 00 коп.

Годовая подписка (20 выпусков)

4 026 руб. 00 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

**В каталоге «Газеты и журналы»
Агентство Роспечать**

79689 Подписка на полгода (10 выпусков)

В объединенном каталоге «Пресса России»
40551 Подписка на полгода (10 выпусков)

В каталоге Российской прессы «Почта России»
10949 Подписка на полгода (10 выпусков)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»
<http://www.ural-press.ru>

000 «Информнаука»
<http://informnauka.com>

000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»
<http://pinform.spb.ru/>

ИГ «Гэотар-медиа», Россия

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4
телефон: +7 (495) 228-09-74, +7 (985) 339-53-01
электронная почта: bookpost@geotar.ru,
zhernova@geotar.ru,



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ИГ «Гэотар-медиа» – ведущее издательство профессиональной медицинской и фармацевтической литературы в России, основано в 1995 г. В ассортименте около 5000 наименований книг. Совместно с российскими НПО выпущены сборники клинических рекомендаций и серия «Национальные руководства» по всем основным медицинским специальностям. Издана переводная литература (около 200 лучших мировых изданий). Книги издательства удостоены престижных премий и наград, в т.ч. победители МКВЯ в номинации «Здоровье нации».

Информационный портал «Вестник трихологии», Россия

107113, Москва, Сокольнический вал, д. 1 «Б», этаж 1
телефон: +7 (921) 396-70-27
электронная почта: vestniktrichology@gmail.com
www.trichology.pro



ВЕСТНИК
ТРИХОЛОГИИ

общество специалистов

Информационный портал «Вестник трихологии» – интернет-журнал для врачей-трихологов. Основная задача платформы – информировать о новых медицинских разработках, а также о практическом опыте в областях: трихологии; косметологии; дерматовенерологии. На этом информационном ресурсе врачи найдут новые исследования препаратов; статьи из научных журналов, а также тезисы докладов с конференций; обучающие видео; видеолекции; расписание научных конференций, форумов и выставок.

Особенности комплексной терапии онихомикозов у женщин в менопаузе

Аббасова П.Г., Котрехова Л.П., Разнатовский К.И.

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

Под наблюдением и обследованием находились 58 женщин, больных различными формами ОМ, в возрасте от 45 до 65 лет в менопаузе. Известно, что в патогенезе ОМ у женщин в менопаузе наряду с фактом заражения дерматомицетами существенное значение имеет нарушение функций вегетативной, сосудистой и гормональной систем. Поэтому для лечения этих больных была применена схема комплексного лечения, включившего назначение препарата итраконазол (пульс-терапия) и ежедневное нанесение пенетрирующего раствора с итраконазолом после сегментарной аппаратной подчистки ногтевых пластинок, а также вегетокорректоров (энериона, грандаксина, седативных средств), сосудорасширяющих препаратов и антиоксидантов, улучшающих микроциркуляцию в дистальных отделах конечностей, и после консультации гинеколога-эндокринолога – гормонозаместительную терапию в зависимости от периода менопаузы. В результате проведенной комплексной терапии через 6 месяцев от начала лечения микологическое выздоровление наблюдалось у 95% больных, клиническое – у 79%. Через 12 месяцев микологическое выздоровление наблюдалось у 98%, полное клиническое – у 95% больных.

Таким образом, наш опыт применения системного антимикотика итраконазола в сочетании с пенетрирующим раствором итраконазола показал, что этот препарат высокоэффективен и безопасен в лечении больных женщин ОМ в менопаузе. Лечение больных ОМ у женщин в менопаузе должно быть обязательно комплексным в сочетании с вегетокорректирующей, сосудорегулирующей и гормоностабилизирующей терапией.

Клинические формы и методы терапии витилиго

Адаскевич В.П.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск

Витилиго является гетерогенным заболеванием с полигенным наследованием, характеризуется вариабельным течением и непредсказуемыми результатами терапии.

Целью нашей работы стал ретроспективный анализ пациентов с различными клиническими формами витилиго и методов лечения.

Материал и методы. Под наблюдением с 2000 по 2014 г.

находились 270 пациентов с витилиго в возрасте от 12 до 77 лет, из них женщин – 52 (19,3%), мужчин – 218 (80,7%). Методы обследования – клинический, параклинический, патоморфологический, иммунологический, статистический, по показаниям – консультации специалистов.

Полученные результаты. Все пациенты распределены по степени тяжести на три группы, согласно данным индекса VIMAN: легкая степень (до 300 баллов) – 154 (57%), средняя – 95 (35,2%), тяжелая степень – 21 (7,8%). Преобладающим фототипом кожи по Фицпатрику оказался II – у 150 (55,6%) и III – у 100 (37%); I фототип кожи – у 15 (5,6%), IV – у 5 (1,8%) пациентов. Распределение пациентов по возрасту: до 16 лет – 48 (17,8%), 17–20 лет – 95 (35,2%), 21–30 лет – 79 (29,3%), 31–40 лет – 21 (7,8%), 41–50 лет – 13 (4,8%), 51–60 лет – 8 (2,9%), свыше 60 лет – 6 (2,2%). Продолжительность заболевания до года установлена у 14 (5,2%) пациентов, от 1 года до 4 лет – 61 (22,6%), от 5 до 10 лет – 86 (31,8%), свыше 10 лет – 109 (40,4%). Установлены следующие клинические формы витилиго: локализованная – 39 (14,5%), генерализованная – 229 (84,8%), универсальная – 2 (0,7%). Вульгарная форма заболевания встречалась наиболее часто – у 101 (37,4%) пациента. Сочетание витилиго с другими кожными заболеваниями: псориаз – 14 (5,2%), красный плоский лишай – 5 (1,9%), склеродермия – 4 (1,5%), гнездная алопеция – 2 (0,7%), мастоцитоз и ливедо-вакулит – по 1 (0,3%). Заболевания щитовидной железы выявлены у 24 (8,9%) больных, рак молочной железы – у 2 (0,7%). Применялись следующие методы терапии пациентов с витилиго: местные (топические кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антиоксиданты, мелагенин), системные (глюкокортикостероиды, препараты цинка или меди) и фототерапии (ПУВА, УФБ 311 нм). Наиболее эффективной у 18 пациентов с витилиго оказалась комбинированная терапия, включившая местное применение антиоксиданта в сочетании с УФБ 311 нм.

Выводы. Пациенты с витилиго чаще имеют II или III фототип кожи. Пик заболевания приходится на возрастной период от 17 до 30 лет. Наиболее часто выявляется обыкновенная форма генерализованного витилиго. Комбинированная терапия (местный антиоксидант и узкополосный УФБ с длиной волны 311 нм) наиболее эффективна для пациентов с витилиго.

Розацеа и описторхоз

Арипова М.Л.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Клиника, течение и исход розацеа имеют свои особенности в Западно-Сибирском регионе, эндемичном по описторхозу, где дерматозы протекают с частыми рецидивами и резистентностью к терапии. Описторхоз, вызванный

O. felinus, является доминирующим в структуре краевой патологии населения Западной Сибири, в низовьях Иртыша и среднего течения Оби, зараженность населения в некоторых районах достигает 76–100%. Вовлечение в патологический процесс органов пищеварения наблюдается как при розацеа, так и при описторхозе.

Цель исследования. Изучить особенности течения розацеа на фоне описторхозной инвазии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 144 пациента и 20 практически здоровых людей. Из них 1-ю группу составили 80 больных с розацеа без описторхоза, 2-ю – 64 больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом. Средний возраст больных составил $43,2 \pm 10,4$ года. В 1-й группе больных было 57 (71,3%) женщин и 23 (28,8%) мужчины. Больным был поставлен диагноз в отношении 5 подтипов розацеа: эритематотелангиэктатический – 10 (12,5%), папулезный – 32 (40%), папулопустулезный – 33 (41,3%), конглобатный – 1 (1,3%) и ринофима – 4 (5%) пациентов. Средняя продолжительность болезни составила $4,3 \pm 3,6$ года. Вторую группу составили 45 (70,3%) женщин и 19 (29,7%) мужчин с розацеа в сочетании с описторхозом. Средний возраст больных составил $41,7 \pm 10,3$ года. Больным диагностировано 5 подтипов розацеа: эритематотелангиэктатический – 10 (15,6%), папулезный – 20 (31,3%), папулопустулезный – 31 (48,4%), конглобатный – 1 (1,6%) и ринофима – 2 (3,1%) пациента. Средняя продолжительность болезни составила $3,9 \pm 3,7$ года. Описторхоз установлен дуоденальным зондированием и обнаружением яиц описторхисов в желчи. Для клинической оценки розацеа использована ШДОР (шкала диагностической оценки розацеа). Для скринингового выявления тревоги и депрессии применена специальная шкала исследования (HADS). При необходимости пациенты консультировались у психотерапевта. Пациенты проходили полное УЗИ-обследование и тест на наличие *H. pylori*. Кроме того, проведено микроскопическое исследование соскоба с кожи лица и секрета сальных желез на наличие клеща угревой железницы (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*). Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 17.0 for Windows. Результаты исследования. У пациентов с розацеа по сравнению со здоровыми исследуемыми частота обнаружения в соскобе с кожи лица *Demodex* выше ($\chi^2=34,69$; $p<0,001$). *Demodex* встречался одинаково часто в обеих группах: в 1-й – у 58 (72,5%), во 2-й – у 41 (64,1%) больных. *H. pylori* одинаково часто обнаруживалась как в 1-й группе (46 [71,9%]), так и во 2-й – (18 [28,1%]) ($p>0,05$). Данные УЗИ-диагностики выявили различные изменения. Нормальные показатели имели 34 (42,5%) больных 1-й и 4 (6,3%) 2-й групп. Патологии, выявленные УЗИ-исследованием, одинаково высокие для пациентов обеих групп. На первом месте по частоте встречаемости обнаружены патологии гепатобиллярной системы – 74,3% (холангиохолецистит, калькулезный холецистит, гепатоз, диффузные изменения печени). Следующие по частоте изменения в поджелудочной железе – 27,7% (панкреатит, диффузные изменения поджелудочной железы), реже отмечались почечные патологии – 4,8% (пиелонефрит). Анализ индекса ШДОР показал, что розацеа клинически проявлялась и протекала тяжелее во 2-й группе. Так, средние значения

в 1-й группе пациентов с розацеа ШДОР составили 9 (8;10), во 2-й – 12 (10;13) баллов. Подсчет данных скрининговой шкалы HADS в 1-й группе в основном не выявил у пациентов отклонений от нормальных показателей. Во 2-й группе результат соответствовал субклинически выраженной тревоге и депрессии. Наличие тревоги и депрессии во 2-й группе объясняется более тяжелым течением и ярким проявлением розацеа на фоне описторхозной инвазии.

Выводы. У пациентов с розацеа сопутствующие патологии гепатобиллярной системы встречались чаще. Частота обнаружения *Demodex* в соскобе с кожи лица была одинаковой в обеих группах. *H. pylori* одинаково часто обнаруживалась как в 1-й, так и во 2-й группах. Индекс ШДОР был значительно выше у больных розацеа с сопутствующей описторхозной инвазией. Различия между 1-й и 2-й группами по степени тяжести можно объяснить тем, что в группе с хроническим описторхозом преобладают больные более тяжелыми формами розацеа. Это можно объяснить тем, что наличие описторхозной инвазии отягощает течение хронических заболеваний, в т.ч. и розацеа.

Анализ качества клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом

Бохонович Д.В., Залевская О.В., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность проблемы: За последние 15 лет возросла доля скрытых и поздних форм в общей заболеваемости сифилисом: если в 1999 г. скрытый поздний и неуточненный сифилис в отчете по данным Московской области отсутствовал, то в 2014-м зарегистрированы уже 54,7% больных этими формами заболевания. По литературным данным, значительная часть больных поздним нейросифилисом имеют леченый сифилис в анамнезе: по данным Тактамышевой Э.Ш. (1999) – 24%, Залевской О.В. (2009) – 32,4%. Это делает актуальным вопрос о клинико-серологическом контроле после проведенного лечения.

Цель исследования: Изучить качество клинико-серологического контроля в динамике за последние 15 лет. Материал и методы: Изучены амбулаторные карты больных различными формами сифилиса, снятых с учета в 1997–2003 гг. (145 карт), в 2006–2007 (125), в 2013–2014 (120), а также выписные эпикризы о снятии больных с учета за 2013–2014 гг. (435 карт).

Результаты. В 1997–2003 гг. были сняты с учета больные ранними формами сифилиса: первичным – 32, вторичным – 48, скрытым ранним – 65. Диагнозы были поставлены в 1994–1999 гг., т.е. на фоне пика эпидемии сифилиса в Московской области. В период установления диагноза все серологические тесты были положительными. Сняты с учета по окончании наблюдения 100 (68%) человек, умерли – 5, сняты как неразысканные – 23 (15,8%), сняты с переводом в другое учреждение – 17 (КВД, УФСИН). Положительную микрореакцию из 100 при снятии с учета имели 22 (22%) человека. При снятии с учета проведено обследование

специалистами (флюорография, осмотр терапевта, отоларинголога, окулиста, невролога). Ликворологическое обследование не проводилось.

В 2006–2007 гг. были сняты с учета больные, которым в 2003–2004 гг. установлены следующие диагнозы: первичный сифилис – 6, вторичный – 37, ранний скрытый – 80, нейросифилис поздний с симптомами – 1, кардиоваскулярный сифилис – 1. Диагностика проведена уже на фоне снижения заболеваемости и изменения ее структуры в сторону роста доли более поздних форм. По окончании наблюдения сняты с учета 59 (47,2%) человек, 7 – как переведенные в другое ЛПУ, 58 – как разысканные (46,4%). Положительную микрореакцию из 59 человек (снятых как окончивших наблюдение) имели 17 (28,8%). При снятии с учета ни обследования специалистов, ни ликворологического исследования не проводилось.

В 2013 г. сняты с учета 279 больных. Это пациенты, которым в 2001–2010 гг. были поставлены диагнозы: первичный – 22, вторичный – 51, ранний скрытый – 158, поздний скрытый – 10, скрытый неуточненный – 37, кардиоваскулярный – 1. По окончании сроков наблюдения с учета сняты 185 (66,3%) человек, умерли – 8 (одна женщина сразу после установления диагноза кардиоваскулярного сифилиса), переведены 12 пациентов, 75 – сняты как разысканные (26,7%). Из 185 снятых с учета по окончании сроков наблюдения микрореакция оставалась положительной у 49 (26,4%). Осмотры специалистов проводились по показаниям (т.е. единичным пациентам). Ликвор исследован у 3 (1,07 %) человек.

В 2014 г. сняты с учета 276 пациентов, которым в 2001–2011 гг. установлены диагнозы: первичный сифилис – 17, вторичный – 47, ранний скрытый – 152, поздний скрытый – 16, скрытый неуточненный – 39, врожденный – 1, нейросифилис – 4. По окончании сроков наблюдения с учета сняты 162 (58,7%) пациента, двое умерли, двое переведены в другие учреждения, 91 (33%) – не разыскан. МРП оставалась положительной среди закончивших сроки наблюдения у 87 (53,7%). Обследование специалистами проводилось по показаниям (в единичных случаях), ликворологическое исследование выполнено 12 (4,3%) пациентам.

За рассмотренные 15 лет изменилось содержание понятия «незысканный»: если в 1997 г. действительно проводился розыск пациентов через ОВД, адресный стол и патронажную службу, и об этом именуется справка в амбулаторных картах, то к 2014 г. незысканными считали пациентов, не являвшихся на серологический контроль после 1–2 вызовов в форме письма (прежняя патронажная служба прекратила свое существование). Снятие с учета этих пациентов проведено без исследования серологических тестов. Доля незысканных пациентов оставалась постоянно высокой (от 15,8 до 46,4%).

Те пациенты, которые были сняты по окончании сроков наблюдения, также далеко не всегда проходили серологическое обследование перед снятием с учета. Снятие с учета проводилось просто по истечении стандартной длительности наблюдения. Из общего числа пациентов за 2013–2014 гг. (555 человек) имели положительные нетрепонемные тесты в период контроля и при снятии с учета не проходил серологического обследования 251 (45,2%) человек.

Выводы:

1. Изучение в динамике качества клинико-серологического контроля указывает на отсутствие реальных сведений об эффективности проведенного лечения значительной части больных (в 2014 г. 53,7% больных имели положительные нетрепонемные тесты на момент снятия с учета по окончании наблюдения, в 2013–2014-х – 45,2% при последнем серологическом контроле задолго до снятия с учета в качестве «незысканных»).
2. Есть все основания констатировать ухудшение качества клинико-серологического контроля в течение анализируемого периода времени. При сравнении данных от исходной до заключительной точки анализа отмечается рост доли «незысканных» (с 15,8 до 33,0%) и возрастание доли пациентов, имевших положительный нетрепонемный тест при снятии с учета по окончании наблюдения (с 22,0 до 53,7%).
3. Отмечается крайняя редкость ликворологического обследования при снятии с учета. В качестве положительного явления можно отметить некоторое увеличение доли пунктированных больных при снятии с учета в 2013–2014 гг.
4. В последние годы не проводится обязательного обследования специалистами при снятии с учета.
5. Современная ситуация с ростом числа больных поздними манифестными формами сифилиса, в частности леченым сифилисом в анамнезе, требует пересмотра содержания и длительности клинико-серологического контроля как показателя эффективности лечения.

Перспективы и возможности повышения эффективности диагностики и лечения алопеций

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.

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

Среди многообразия проблем в дерматокосметологии одной из важных остается совершенствование диагностики и терапии алопеций. В группе алопеций приобретенного генеза часто встречаются различные формы, сопровождающиеся дегенеративно-дистрофическими изменениями структуры и функции волос. Симптоматические алопеции возникают при разнообразных истощающих факторах, включающих кровопотери, беременности, применение контрацептивов, нейрогенный стресс и аллерготоксические реакции. По клиническим проявлениям алопеции подразделяются на очаговые и многоочаговые, формирующиеся в затылочной и теменной областях в виде округлой формы плешин, без признаков воспаления в зоне выпадения. Развитие гнездовой краевой алопеции чаще возникает у детей и подростков на окраине в области затылка и висков, а выпавшие волосы выглядят как смятая лента с пушковыми волосками. Отдельные варианты краевой алопеции у девушек и детей сопровождаются выпадением волос в форме короны. Эти варианты отличаются торпидным течением и трудно поддаются лечению. Алопеция обнажающая проявляется образованием крупных проплешин, которые быстро

возникают на поверхности скальпа головы, оставляя на отдельных участках небольшие гнезда нормальных волос. Алопеция гнездная злокачественная – тотальная, развивается у детей и взрослых. Первыми признаками злокачественного течения болезни является быстрое выпадение волос на голове, лице, бороде, бровях, ресницах. В течение 2–6 месяцев волосы на голове выпадают полностью. Лечение включает осторожное расчесывание оставшихся волос, не показано ношение тяжелых головных уборов. Общие схемы включают назначение витаминов группы В в сочетании с микроэлементами, а в ряде случаев – с кортикостероидными гормонами и коррекцию эстрогенного или андрогенного профиля. Чаще других назначают отвары из коры валерьяны, пустырника, феназепам, нейрелептики (этаперазин) и средства, стимулирующие рост волос, погруженные в наноконтейнеры, которые в 200 раз меньше клеток эпидермиса.

Роль эндотоксина в патогенезе атопического дерматита

Васенова В.Ю. , Бутов Ю.С. , Федорова Ю.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Атопический дерматит – это хроническое рецидивирующее заболевание кожи, характеризующееся гиперчувствительностью замедленного типа к экзогенным и эндогенным факторам. Заболеваемость атопическим дерматитом растет с каждым годом и составляет в среднем 15 человек на 1000 населения.

Мультифакториальный генез, частые рецидивы и резистентность атопического дерматита к лечению требуют поиска и разработки новых методов терапии и профилактики. Одним из патогенетических механизмов служит формирование эндотоксемии у больных атопическим дерматитом.

Эндотоксин – это один из важнейших компонентов клеточной стенки всех грамотрицательных бактерий, представляющий собой соединения липополисахарида, протеиновых и фосфолипидных комплексов, являющихся высокоактивным патогеном кишечника человека. Активность эндотоксина характеризуется спектром свойств, которые могут иметь как полезную, так и патогенную направленность своего биологического действия: например, повышение уровня эндотоксина является универсальным фактором патогенеза заболеваний и провоцирует развитие той патологии, к которой имеется предрасположенность.

Под нашим наблюдением находились 170 больных с IgE-зависимым и IgE-независимым АД в возрасте от 17 до 60 лет с длительностью заболевания от 6 месяцев до 20 лет. У всех пациентов были исследованы показатели ЭТ и антиэндотоксинового иммунитета (АЭИ) до и после лечения. До начала лечения у пациентов IgE-зависимой группы показатели эндотоксина были увеличены в 8 раз, в IgE-независимой – в 12. Показатели антиэндотоксинового

иммунитета были снижены в обеих группах, более выражено – у IgE-независимых пациентов. Для лечения пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Пациенты контрольной группы получали стандартную терапию, основной – антиэндотоксиновую терапию, которая включала помимо традиционной прием энтеросгеля, пробиотиков, адеметионина в/в капельно, наружно применялись индифферентные кремы и мази.

По окончании курса лечения через 1,5 месяца клинические проявления заболевания уменьшились у всех пациентов, но более выражено у больных, получавших антиэндотоксиновую терапию. Под влиянием антиэндотоксиновой терапии отмечено достоверно более выраженное снижение концентрации эндотоксина в IgE-независимой группе больных (в 1,7 раза), в IgE-зависимой – в 1,3 раза.

Таким образом, антиэндотоксиновая терапия оказалась более эффективной для больных легкими и среднетяжелыми формами IgE-независимого атопического дерматита, что подтверждается динамикой показателей эндотоксина и снижением индекса SCORAD. Больным IgE-независимым типом течения АД она может быть рекомендована как основная терапия, а при IgE-зависимом типе может служить дополнением к базовому лечению для удлинения сроков ремиссии и уменьшения частоты обострений.

Два случая фавуса

Гаджимурадов М.Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Фавус (или парша) вызывается грибом *Trichophyton schoenleinii*, относящимся к атропофильным дерматомицетам. Впервые заболевание описано в 1839 г. Schoenlein. В настоящее время на территории Российской Федерации заболевание практически ликвидировано, встречаются единичные случаи. Идентифицируют фавус волосистой части головы, гладкой кожи, ногтей и внутренних органов. Различают типичную (скутулярную) форму и атипичные: сквамозная, импетигиозная, инфильтративно-нагноительная (фолликулярная, трихофитоидная), гранулематозная. В типичных случаях фавус характеризуется появлением т.н. скутул (или фавозных шитков) диаметром 1–3 см. Возникают они на месте внедрения гриба – вокруг волоса появляются эритематозное пятно, затем инфильтрат и желтая пустула в центре (без жидкого содержимого). Диаметр очага увеличивается по периферии, края возвышаются над уровнем кожи. Очаг представляет собой плотно спаянные с кожей корки желтого цвета и состоит из разрушенных кератиноцитов, высохшего экссудата и гиф гриба. Достигнув определенной величины, скутула растрескивается (лишается роговой оболочки), грибковые массы под влиянием воздуха меняют цвет на сероватобелый и разрыхляются, преобразуясь в массу чешуек серовато-белого цвета. Под сформировавшейся скутулой (если приподнять пинцетом) наблюдается воронкообразное вдавление розово-красного цвета. От скутул исходит

«мышинный» (затхлый, амбарный) запах за счет метаболитов сопутствующей микробной флоры. Через несколько месяцев характерным изменениям подвергаются и волосы. Волосы теряют блеск, становятся «запыленными», но не обламываются. На участках с длительно существующими скутулами они гнездообразно выпадают. Эти прогалины чередуются с гнездами поредевших волос – картина меха, потравленного молью. В РКВД МЗ Республики Дагестан обратился юноша 18 лет из отдаленного высокогорного села с запущенным случаем парши, при котором отмечалась рубцовая атрофия кожи с блестящей розовой, затем белой поверхностью и атрофией фолликулярного аппарата (сплошное облысение). При сквамозной форме скутул не бывает или они точечные. На первый план выступает обильное шелушение серовато-белых плотно прилегающих чешуек, площадь покрывающих гиперемизированную кожу. Волосы теряют блеск, становятся матовыми, редют и в итоге – более или менее отчетливая атрофия кожи. Мы наблюдали женщину 41 года со сквамозной формой фавуса, которая с детства отмечала шелушение волосистой части головы. Последние 8–9 лет наблюдала у себя поредение волос. У детей, пациентов с иммунодефицитным состоянием иногда возникает генерализованная форма фавуса. Процесс распространяется по всему кожному покрову; скутулы сливаются, достигая больших размеров, а под ними образуются глубокие изъявления. Может нарушаться и общее состояние пациента, возникать поражение легких, пищеварительного тракта, вещества и оболочек головного мозга, опорно-двигательного аппарата. Диагноз основывается на выделении культуры возбудителя. В терапии фавуса препаратами выбора считаются гризеофульвин из расчета 15 мг на 1 кг массы тела больного в сутки, ламизил, орунгал. Волосы стригут, проводят местную йодно-мазевую и витаминотерапию. Приведенные в статье наблюдения и обзор литературы позволят дерматовенерологам акцентировать внимание на клинических особенностях фавуса. Это актуально и в связи с сохранившимися очагами парши в отдаленных, труднодоступных населенных пунктах России, а также с возможностью ее завоза мигрантами из сопредельных государств.

Клинические проявления туберкулеза кожи – случаи из практики

Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г.

*Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала*

Туберкулез кожи (ТК) является редким проявлением туберкулеза и составляет 1–2% всех случаев этого заболевания. Плоская волчанка – наиболее частая форма ТВ, возникающая за счет слияния люпом в сплошные диффузные очаги. Поверхность очага поражения обычно гладкая, шелушение отсутствует или небольшое. При псориазоформной ТВ отмечается сильное отрубевидное или мелкопластинчатое шелушение. Нами наблюдалась пациентка 62 лет, у которой очаг поражения в течение 20 лет располагался на коже правого локтевого сустава.

Довольно часто люпомы изъязвляются и возникают поверхностные язвочки с мягкими краями, зернистым дном с серо-красными грануляциями. Обширная изъязвившаяся плоская форма ТВ у пациентки окружена широким ободком инфильтрата, при витропрессии которого выявлен феномен «яблочного желе». Выделяют и самостоятельную язвенную форму ТВ с локализацией очагов поражения преимущественно на слизистых оболочках или участках кожи, граничащих с ними. Процесс может развиваться вглубь, вызывая разрушения подлежащих тканей с формированием обезображивающих рубцов. Подобный диагноз выставлен нами 54-летнему мужчине, в течение 4 лет страдающему мутилирующей язвенной эффоресценцией в области основания носа и верхней губы. Объективно: нос увеличен в размерах; распад кожной и хрящевой ткани носа; разрушение корней зубов и их выпадение. Подобное поражение если и встречается, то обычно на кончике носа, а очень редко, как в нашем случае, на губе, щеках, мягком небе. Однако изредка при туберкулезной волчанке наблюдается и вертикальный рост с развитием гипертрофической формы ТВ, элементы которой значительно возвышаются над кожей и располагаются чаще на кончике носа, ушной раковине. В результате слияния крупных возвышающихся люпом могут возникать большие гипертрофические очаги, которые также могут изъязвляться. Мы наблюдали также саркоидоподобную волчанку, которая проявлялась инфильтративными очагами из слившихся мелких элементов. Так, на правом плечевом поясе мужчины 60 лет год назад появились узлы (диаметром 1–2 см). Кожа и слизистая лица в процесс не вовлечены. Феномен «яблочного желе» получен при витропрессии. Следует отметить, что при саркоидозе диаскопия дает желтовато-бурую окраску элементов очага, но она не сплошная, а пылевидная, точечная. К редким проявлениям ТВ относят эритематозноподобную волчанку, элементы которой покрыты беловатыми чешуйками, сходными с таковыми при красной волчанке. Однако при ТВ в отличие от дискоидной красной волчанки нет фолликулярного гиперкератоза, менее яркая окраска, характерно наличие люпом в пределах рубца, отмечается улучшение состояния летом. Сложно дифференцировать эритематозную волчанку с наблюдаемой нами редкой разновидностью ТК – розацеоподобным туберкулоидом Левандовского, который считают разновидностью диссеминированной милиарной волчанки лица. Для розацеоподобного туберкулоида Левандовского характерно проявление на лице узелковых элементов от булавочной головки до конопляного зерна синевато- или коричневатого-красного цвета. При их витропрессии выявляется коричнево-желтая окраска – феномен «яблочного желе». Однако результаты витропрессии у больных розацеоподобным туберкулоидом могут быть сомнительными и отрицательными. Это связано с тем, что эпителиоидно-клеточные скопления выявляются диаскопически лишь при расположении гранулемы непосредственно под эпидермисом. После регресса папул мы зафиксировали рубчики. Иногда при ТВ появляются бородавчатые, вегетирующие разрастания, сходные при локализации на конечностях с бородавчатым туберкулезом кожи. К нам обратился мужчина 37 лет с

бородавчатым туберкулезом кожи стопы правой нижней конечности.

Оценка микрогемодинамики у женщин с розацеа

Гайсина И.А., Разнатовский К.И.

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

Розацеа представляет собой ангионевроз в зоне иннервации тройничного нерва, и страдают этим заболеванием в основном женщины в перименопаузальный, климактерический и постклимактерический периоды. Эмоциональные стрессы социально-бытового характера усиливают сформировавшуюся у больных розацеа ангиопатию. Дисгормональные нарушения в климактерический период сопровождаются дестабилизацией центральных представительств вегетативной нервной системы, непосредственно располагающейся в диэнцефальной области ствола мозга (гипоталамусе) и регулирующей уровень опиоидных нейропептидов в крови.

Снижение уровня эндогенных нейропептидов отрицательно сказывается на общем сосудистом тоне и приводит к нарушению микроциркуляции в области лица.

Целью нашей работы стало изучение показателей микрогемодинамики в области лица у женщин с розацеа. Материал и методы. Изучение гемодинамики проведено с помощью ультразвуковой доплерографии на аппарате «Минимакс-доплер-К» с датчиком 10 МГц, расчетная глубина зондирования составляет от 0 до 0,8 см. Точка локализации лицевой артерии располагалась в 3,0–3,5 см впереди от угла нижней челюсти. В качестве основных критериев оценки гемодинамики были выбраны линейная (V_s) и объемная (Q_s) скорости кровотока, индекс периферического сопротивления (индекс Пурсело, R_i), отражающий состояние сопротивления кровотоку, дистальнее места измерения, и индекс пульсации (индекс Гослинга, P_i), отражающий эластические свойства сосудов.

Обследованы 37 женщин в возрасте от 40 до 55 лет с диагнозом розацеа без сопутствующих соматических заболеваний. В качестве контрольной группы были обследованы 10 соматически здоровых женщин в возрасте от 40 до 50 лет. Больные розацеа получали десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию и неспецифическую наружную терапию в виде кольд-крема.

Результаты исследований. От 37 пациенток с розацеа получены следующие средние значения: средняя линейная скорость кровотока (V_m) – 0,853 см/с; индекс Пурсело (R_i) – 0,685; индекс Гослинга (P_i) – 1.

Приведенные данные свидетельствуют о достоверном снижении показателей кровотока у больных розацеа по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, использование ультразвуковой доплерографии позволяет исследовать степень микроциркуляторных нарушений в области лица у больных розацеа, может применяться для динамического контроля и коррекции терапевтических мероприятий при этой патологии.

Подология и микробиология – междисциплинарный подход к лечению инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп в геронтологии

Герасимчук Е.В., Липова Е.В., Герасимчук М.Ю.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель. Проанализировать эффективность подологических методов лечения с учетом данных микроскопии при верификации диагнозов ониомикоза и ониходистрофии, микоза стоп и кератодермии подошв.

Материалы и методы. Клинико-анамнестические данные из амбулаторных карт 148 больных в возрасте от 75 до 93 лет с медианой 79 ± 4 года, из которых мужчины составили 130 (85%) человек, женщины – 18 (15%); ретроспективный анализ 294 цитологических ответов патологического материала чешуек с кожи стоп и фрагментов клинически измененных ногтевых пластинок. На основании рентгенографии стоп всем больным была диагностирована костная патология в виде деформирующего артроза плюснефаланговых суставов обеих стоп с болевым синдромом. После операции у трех больных наблюдалось состояние корригирующей остеотомии плюсневых костей, основных фаланг первых пальцев стоп. Кроме этого на основании реовазографии сосудов нижних конечностей в 100% случаев у обследуемого контингента была диагностирована хроническая сосудистая недостаточность (варикозная болезнь, тромбозы, атеросклероз сосудов нижних конечностей, артериальный энтерит). Из 294 138 цитологических ответов были положительными, для верификации диагноза ониомикоза (МКБ-10, B35.1) из 96 больных однократная цитология потребовалась 67 (70,1% от общего числа больных ониомикозом), двукратная – 16 (16,4%), трехкратная – 13 (13,5%) больным. Отрицательными были 156 цитологических ответов, т.к. 52 (35% от общего числа исследуемых) больным был верифицирован диагноз ониходистрофии (L60.3) при трехкратной отрицательной микроскопии. В 100% случаев диагноз ониомикоза стоп сочетался с поражением кожи подошв и верификации диагноза микоза стоп (B35.3), как и диагноз ониходистрофии с диагнозом подошвенного кератоза (кератодермии) (L 85.1). Все больные группы с верифицированным диагнозом ониомикоза ($n=96$) были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, баллам индекса КИОТОС и сопутствующей соматической патологии. В первой ($n=48$) группе проведена стандартная наружная и системная, по показаниям, противогрибковая терапия. Во второй ($n=48$) группе кроме протокольной противогрибковой системной и наружной фармакотерапии использованы подологические методы лечения: подологический уход с использованием аппаратов ногтевого сервиса (аппаратный педикюр), нехирургическая коррекция измененных ногтевых пластинок (ортопедия), консервативная ортопедия (лечение плоскостопия, использование ортезов, ортопедических стелек), физиотерапевтические методы

(локальная гидроаромопедотерапия, массаж). Группа больных верифицированным диагнозом ониходистрофии и кератодермии (n=52) также была разделена на две сопоставимые группы. В первой (n=26) группе проведена пероральная терапия и наружная терапия укрепляющими витаминными и улучшающими периферическое кровоснабжение препаратами в мягкой и жидкой фармацевтических формах. Во второй (n=26) группе дополнительно к проводимой фармакотерапии в первой группе использованы подологические методы лечения неинфекционных болезней ногтей и кожи подошв.

Результаты. Во второй (n=48) группе больных онихомикозом и микозом стоп лабораторно-микологическое и клиническое выздоровление по сравнению с аналогичной первой (n=48) группой происходило быстрее в среднем на 14–21-й день. Во второй (n=26) группе больных ониходистрофией и кератодермией подошв замещение клинически измененной ногтевой пластинки и кератолитический эффект измененной кожи наблюдались быстрее, чем в аналогичной первой (n=26) группе, в среднем на 28–30 дней.

Выводы. Инфекционные и неинфекционные болезни ногтей и кожи стоп являются медико-социальной проблемой в геронтологии на современном этапе, требуют междисциплинарного подхода специалистов смежных специальностей: микологов, подологов, эндокринологов, ангиохирургов, травматологов, ортопедов. Рекомендовано включать в протоколы ведения данных больных подологические немедикаментозные методы лечения.

Стемокин в лечении и профилактике пиодермий

Гладько В.В., Кахишвили Н.Н., Масюкова С.А., Савенков В.В.

*Медицинский институт усовершенствования врачей
Московского государственного университета пищевых
производств, Москва*

Распространенность и неуклонный рост числа больных гнойничковыми заболеваниями кожи определяют актуальность данной проблемы. По данным ряда авторов, инфекции кожи составляют около 30–40% всей дерматологической патологии у лиц трудоспособного возраста. Срыв адаптационных механизмов служит дополнительным фактором, способствующим развитию пиодермий, т.к. нарушения физиологических процессов (нейроэндокринная регуляция, иммунитет, адаптация и др.) способствуют активации резидентных и факультативных микроорганизмов кожи.

Цель исследования. Изучить терапевтические возможности нового отечественного препарата – синтетического трипептида Стемокин в комплексном лечении пиодермии. В целях изучения клинической эффективности лечения 76 больных были разделены на 2 группы: основную (n=39) и группу сравнения (n=37). Группы были равнозначными по клиническому диагнозу и тяжести течения кожного процесса. Основную группу составили 39 пациентов, из них с диагнозом фурункулеза – 19, карбункула – 4, язвенной пиодермии – 3, эктимы – 3, гидраденита – 2, импетиго вульгарного – 2, множественных фолликулитов – 3, сикоза

– 3. Пациентам основной группы одновременно с базисной терапией (системные антибактериальные препараты с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам, глюкокортикоиды, витамины и ангиопротекторы по показаниям) проведена иммунотерапия Стемокином (0,01% р-р – 1 мл). Препарат вводили в/м ежедневно по 1 мл раствора в течение 5 дней. Группу сравнения составили 37 пациентов, получавших только базисную терапию. Терапевтическую эффективность проведенного лечения оценивали по принятым в дерматологии критериям: клиническое выздоровление, значительное улучшение и улучшение. Для объективной оценки динамики кожного процесса использована балльная система. В процессе наблюдения зарегистрированы количество высыпаний, гиперемия, отек, инфильтрация, повышение температуры в очаге, пигментация и зуд. Тяжесть каждого из симптомов оценивалась по 3-балльной шкале. В результате лечения в основной группе клиническое выздоровление отмечено у 74,36% больных, значительное улучшение – у 20,51% и улучшение – у 5,13% больных. Выраженность клинических симптомов на начало лечения составила $8,7 \pm 1,3$ балла, к окончанию лечения показатель составил $2,1 \pm 0,4$ балла. Исчезновение основных клинических симптомов заболевания происходило гораздо быстрее, чем в группе сравнения, средняя продолжительность составила $7 \pm 0,37$ дня. Исключение составили пациенты с язвенной пиодермией, у которых очищение язвы наступало в среднем на $12\text{-й} \pm 1,82$ дня и полная эпителизация – на $21\text{-й} \pm 3,18$. Рецидив заболевания в течение всего срока наблюдения (12 месяцев) отмечен только в 15,38% (6 человек) случаев. Отсутствие рецидива заболевания отмечено у 33 (84,61%) пациентов. Среди пациентов группы сравнения, получавших только базисную терапию, клиническое выздоровление отмечено в 21,62% случаев, что было в 3,4 раза меньше и достоверно ($p < 0,05$) отличалось от показателя основной группы. Значительное улучшение наблюдалось у 45,94% и улучшение у 30,73% пациентов. Динамика разрешения клинических симптомов заболевания была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в основной группе. На момент начала лечения выраженность клинической симптоматики составила $8,3 \pm 1,5$ балла (в основной $8,7 \pm 1,3$) и к моменту окончания $3,7 \pm 0,6$ (в основной $2,1 \pm 0,4$). Для оценки профилактических возможностей Стемокина были отобраны 40 пациентов с низким уровнем здоровья, которым ежедневно вводили препарат интраназально по одному впрыскиванию в каждый носовой ход. Препарат применяли в течение 5 дней. Контрольную группу составили 36 пациентов, получавших плацебо. Высокая профилактическая эффективность Стемокина подтверждена снижением числа случаев заболевания пиодермиями в 3,3 раза. В сроки наблюдения до 12 месяцев у пациентов, получивших интраназально Стемокин, пиодермию регистрировали только в 17,5% случаев. При этом длительность заболевания была невысокой и составила $5 \pm 0,46$ дня. В то же время в группе, получавшей плацебо, пиодермия отмечена в 58,3% (21 человек) случаев, длительность заболевания составила $11 \pm 0,95$ дня и была достоверно выше.

Заключение. Высокий терапевтический эффект Стемокина, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать использование

препарата в комплексном лечении и профилактике пиодермий.

Характеристика заболеваний ногтей у больных сахарным диабетом 1 типа в зависимости от состояния углеводного обмена

Деев Д.А., Денисов М.Ю., Пилипенко О.В., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Сахарный диабет 1 типа (СД1) – это хроническое заболевание с аутоиммунным компонентом. Заместительная инсулинотерапия не позволяет избегать специфических и неспецифических осложнений, включая кожные заболевания, например ониходистрофии. Изучение состояния ногтевых пластинок остается важным, т.к. изменение формы, структуры и цвета ногтей приводит к функциональным и психоэмоциональным проблемам, снижает качество жизни и способствует дезадаптации детей и подростков.

Цель работы. Изучить характер поражения ногтевых пластинок у детей с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от компенсации заболевания.

Материалы и методы. Методом случайной последовательной выборки из детей, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении, отобрано 48 человек с СД1 в возрасте от 3 до 17 лет, из них 22 (45,8%) мальчика и 26 (54,2%) девочек, стаж сахарного диабета составил $3,5 \pm 0,43$ года. Все дети получали синтетические аналоги инсулина. Определены уровни компенсации углеводного обмена, проведено анкетирование больных и осмотр кожи пациентов с фотодокументированием, оценено состояние ногтевых пластинок кистей и стоп. Состояние компенсации определено по критериям Российского консенсуса по терапии СД у детей, 2009. Больные были разделены на 2 группы. 1-ю составили 22 пациента, средний возраст – $9,36 \pm 3,4$ года, с длительностью заболевания $2,51 \pm 2,07$ года, СД1 был в состоянии компенсации и субкомпенсации. Вторую группу составили 26 больных в возрасте $10,27 \pm 3,81$ года и длительностью заболевания $4,3 \pm 3,4$ года, СД1 был в стадии декомпенсации.

Результаты. Самым распространенным кожным заболеванием в обеих группах были ониходистрофии, в 1-й группе они выявлены у 5 (22,73%) пациентов, во 2-й – у 9 (34,62%). В группе с компенсацией и субкомпенсацией СД установлено, что наиболее частой формой поражения ногтей были паронихии – 4 (18,18%) пациента. Онихолизис, онихорексис, продольные трещины встречались у 2 (9,09%) пациентов. Вросший ноготь выявлен у 1, паронихии – у 4 (15,4%) пациентов с декомпенсацией СД1. Онихолизисом страдали 2 (7,69%) пациента. В единичных случаях были обнаружены продольные трещины, вросший ноготь, симптом наперстка и койлонихии.

Выводы. Установлено, что паронихии являются ведущим заболеванием кожи у детей, больных СД1. Встречаемость заболевания не зависит от компенсации СД.

Инновационные технологии в терапии акне

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

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

Введение. Акне – хроническое воспалительное заболевание сально-волосяного фолликула, в патогенезе которого ведущая роль отводится гиперсекреции кожного сала, формированию патологического фолликулярного гиперкератоза, избыточной колонизации поверхности кожи *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) и развитию воспаления на фоне генетической предрасположенности. *P. acnes* связываются с TLR2 кератиноцитов и моноцитов, проводя сигналы внутрь клетки с последующей активацией ядерного фактора транскрипции (nuclear factor kappa B, NF-kB) и индукцией синтеза провоспалительных цитокинов, включая IL-1, IL6, IL-8, IL-12, TNF и металлопротеазы 9 (MMP-9).

Цель. Определить клинико-иммунологические маркеры патогенетической эффективности фототерапии акне различными длинами волн.

Материал и методы. 126 больных акне (возраст – 17–47 лет, $23,0 \pm 2,6$ года), из них мужчин было 45 (35,7%), женщин – 81 (64,3%). По степени тяжести акне: 18 (14,2%) – с легкой степенью, 46 (36,5%) – со средней и 62 (49,2%) – с тяжелой степенью тяжести. Исследованы параметры фагоцитоза по поглотительной активности нейтрофилов в тесте с латексом, спонтанном и индуцированном тестах с нитросиним тетразолием (НСТ-С и НСТ-И), коэффициент активации фагоцитов. Пациенты были разделены на 2 группы: основную, получавшие фототерапию, и контрольную, получавшую традиционное лечение. В основной группе было определено 2 подгруппы: А – фототерапия светодиодным аппаратом (LED), В – фототерапия IPL (длина волны – 585–1100 нм, плотность энергии – 10–20 Дж/см²). Курс: 6–8 сеансов 1 раз в 2 недели. Контрольная группа получала традиционную терапию.

Результаты. Клинически в основной группе (подгруппа А) наблюдался достоверный регресс комедонов на второй неделе лечения ($10,0 \pm 5,7$; $p < 0,05$), папул – на третьей ($3,3 \pm 1,4$; $p < 0,05$), пустул – на четвертой ($1,4 \pm 1,1$; $p < 0,01$), в подгруппе В – на четвертой неделе лечения: $19,5 \pm 7,7$; $6,9 \pm 5,2$; $3,9 \pm 2,9$; $p < 0,01$ соответственно. Показатели фагоцитарного звена у больных акне до начала терапии характеризовались достоверным повышением латекс-теста только при легкой и средней степенях тяжести акне. Спонтанный НСТ – тест был достоверно повышен у больных акне всех степеней тяжести при достоверном снижении коэффициента активации ($1,6 \pm 0,2$ и $1,8 \pm 0,4$), что указывает на наличие дисбаланса в фагоцитарном звене иммунитета при тяжелой степени тяжести акне. После фототерапии в основной группе выявлена нормализация латекс-теста при легкой и средней степенях тяжести акне, а также тенденция к повышению спонтанного НСТ-теста и индуцированного НСТ-теста при всех формах акне, что свидетельствует о нормализации показателей фагоцитоза.

В контрольной группе как при легком и среднетяжелом, так и при тяжелом течении акне наблюдалось достоверное

повышение латекс-теста, спонтанного НСТ-теста, а при тяжелом – и индуцированного НСТ-теста на фоне нормализации коэффициента активации. Это указывает на сохранение остаточных явлений воспалительного процесса и замедление восстановления фагоцитарного звена при традиционном методе лечения.

Выводы. Фототерапия акне обеспечивает клиническую ремиссию и нормализацию показателей иммунного статуса для 96,5% пациентов, оказывая иммуномодулирующий и противовоспалительный эффекты, является патогенетически обоснованным альтернативным традиционной терапии методом лечения акне.

Апробация диагностического набора «сифилис-vdrl-тест» с целью оптимизации диагностики нейросифилиса

Дмитриев Г.А., Фриго Н.В., Незашева Е.С., Ротанов С.В., Сапожникова Н.А., Милонова Т.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. По данным зарубежной литературы, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) является одним из основных диагностических методов выявления нейросифилиса (НС) [Luger A.F. et al., 2000]. Однако в Российской Федерации (РФ) этот тест не регламентирован нормативными документами. С учетом роста заболеваемости НС, наблюдаемого за последние годы как в Москве, так и в целом в РФ, изучение данного метода лабораторного исследования диагностики НС представляется актуальным.

Цель исследования. Проведение апробации набора реагентов «Сифилис-VDRL-тест» с целью определения возможности его широкого использования в практике медицинских организаций дерматовенерологического профиля для диагностики НС.

Материал и методы. Проведена апробация набора реагентов «Сифилис-VDRL-тест» (ЗАО «Эколаб», Московская обл., г. Электрогорск; кат. № 3.24; РУ № ФСР 2012/13075 от 10.02.2012) с целью оценки возможности его использования для экспресс-выявления антител к *Treponema pallidum* в ликворе человека. Исследованы положительная и отрицательная сыворотки, входящие в состав набора реагентов, а также 10 образцов ликвора, полученных от больных НС.

Результаты: В ходе апробации набор реагентов «Сифилис-VDRL-тест» зарекомендовал себя как удобный, универсальный и простой в постановке набор для диагностики сифилиса. При исследовании положительной контрольной сыворотки и 10 образцов ликвора больных НС был получен положительный результат; при тестировании отрицательной контрольной сыворотки в нескольких повторах результат был отрицательным. При просмотре под световым микроскопом «положительных» проб наблюдалось наличие хорошо заметных крупных агрегатов (комплексы антител к *Treponema pallidum* с VDRL-антигеном), при просмотре «отрицательных»

– их полное отсутствие. Вместе с тем апробация набора выявила ряд недостатков, требующих его технического усовершенствования. В одном из двух апробированных наборов отсутствовал контрольный отрицательный образец ввиду его высыхания в процессе хранения. С целью предотвращения высыхания при хранении флаконы с контрольными образцами и спиртовым концентратом антигена необходимо снабдить дополнительной пробкой для их герметизации. Было также установлено, что в комплектацию набора не включены предметные стекла, необходимые для постановки реакции, что представляет определенное неудобство и вызывает потребность в поиске таких стекол среди имеющихся в лаборатории подручных материалов. Визуализация образующихся в ходе реакции антиген-антитело агрегатов могла бы быть улучшена путем добавления к антигену красителей. Проблематичен также подбор на стандартном световом микроскопе заявленного в инструкции по применению набора увеличения (x100). Выводы. Использование набора реагентов «Сифилис-VDRL-тест», выпускаемого отечественным производителем (ЗАО «Эколаб»), в комплексной диагностике НС безусловно перспективно. Вместе с тем для его широкого применения в практике и удобства пользователей необходимо провести ряд дополнительных исследований, направленных на техническое усовершенствование данного набора.

Нейросифилис: оптимизация лабораторных методов диагностики и тактики ведения пациентов

Дмитриев Г.А., Доля О.В., Андрющенко А.В., Кулешов А.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Проблема диагностического алгоритма при установлении диагноза сифилиса нервной системы приобретает в настоящее время особое звучание, особенно при бессимптомном поражении, т.н. асимптомном нейросифилисе. Следует особо подчеркнуть, что в настоящее время нет единых критериев лабораторной диагностики НС, в частности, отсутствует ответ на вопрос: однозначно ли свидетельствуют положительные трепонемные и/или нетрепонемные тесты при исследовании ЦСЖ при нормальных показателях белково-клеточного состава ЦСЖ о специфическом поражении нервной системы в отсутствие клинических симптомов?

Материал и методы исследования. Проведено в венерологическом отделении филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗ г. Москвы. Нами проанализировано 28 историй болезней пациентов, у которых был выявлен сифилис нервной системы и установлен диагноз в соответствии с МКБ X пересмотра, из них 9 женщин и 18 мужчин в возрасте от 19 до 75 лет. Нами было проведено комплексное исследование сыворотки крови и ликвора у всех исследуемых больных как стандартными методиками, так и изучением ИТРА-индекса. Из 28 пациентов от 18 (у 9 с нейросифилисом с симптомами, у 9 с асимптомным

нейросифилисом) получены количественные данные о наличии трепонемспецифических Ig в РПГА (титры) и общих IgG (мг).

Результаты исследования. Наши предварительные результаты свидетельствуют о том, что у всех обследуемых пациентов ИТРА-индекс существенно превышал значение «3», т.е. соответствовал локальной продукции трепонемных антител в СМЖ.

Заключение и выводы. Таким образом, «лабораторный диагноз» нейросифилиса был подтвержден на основании исследования ИТРА-индекса. Относительно небольшое количество исследуемых проб не дает возможности в настоящее время сделать вывод о высокой эффективности данной методики, а наши результаты требуют подтверждения на значительном фактическом материале.

Системная красная волчанка как мультидисциплинарная проблема

Доля О.В., Гребенюк В.Н., Соколова А.А

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Диффузные заболевания соединительной ткани характеризуются системной прогрессирующей дезорганизацией внеклеточных компонентов соединительной ткани и имеют ряд общих клинических и лабораторных признаков. В этой группе заболеваний системная красная волчанка представляет особый клинический интерес как мультидисциплинарная проблема.

Цель работы. Рассмотрение случая системной красной волчанки в призме недооценки врачами диагностического значения совокупности клинических симптомов заболевания. Материал и методы. Пациентка 43 лет после путешествия на круизном лайнере, сопряженного с длительной инсоляцией, отметила появление высыпаний на открытых участках кожного покрова: ушных раковинах, лице, шее с последующим распространением на верхние конечности, грудь и спину. Отмечались множественные эритемоэритематозные и корковые эфлоресценции с инфильтрацией. Кожный процесс прогрессировал, нарастало недомогание. Пациентке проводилось лечение на протяжении 4 месяцев с диагнозом токсикодермии по типу полиморфного фотодерматита наружными глюкокортикостероидными средствами в сочетании с дезинтоксикационной терапией, что ухудшило общее состояние больной (реактивный [лекарственный] гепатит) и течение кожного процесса (генерализация высыпаний).

Результаты. В ревматологическом отделении был установлен диагноз системной красной волчанки подострого течения II степени активности, люпус-нефрит (подтвержденный патоморфологическим заключением, данными иммунологического обследования).

Заключение. Поражение кожи не является ни ведущим, ни обязательным симптомом системной красной волчанки. Но изменения кожи могут оказаться начальным симптомом заболевания. Сочетание изменений кожи, суставного синдрома, общего недомогания, данных лабораторного

обследования имеют решающую роль в установлении верного диагноза.

Клинико-иммунологические параллели при различных видах терапии псориаза с метаболическими нарушениями

Донцова Е.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Несмотря на достижения в изучении механизмов развития псориаза и массу работ, посвященных лечению, добиться полного контроля симптомов заболевания до сих пор не удается. В связи с этим на современном этапе большой интерес представляют исследования, посвященные изучению новых эффективных методов лечения псориаза.

Цель. Изучение эффективности и влияния семакса и надвального лазерного облучения крови (НЛОК) на внутриклеточную продукцию интерлейкинов (IL) -2, -4 и интерферона-гамма (γ) при комплексном лечении больных псориазом с сопутствующим метаболическим синдромом (МС) по сравнению со стандартной фармакотерапией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 116 человек с вульгарным псориазом и сопутствующим метаболическим синдромом (средний возраст – 54,55±5,44 года), разделенных на 2 группы: в первую вошли 58 больных, которые получали 0,1%-ный семакс интраназально в течение 10 дней и 10 процедур НЛОК на фоне традиционной терапии, 2-я группа (контрольная, 58 пациентов) получали только стандартную медикаментозную терапию. Тяжесть симптомов и клиническую эффективность лечения оценивали по PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Определение уровня интерлейкинов-2, -4 и INF- γ в лимфоцитах проведено методом проточной цитофлуориметрии на анализаторе Cy Flow производства компании Partec (Германия) с использованием реактивов фирмы Beckman Coulter (Франция). Выполнен анализ индицирования продукции IL-2, -4 и INF- γ в общей популяции Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) и Т-супрессоров (CD8+) с расчетом процента CD3+/-, CD4+/-, CD8+/-лимфоцитов, в которых был индуцирован синтез IL -2, -4 и INF - γ .

Результаты. Нами установлено, что после лечения у больных 1-й группы процент CD3+/-, CD4+/-, CD8+/-лимфоцитов, индуцирующих синтез IL-2 (42,69±0,9%, 48,1±0,84, 29,58±0,63%), достоверно снизился по сравнению со значениями до лечения (73,49±1,16%, 91,26±0,72, 50,03±0,74% соответственно), а также уменьшился процент CD3+/-, CD4+/-, CD8+/-лимфоцитов, индуцирующих продукцию IL-4 и INF- γ (11,74±0,32%, 19,3±0,55, 5,02±0,08% и 28,87±0,88%, 32,99±0,65, 27,57±0,77%), относительно исходного уровня (37,63±0,83%, 62,18±1,4, 13,54±0,26% и 75,69±1,56%, 83,98±1,51, 63,41±1,68%) ($p < 0,05$ для всех показателей). У больных 2-й группы после лечения процент CD3+/-, CD4+/-, CD8+/-лимфоцитов, индуцирующих синтез IL-2 (71,74±1,17%, 89,32±0,55, 48,31±0,78%), достоверно не изменился, как и процент CD3+/-, CD4+/-, CD8+/-лимфоцитов, индуцирующих продукцию IL-4 и INF- γ (36,12±0,8%, 59,69±1,36, 12,32±0,23%

и $74,55 \pm 1,49\%$, $81,35 \pm 1,38$, $60,92 \pm 1,57\%$), по сравнению со значениями до лечения ($73,74 \pm 1,17\%$, $91,22 \pm 0,56$, $50,36 \pm 0,78\%$, $37,14 \pm 0,8\%$, $62,37 \pm 1,38$, $13,36 \pm 0,24\%$ и $75,67 \pm 1,58\%$, $84,35 \pm 1,38$, $63,1 \pm 1,6\%$ соответственно) ($p > 0,05$ для всех показателей). При сравнении двух групп можно отметить, что включение в стандартную терапию больных 1-й группы семакса и НЛОК приводит к значимому снижению показателя PASI – с $49,45 \pm 0,48$ до $8,59 \pm 0,27$ балла ($p < 0,05$). Показатель суммарного индекса PASI во 2-й группе после лечения составил $29,2 \pm 0,34$ балла (до лечения $49,78 \pm 0,44$). Выводы. Семакс и НЛОК в составе комплексной терапии больных псориазом с сопутствующим МС снижают секрецию внутриклеточных IL-2, -4, INF- γ , и приводят к более выраженному клиническому эффекту по сравнению со стандартной терапией.

Дерматоскопическая картина невусов разных возрастных групп

Древаль Д.А., Глобина У.С.

Международная клиника «МЕДЕМ», Санкт-Петербург

Невусы – доброкачественные меланоцитарные новообразования кожи, которые в течение жизни человека могут меняться. Вопросы механизмов невогенеза по настоящее время остаются спорными. Дерматоскопия невусов в разных возрастных группах позволяет определять особенности их строения. Знание типичных дерматоскопических признаков невусов помогает выделять новообразования с необычным строением, среди которых может оказаться меланома на ранних стадиях развития.

Цель. Определить особенности дерматоскопического строения невусов у людей разных возрастных групп.

Материал и методы. Проведено дерматоскопическое исследование кожи 77 человек в возрасте от 1 года до 82 лет, обратившихся к дерматологу в клинику «МЕДЕМ» в 2013–2014 гг. Все пациенты были разделены на 7 возрастных групп: I – от 1 до 10 лет (14 детей); II – от 11 до 20 лет (10 человек), III – от 21 года до 30 лет (10 человек), IV – от 31 года до 40 лет (10 человек), V – от 41 года до 50 лет (13 человек), VI – от 51 года до 60 лет (10 человек), VII – старше 61 года (10 человек). Для дерматоскопической оценки новообразований использован анализ паттернов. В процессе диагностики отобраны только меланоцитарные невусы менее 15 мм в диаметре. Известно, что дерматоскопическая картина новообразования четко соответствует особым морфологическим структурам. Так, дермальные невусы залегают глубоко и при дерматоскопии имеют глобулярное и/или гомогенное строение. В то время как поверхностные пограничные невусы проявляются пигментной сетью – ретикулярным строением. Сложные эпидермо-дермальные невусы имеют смешанное ретикулярно-глобулярное строение.

Результаты. При дерматоскопическом исследовании 77 человек диагностировано 2986 невусов. Их среднее количество менялось с возрастом пациентов. До 40 лет оно постепенно увеличивалось и составило 15 в I группе, 30 – во II, 39 – в III. Наибольшее количество невусов (67)

определено в возрасте 31–40 лет (IV группа). После 40 лет среднее количество невусов снижалось до 53–45 и достигало минимума (31) у пожилых людей старше 60 года. Во всех группах преобладали невусы с глобулярным строением – 55%, реже наблюдались ретикулярные – 37%, гомогенные и смешанные встречались в 4 и 3%. Интересно, что в I и II группах глобулярные невусы составляли 92 и 68%, а ретикулярных – 3 и 27% соответственно. В III группе происходило постепенное снижение относительного количества глобулярных невусов до 56% и повышение ретикулярных до 36%. К 40 годам (IV группа) относительное количество глобулярных невусов сравнилось с ретикулярными и достигало 45%. В V, VI, VII группах происходило постепенное повышение количества глобулярных невусов до 49, 53 и 59% и снижение ретикулярных до 41, 40 и 37% соответственно.

Выводы. Проведенное исследование показало, что среднее количество невусов меняется с возрастом пациентов. До 40 лет их количество повышается, потом снижается. Эти колебания происходят преимущественно за счет ретикулярных невусов. В детском, юношеском и пожилом возрасте значительно преобладают невусы с глобулярным строением. В зрелом возрасте отмечается тенденция к постепенному увеличению количества ретикулярных невусов. После 40 лет количество ретикулярных невусов опять постепенно снижается. Появление нового невуса в пожилом и старческом возрасте должно вызывать особую настороженность.

Идиопатический панникулит Вебера–Крисчена: особенности течения

Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г., Пушкина О.В., Озеров Н.В.

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

Идиопатический панникулит Вебера–Крисчена (ИПВ-К) – малоизученное заболевание подкожной жировой клетчатки (ПЖК) с вовлечением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Оно относится к группе диффузных болезней соединительной ткани (М 35.6 по МКБ-10).

Цель. Изучение клинической симптоматики и особенностей течения ИПВ-К

Методы. Обследованы 548 пациентов (мужчин 76, женщин 472) в возрасте от 16 до 75 лет с направительными диагнозами «узловатая эритема» (УЭ) или «панникулит» (Пн). Все больные обследованы по единому алгоритму, включившему наряду с общеклиническим исследованием определение титра α -1 антитрипсина, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, КТ органов грудной клетки, УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов, патоморфологические исследования и внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты. У 33 пациентов диагностирован ИПВ-К, который в 58% случаев начинался и рецидивировал в холодное время года. У 59% пациентов заболевание носило хроническое течение. Имели место множественные (у 22 пациентов) болезненные (ВАШ боли – $64,0 \pm 17,4$ мм)

узлы с преимущественной локализацией на нижних (20) и верхних (10) (н/в) конечностях, реже – на туловище (6), а также «блюдообразные» изменения ПЖК (27). Ни в одном случае локализации узлов на лице не отмечено. В 45% случаев выявлена узловатая форма заболевания, которая характеризовалась изолированными друг от друга четко отграниченными от окружающей ткани ярко-розовыми в диаметре до 5 см уплотнениями на н/в (79%). Бляшечная разновидность определена у 36% больных как результат слияния отдельных узлов в синюшно-багровый плотноэластичный бугристый конгломерат с преимущественным поражением нижних конечностей (80%). При инфильтративной форме (12%) из ярко-красно-багровых узлов или их конгломератов, локализованных на верхних конечностях и туловище (80 %), выделялась желтая маслянистая масса. В 6% случаев диагностирован мезентериальный панникулит. При последних двух формах отмечалось поражение внутренних органов (печени, легких и сердца) и признаки гиперкоагуляции. У 60% больных возникновение узлов ассоциировалось с лихорадкой, полиартралгиями, миалгиями, ускоренным СОЭ, лейкоцитозом и высокими титрами СРБ. При УЗИ уплотнений выявлены участки повышенной эхоплотности в ПЖК с нечетким дольчатым рисунком и повышением васкуляризации. Гистологическое исследование подтвердило наличие лобулярного панникулита у всех пациентов.

Заключение. Комплексное обследование больных с направительными диагнозами УЭ и/или Пн позволяет своевременно диагностировать ИПВ-К и назначать адекватную терапию.

Дерматологическая тактика ведения пациентов с острыми лучевыми дерматитами при раке молочной железы

Золотарева Т.Г., Сивохина Т.А., Голованова Т.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Лучевая терапия, являющаяся необходимым этапом лечения многих онкологических заболеваний, угнетает способность эпителия кожи и слизистых к регенерации, вследствие чего образуются местные повреждения и создаются условия для инфицирования, особенно при наличии таких факторов риска, как пожилой возраст больных, наличие общесоматических заболеваний, исходное иммунодефицитное состояние. Лучевые повреждения кожи и слизистых проявляются в виде острых и хронических лучевых дерматитов. К сожалению, терапевтическая эффективность общеизвестных средств низка, что и обуславливает дальнейший поиск новых методов лечения лучевых осложнений.

Целью нашего исследования стало выявление максимально эффективной дерматологической тактики наружного лечения острого лучевого дерматита. Для реализации основной цели исследования были поставлены следующие задачи: изучить частоту проявления острых лучевых дерматитов у женщин с раком молочной железы в процессе

лучевой терапии; подобрать наиболее эффективную дерматологическую тактику лечения таких состояний.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 пациентки с острым лучевым дерматитом и диагнозом рака молочной железы в стадии 2–3Б. Исследуемые были разделены на 2 группы, в каждой из которых клиника лучевого дерматита проявлялась ограниченной отечной эритемой различной интенсивности окраски (от розовой до коричневой), отечной, горячей на ощупь. У некоторых имелись мокнущие болезненные эрозии. Первая группа (контрольная) – 24 пациентки, получала стандартную схему лечения в условиях отделения лучевой терапии общепринятыми препаратами (метиленовая синь, метилурациловая мазь и т.п.). Вторая группа (основная) – 34 женщины помимо общепринятой схемы лечения дополнительно наружно получали дезоксирибонуклеат натрия (ДРН) и декспантенол (ДП) в виде спрея; кроме того, врачом-дерматовенерологом назначен поляризованный свет аппарата «Биоптрон». Данные препараты наружного действия активируют клеточный и гуморальный иммунитет, стимулируют репаративные процессы, ускоряют динамику эпителизации, улучшают трофику и регенерацию тканей. Видимый и инфракрасный поляризованный свет прибора «Биоптрон» достаточно глубоко проникает в поверхностные отделы кожи, тем самым вызывая противовоспалительное, иммуномодулирующее, ранозаживляющее и анальгетическое действия. Всем пациентам обеих групп были также подробно объяснены правила ухода за кожей во время лечения: прием воздушных ванн по 15–20 минут 2–4 раза в день; минимизация всех травмирующих факторов, в т.ч. трения; тщательный туалет поврежденной поверхности перед нанесением препаратов.

В основную схему лечения включено четырехкратное применение ДРН с обязательным его полным впитыванием и двукратное применение ДП с аналогичным полным высыханием на поверхности. Было обращено особое внимание на то, что ДРН хранится строго при температуре не более 2–4 0С. Медикаментозная терапия дополнялась физиотерапевтическим воздействием аппарата «Биоптрон» ежедневно бесконтактно по 5 минут на поврежденную поверхность. Длительность лечения составила 10 дней. Первые положительные результаты лечения в основной группе можно было оценить уже на 2–3-й день от начала терапии. А через неделю у 80 % пациентов наблюдалось значительное улучшение патологического процесса в виде заживления эрозий, уменьшения или полного исчезновения отека и эритемы. В контрольной же группе заживление проходило более медленно и в 40% случаев наблюдалось ухудшение в виде прогрессирования клиники лучевого дерматита.

Выводы. Во время прохождения лучевой терапии у трети женщин с раком молочной железы в стадии 2–3Б диагностируются проявления острого лучевого дерматита. Применение ДРН и ДП в сочетании с воздействием аппаратом «Биоптрон» позволяет достаточно эффективно лечить острые лучевые дерматиты. Вовремя диагностированный процесс позволяет начать более раннее и эффективное лечение и достигнуть назначенной дозы облучения в полном объеме, не прерывая курса лечения и сохраняя пациенту высокое качество жизни.

Дерматоскопические особенности меланоцитарных невусов у больных витилиго

Ильина Н.Г., Пикельгаупт Н.В., Воронцова Е.К., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Витилиго представляет собой аутоиммунное заболевание кожи, в основе которого лежит реакция против меланоцитов. Описаны единичные случаи регресса пигмента во врожденном невусе, предшествовавшего началу заболевания. Галоневусы, или невусы Сеттона, имеют строгую ассоциацию с витилиго и могут быть предшественником или маркером витилиго. По данным европейских исследований, у пациентов с множественными галоневусами выше риск возникновения витилиго и других аутоиммунных заболеваний по сравнению с пациентами с единичными галоневусами.

Целью работы стало изучение дерматоскопических особенностей меланоцитарных невусов у больных витилиго. Материал и методы. Под наблюдением находились 37 пациентов с витилиго в возрасте от 12 до 77 лет, 8 мужчин и 29 женщин. Диагноз витилиго был выставлен врачом-дерматологом на амбулаторном приеме. На момент осмотра все пациенты имели проявления, соответствующие критериям заболевания. Всем пациентам были проведены анкетированный опрос, клинический осмотр, дерматоскопическое исследование дерматоскопом Heine MINI 10X с иммерсией 70%-ным этиловым спиртом. Всего у 31 пациента было выявлено 95 меланоцитарных невусов диаметром более 4 мм, в среднем около 3 крупных невусов. Среди пациентов с витилиго наиболее часто наблюдали приобретенные дермальные и смешанные невусы. 2% невусов были расположены на коже спины, 17% – на коже верхних конечностей, с одинаковой частотой в 16% случаев – на коже груди и живота, 12% – на коже лица, 9% – на коже нижних конечностей. У 7 больных было выявлено 11 галоневусов, представленных папулами полушаровидной формы светло-коричневого или телесного цвета, окруженными эритематозным депигментированным венчиком. В среднем пациенты с витилиго имели 1–2 галоневуса, расположенных в 64% случаев на коже спины, в остальных – на коже груди. Множественные меланоцитарные невусы наблюдали у двух пациентов мужского пола – до 14 крупных невусов. У 2 пациентов было выявлено 2 средних врожденных невуса коричневого цвета образования с бородавчатой поверхностью и гипертрихозом диаметром до 15 см. Нами были выявлены следующие модели невусов – дермальные с центральной гипопигментацией, сетчатый с очаговой гипопигментацией, сетчато-глобулярный с центральной гипопигментацией. При проведении дерматоскопии были отмечены следующие особенности меланоцитарных невусов: гипопигментация, регресс гранулярного и сетчатого компонентов, сосудистая реакция. Наиболее частым дерматоскопическим признаком служили бесструктурные зоны (74% случаев). Примерно в половине случаев наблюдали глобулы и гипопигментации (51 и 47%). Среди глобулярных структур были выявлены глобулы с выраженной центральной гипопигментацией, напоминавшие пигментные кольца. Такие структуры были

выявлены в 13% случаев. Гипопигментацию наблюдали также в невусах с сетчатой и сетчатоглобулярных невусах. Пигментная сеть в таких невусах была фрагментирована и представлена остатками пигментной сети, асимметрично расположенными. В некоторых случаях такие остатки пигментной сети были похожи на полосы и лучистость. У одного пациента с множественными меланоцитарными невусами гипопигментация была отмечена во всех образованиях. Сосудистый паттерн, представленный дермальными сосудами и эритемой, наблюдали в 31% случаев. Таким образом, важно отметить, что депигментация среди пациентов с витилиго может наблюдаться не только в виде очагов на коже, но и как дерматоскопическая особенность меланоцитарных невусов в виде депигментированных глобул или обрывков сети, что следует также рассматривать в качестве проявления аутоиммунной реакции против меланоцитов.

Особенности клиники и терапии подошвенных бородавок при различных сопутствующих патологиях

Исаева Д.Р., Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Бородавки служат кожным проявлением вируса папилломы человека (ВПЧ). Глубокие ладонно-подошвенные бородавки вызываются ВПЧ 1-го типа, реже – 3-го, 27, 29 и 57-го типов. Подошвенные бородавки (ПБ), распространенные среди молодых, взрослых и пожилых людей, составляют 34% всех бородавок. Исследования, проведенные за последние десятилетия, продемонстрировали, что наличие ПБ может оказывать выраженное негативное влияние на физическую, психоэмоциональную и социальную сферу жизни человека. Присутствие перманентной болезненности, необходимость постоянного применения лекарственных препаратов, возможная неэффективность проводимой терапии, затруднения при выполнении определенных видов физической деятельности, ограничения в повседневной активности и возможностях проведения досуга оказывают существенное воздействие на качество жизни пациентов с ПБ. При этом наличие сопутствующих патологий (инфекционных заболеваний, заболеваний эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата) может служить дополнительным фактором, как отягчающим течение самого заболевания, так и снижающим качество жизни больных с ПБ.

Цель исследования. Провести оценку различных коморбидных состояний, сопровождающих клинические проявления папилломавирусной инфекции кожи стоп, а также особенностей клинического течения у данных больных, которые лягут в основу разработки патогенетически обоснованного алгоритма комплексной терапии.

Клинические материалы и методы. В анализ включены 67 больных, обратившихся в Центр вирусной патологии кожи на базе филиала «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ. Из них 19 мужчин (28,4%) и 48 женщин (71,6%), имеющих установленный диагноз вирусных подошвенных бородавок

в сочетании с коморбидной патологией. В зависимости от возраста пациенты были разделены на три группы: средний 18–59 лет – 31 (46,27%) человек, пожилой 60–74 лет – 19 (28,36%) и старческий 75–89 лет – 17 (25,37%) пациентов. Результаты. Средний возраст больных – 61,2±4,4 года. Из 67 пациентов у 20 отмечены вальгусная деформация стоп, деформация суставов, вызванная артритами различной этиологии, в т.ч. ревматоидный артрит, повышенная гибкость лодыжки, бурсит большого пальца стопы, молоткообразные пальцы, изменения в своде стопы. У 25 были выявлены клинические признаки микоза, у 11 – различные заболевания и состояния, приводящие к гиперкератозу в области стоп (сахарный диабет, ихтиоз, сенильный гиперкератоз); у 22 – нарушения крово- и лимфообращения нижних конечностей (хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, лимфостаз); у 9 – вторичные иммунодефицитные состояния. У некоторых пациентов имели место сочетания патологий из указанных выше групп заболеваний. В оценке состояния больных и установлении диагнозов также участвовали смежные специалисты – терапевты, хирурги, эндокринологи, врачи функциональной диагностики, травматологи-ортопеды. В зависимости от выявленной патологии на первом этапе лечения пациентам проводилась терапия сопутствующих патологий. На втором применялись методы локальной деструкции новообразований в сочетании с методами иммунокоррекции (ректальные суппозитории Виферон), альтернативная схема терапии внутриочаговыми инъекциями интерферона α: инъекционные препараты рекомбинантного интерферона альфа (Интрон А, Реаферон). При наличии противопоказаний к применению деструктивных методов лечения и методов иммунокоррекции в отношении пациентов определенных возрастных групп использовался метод деструкции аппликациями 50%-ной салициловой кислоты.

Заключение. Для достижения хороших клинических результатов лечения ПБ следует принимать во внимание все факторы, приведшие к развитию патологического процесса, а также учитывать все коморбидные заболевания пациента. В структуре сопутствующих патологий у пациентов с подошвенными бородавками значительное место занимают заболевания с поражением опорно-двигательного аппарата стопы, нарушения кровообращения сосудов нижних конечностей, а также инфекционные поражения кожи стоп. Практически отсутствуют рекомендации по тактике ведения таких пациентов, особенностям терапии, вследствие чего данная проблема актуальна и требует дальнейших углубленных исследований.

Сосудистые осложнения инъекционной пластики

Карпова Е.И., Данищук О.И.

Клиника Данищука, Москва

Невероятный рост популярности инъекционной пластики в эстетической медицине имеет обратную сторону – с каждым годом увеличивается число сообщений о тех или иных осложнениях процедур. Среди причин можно отметить несколько: рост числа врачей, активно практикующих

инъекции филлеров; все более активные интервенции в глубокие слои мягких тканей лица в «опасных» зонах, где проходят сосуды и нервы. Совершенно очевидно, что чем больше проводится инъекций, тем больше абсолютное количество осложнений – даже при таком же относительном риске. С точки зрения патогенеза сосудистых осложнений инъекционной пластики условно выделяют эмболию введенным в просвет сосуда филлером; компрессионную ишемию, связанную с давлением материала на стенки сосуда и тромбоз, связанный с повреждением сосуда иглой или тонкой канюлей. При эмболизации артерии сразу же появляются острая боль, побледнение кожи. На следующий день в перифокальной зоне может отмечаться гиперемия, а на пораженном участке – синюшное окрашивание, возможны мраморный рисунок, геморрагические кровоизлияния. Синеватое окрашивание обусловлено переполнением капилляров вследствие венозной недостаточности, синеватое окрашивание свидетельствует об эмболии артерий. В отсутствие адекватного немедленного лечения кожа приобретает сероватое окрашивание, характерное для некроза, пораженная область отделяется демаркационной линией. На участке поражения нередко наблюдаются пузырьки, пустулезные элементы, плотные корочки, которые в некоторых случаях формируются на фоне гиперемии кожи, а не характерного синюшного окрашивания. Выраженность вторичных изменений, таких как некроз и постишемические осложнения, зависит от диаметра поврежденного сосуда, бассейна васкуляризации, от объема проводимой терапии и сроков начала терапии. При адекватном лечении пациентов с «развивающимся некрозом» наблюдается разрешение симптоматики и восстановление тканей без каких-либо последствий. Независимо от генеза возникших ишемических нарушений, природы введенного филлера тактика лечения будет примерно одинаковой: немедленное прекращение инъекции, возможное устранение введенного препарата (аспирация или введение гиалуронидазы). В ряде случаев для удаления введенного препарата требуется хирургическое вмешательство; восстановление кровообращения в пораженной области (массаж, теплый компресс на 10 мин каждые час-два, топические вазодилататоры немедленного действия – мазь или спрей с нитроглицерином). Дополнительные рекомендации включают системное или топическое применение глюкокортикоидов (противовоспалительное действие, уменьшение отечности, декомпрессия сосуда), аспирина (противовоспалительное, антиагрегантное действия, уменьшение вязкости крови, что облегчает ее прохождение через ишемизированные сосуды). Пациентам группы риска со стороны желудочно-кишечного тракта одновременно с аспирином рекомендуется прием гастропротекторов. Возможно введение препаратов низкомолекулярного гепарина внутривенно или в очаг и внутривенное введение простагландина E1 – вазодилататоры для улучшения микроциркуляции, восстановления периферического кровообращения. Для скорейшего разрешения воспалительного процесса могут быть назначены полиферментные препараты (вобэнзим). Возможно назначение комплексных гомеопатических препаратов (коэнзим композитум, убихинон композитум, плацента композитум, траумель С и лимфомиозот), позволяющих минимизировать последствия ишемии

и гипоксии. В случае угрозы развития некроза или его манифестации рекомендуется проведение гипербарической оксигенации тканей или карбокситерапии с той же целью. При подозрении на инфекционный процесс назначаются антибиотики и противовирусные средства. С целью оптимизации репаративных процессов могут быть использованы препараты, стимулирующие ранозаживление (метилурацил, актовегин, солкосерил), улучшающие трофику тканей, антигипоксанты. При развитии обширного некроза рекомендуется удаление некротических масс и активное лечение раны, направленное на профилактику формирования патологических рубцов. Цель активной терапии – не допустить формирования деформирующих кожу рубцов. Если этого избежать не удалось, коррекция рубцовых деформаций проводится по стандартным протоколам. Из тенденций последнего времени: корейские специалисты для восстановления рубцовой деформации мягких тканей кончика носа, возникшей вследствие некротического процесса, апробировали использование жировой ткани, обогащенной стволовыми клетками.

Кардиоваскулярный сифилис как актуальная проблема современной медицины

Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

Введение. Проблема выявления, диагностики и лечения кардиоваскулярного сифилиса стала актуальной за последние годы в связи с увеличением числа случаев этой патологии, трудностями ее диагностики и ее междисциплинарным характером, вовлекающим в процесс оказания медицинской помощи большому широкому кругу врачей различного профиля – терапевтов, кардиологов, кардиохирургов и, конечно, дерматовенерологов, особенно дерматовенерологов-консультантов соматических стационаров. Это касается, как ни странно, также неврологов и психиатров, поскольку поздние формы нейро- и кардиоваскулярного сифилиса нередко сочетаются.

Цель и задачи. На основании изучения современных особенностей клиники и течения кардиоваскулярного сифилиса обратить внимание врачей-терапевтов, кардиологов, кардиохирургов, а также консультантов-дерматовенерологов на возможность пребывания в соматических стационарах пациентов с кардиологической патологией, обусловленной сифилисом.

Выделить среди методов обследования кардиологических больных значимые для выявления поражения сердечно-сосудистой системы специфического происхождения.

Материал и методы. Анализ статистических данных о заболеваемости кардиоваскулярным сифилисом в Москве и Московской области. Изучение историй болезни и наблюдение 102 больных кардиоваскулярным сифилисом (81 мужчина и 21 женщина), которым диагноз был поставлен в период с 2006 по 2014 г. В возрасте от 30 до 60 лет было 80% больных, средний возраст составил 52,3 года.

Методы: клинические (анамнез, жалобы, объективный статус), серологические (НТТ и ТТ), инструментальные (Эхо-КГ, доплер-Эхо-КГ, ЭКГ, рентгенография, селективная коронарография, мультиспиральная КТ, сцинтиграфия миокарда с пирфотехом). Инструментальные методы были выполнены в процессе обследования в крупных кардиологических стационарах, в частности в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ им. С.П. Боткина, Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, с которыми осуществляется постоянное научное сотрудничество по обсуждаемой проблеме.

Результаты. Анализ статистических данных о заболеваемости кардиоваскулярным сифилисом в Московском регионе указывает на неполное выявление этой формы заболевания: число выявленных случаев в Москве до настоящего времени представлено единицами (в 2014 г. – 8 человек). В Московской области аналогичное положение сохранялось до 2014 г., когда число выявленных больных достигло 66 благодаря анализу инструментальных и лабораторных данных серопозитивных пациентов кардиологического профиля дерматовенерологами-консультантами. Отмечен низкий уровень эрудиции лечащих врачей-терапевтов, кардиологов и кардиохирургов в сфере этой патологии. Среди наблюдаемых больных наиболее часто диагностировалось поражение аортальных клапанов (51%), затем по нисходящей частоте – аневризма аорты (39%), стеноз коронарных артерий (24%), реже других выявлялся сифилитический гуммозный миокардит (3%). При этом в трети случаев отмечено сочетание поражений различных локализаций.

Серологические тесты: кардиолипидные (RPR/PMП) – резко положительны у 66,4% больных, слабоположительные у 5% и отрицательные у 28,6% больных. Трепонемные тесты резко положительны у всех больных, за исключением РИБТ, которая у одного больного оказалась отрицательной, у 23% – ее позитивность была выражена нерезко (50–57%), у остальных РИБТ была положительной.

Характерные изменения отмечены на ЭХО-КГ. У больных с поражением аортальных клапанов – неполное смыкание створок, их уплотнение, краевой фиброз, кальциноз, склерозирование с развитием регургитации II–III–IV степеней. Параллельно фиксировалась гипертрофия миокарда левого желудочка, снижение ФВ < 50%, КСР > 4,3 см, КДР > 5,6 см, КДО > 112 + 27 мл. У больных со стенозом коронарных артерий выявлена недостаточность кровоснабжения миокарда левого желудочка, нередко – нарушение локальной сократимости миокарда; со стороны коронарных артерий – их стенозирование, преимущественно в области устьев. У больных с аневризмой аорты отмечено увеличение размеров аорты – в области корня, восходящей части, дуги, реже – нисходящей и брюшной ее части. Этому сопутствовали признаки недостаточности аортальных клапанов разной степени выраженности. Сифилитический миокардит вызывал нарушение общей (при диффузной форме) и локальной (при очаговой форме) сократимости миокарда.

Леченый сифилис в анамнезе отмечен у 38 (37,2%) больных в сроки от 2 месяцев до 37 лет перед установлением диагноза специфического поражения сердечно-сосудистой системы. У 11 больных (11%) в анамнезе констатирован острый инфаркт миокарда.

Из наблюдаемых 102 больных 19 (18,6%) были пунктированы и у 12 из них (63%) выявлен нейросифилис, что указывает на высокую частоту сочетания этих двух поздних манифестных форм сифилитической инфекции.

Специфическое лечение получили 36 больных, оперативное – 12.

Умерли в период наблюдения 18 (17,6%) больных, выжили 78, не известна судьба 6 человек. Основные причины смерти: расслоение или разрыв аневризмы, сердечная и церебральная недостаточность, полиорганная недостаточность.

Приводятся 2 клинических примера посмертной диагностики сифилиса сердечно-сосудистой системы.

Выводы.

1. Выявление кардиоваскулярного сифилиса в Москве до сих пор остается неполным и представлено на протяжении многих лет единичными случаями. Это связано главным образом с некомпетентностью врачей-кардиологов, кардиохирургов, терапевтов, а также консультантов-дерматовенерологов соматических стационаров.
2. Выявление кардиоваскулярного сифилиса происходит на поздних стадиях, при наличии серьезных, угрожающих жизни осложнений (аневризма аорты, аортальная недостаточность, стеноз коронарных артерий). Для более раннего выявления этой патологии необходим активный ее поиск не только у серопозитивных пациентов кардиологического профиля, но и у больных поздним и неуточненным скрытым сифилисом и пациентов с серорезистентностью. Поисковым методом может служить ЭХО-КГ.
3. Специфическое лечение при позднем кардиоваскулярном сифилисе малоэффективно, необходима симптоматическая и реабилитационная терапия кардиологического плана, а также оперативное лечение по показаниям. Это требует сотрудничества в процессе лечения специалистов различного профиля.
4. Выявление, диагностика и лечение кардиоваскулярного сифилиса остаются междисциплинарной проблемой, требующей компетентного участия кардиологов, терапевтов, дерматовенерологов и кардиохирургов. Это актуальная проблема современной медицины, имеющей дело с постэпидемической заболеваемостью поздними тяжелыми формами сифилиса.

Терапия больных акне методом RF-микроиглы

Колчева П.А., Петунина В.В., Круглова Л.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Акне – наиболее распространенное хроническое воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов. Механизм развития акне включает гиперсекрецию кожного сала, гиперплазию сальных желез, гиперкератоз, избыточную колонизацию кожи и ее придатков *Propionibacterium acnes*. В 60–80% случаев элементы сыпи при данном заболевании разрешаются бесследно, в 10–20% остаются рубцовые изменения кожи различной степени выраженности. Для терапии акне, в т.ч. симптомокомплекса

«постакне», наряду с фармакологическими методами применяются и физиотерапевтические методики. Спектр аппаратных методик достаточно велик. Особое внимание специалистов в настоящее время уделяется лазеротерапии, причем в лечении акне (постакне) успешно используется как высоко- так и низкоэнергетическое лазерное воздействие. Низкоэнергетическое лазерное излучение – наиболее щадящее за счет низкой мощности излучения (0,1 мВт/см² -100 мВт/см²). Оказывая фотохимическое действие на биологические структуры, данный вид излучения обуславливает улучшение микроциркуляции в тканях, иммуномодулирующие, противовоспалительное, антиоксидантное и десенсебилизирующее действия. Из высокоэнергетических неаблятивных лазеров наиболее часто используют импульсные с длиной волны 500–1500 нм и небольшой энергией облучения (до 10 Дж/см²), а также средневолновые инфракрасные лазеры. Хотя результаты после неаблятивного фракционного фототермолиза достаточно высоки, проблема рубцов и коррекции работы сальных желез в Т-зоне до конца не решена. Это может быть связано с ограниченной глубиной проникновения лазерного излучения с использованием длины волны 1540 нм. Она составляет примерно 1,5 мм. Вот уже несколько лет ученые пытаются справиться с этой проблемой и увеличить глубину проникновения луча для решения большего спектра терапевтических задач. Появление новых технологий позволяет не только использовать энергию света, но и привлечь к лечению акне RF-излучение. На биологическую ткань RF-волна оказывает тепловое действие, глубина проникновения и зона термического воздействия которого зависят от частоты излучения, т.е. чем ниже частота излучения, тем глубже тепловое воздействие. Появление на рынке технологии RF-микроигл показало, что данный метод сочетает плюсы неаблятивного фракционного фототермолиза, и в то же время, за счет того что энергия доставляется в ткань механическим путем, позволило решить проблемы с воздействием на более глубокие слои кожи. Кроме того, по предварительным данным зарубежных исследователей, травмы, наносимые эпидермо-дермальному соединению, менее значимы, чем повреждения после воздействия светового луча. Глубина введения иглы может варьироваться в зависимости от необходимой степени воздействия и анатомической зоны, что является важным качеством данного метода, т.к. большая часть сальных желез располагается на глубине 1–3 мм. Несмотря на то, что изначально RF-микроиглы применялись в качестве методики омоложения путем фракционного микроиглового термолифтинга, сегодня также успешно данные установки применяются в лечении акне. Основной терапевтический эффект данного метода заключается в механическом повреждении сальной железы и воздействии RF-радиочастотной волны на нее, что приводит к выключению основных патогенетических звеньев угревой болезни. По данным зарубежных исследований, проведенных на 20 пациентах, страдающих акне средней степени тяжести, доказано преимущество фракционных микроигл по сравнению с лазерными системами. Так, при проведении одного из клинических исследований пациентам, 65% которых составляли женщины и 35% – мужчины в возрасте около 33 (±9,39) лет, одна половина лица обрабатывалась СО₂-лазером, вторая – при помощи RF-микроигл. Несмотря

на то что по окончании эксперимента пациентами был отмечен одинаковый терапевтический эффект от обеих методик, в продолжение лечения предпочтение было отдано RF-микроиглам, что связано с меньшим периодом реабилитации, отсутствием поствоспалительной пигментации и значительным снижением субъективных ощущений. При всем многообразии методов лечения акне ни один из них не решает одновременно проблем, связанных с проявлениями акне и поствоспалительных изменений кожи. Поэтому весьма актуальным остается поиск средств и методов, которые будут применяться при выраженной эффективности с минимумом побочных явлений. Внедрение в дерматологическую практику инновационных разработок помогает решать проблему сохранения эффективности при увеличении безопасности.

Опыт применения RF-микроигл и низких доз ретиноидов в комплексной терапии больных акне

Колчева П.А., Потехаев Н.Н., Круглова Л.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Акне – наиболее распространенное хроническое воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов. Пик заболеваемости приходится на 15–18 лет, т.е. социально активный возраст. Высыпания локализуются преимущественно на коже лица, что приводит к психоэмоциональным нарушениям, связанным с «дефектом внешности». Среди многих факторов, влияющих на развитие данного заболевания, к основным относятся генетическая предрасположенность и гиперандрогения. Механизм развития акне включает 4 звена: гиперсекрецию кожного сала, гиперплазию сальных желез, гиперкератоз, избыточную колонизацию кожи и ее придатков *Propionibacterium asnes*. Одним из основных методов лечения акне является назначение ретиноидов (изотретиноина). Клинические данные последних лет подтверждают эффективность лечения при назначении и низких доз данной группы препаратов. Наряду с фармакологическими методами для терапии акне применяются и физиотерапевтические методики. Спектр аппаратных методов достаточно обширен, но при выборе необходимо учитывать соотношение степени безопасности и эффективности. За последние годы с появлением новых физиотерапевтических технологий возможности терапии больных акне в значительной степени расширяются. Среди новых технологий патогенетическую направленность имеет RF-излучение. На биологическую ткань RF-волна оказывает тепловое действие, глубина проникновения и зона термического воздействия которого зависят от частоты излучения, т.е. чем ниже частота излучения, тем глубже тепловое воздействие. Изучение механизмов действия RF-микроигл показало, что данный метод сочетает плюсы неаблятивного фракционного фототермолиза и в то же время, за счет того что энергия доставляется в ткань механическим путем, позволяет решать проблемы, затрагивающие более глубокие слои кожи (рубцовые деформации постакне).

Кроме того, по предварительным данным зарубежных исследователей, травмы, наносимые RF-микроиглами эпидермодермальному соединению, менее значимы, чем повреждение после воздействия светового луча. Глубина введения иглы может варьироваться в зависимости от необходимой степени воздействия и анатомической зоны, что является важным качеством данного метода, т.к. большая часть сальных желез располагается на глубине 1–3 мм. Кроме того, возможность использовать как моно-, так и биполярный тип излучения расширяет возможности применения RF-микроигл.

Цель исследования. Оценить эффективность применения низких доз изотретиноина и RF-микроигл в комплексной терапии больных акне.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 20 пациентов в возрасте от 21 года до 34 лет с различной степенью тяжести заболевания, из них 12 (60%) женщин и 8 (40%) мужчин. Все пациенты получали изотретиноин в дозе по 10 мг в сутки курсом 6 месяцев. Также проводились процедуры RF-микронидлинга от аппарата INTRAcell (Jeisys, Корея) при следующих параметрах: глубина введения иглы – 1,5 мм, мощность – 500 Вт, уровень – 3. Всего было проведено 5 процедур с периодичностью один раз в месяц.

Результаты исследования: Полное клиническое выздоровление отмечено у 17 (85%) пациентов в результате 6 месяцев применения изотретиноина и 5 процедур RF-микронидлинга, что выражалось в разрешении воспалительных элементов сыпи и поствоспалительной гиперпигментации, снижении гиперпродукции кожного сала, частичном сглаживании атрофических рубцовых изменений кожи. У остальных пациентов отмечено значительное улучшение, при этом они предпочли продолжить терапию RF-микроиглами.

Выводы. Применение комплексной терапии ретиноидами и RF-микроиглами в лечении больных акне позволяет решать сразу несколько проблем: значительно снизить лекарственную нагрузку на больных, сократить длительность курса лечения, скорректировать поствоспалительные явления.

Влияние фибриногена, тромбина и ε-аминокапроновой кислоты на жизнеспособность фибробластов и кератиноцитов человека в структуре кожных эквивалентов на основе композиционных альгинатных матриц

Комлев В.С., Соловьева Е.В., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.

Институт металлургии и материаловедения им. А.А. Байкова, Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт», Москва

Развитие материаловедения привело к появлению на рынке широкого спектра искусственных матриц, предназначенных для использования в биоинженерии кожных покровов человека. Однако лишь немногие из них могут быть использованы в качестве основы для создания искусственного эквивалента кожи – ткани, состоящей из естественного коллаген-эластинового матрикса, заселенного

основными клеточными составляющими кожи: фибробластами и кератиноцитами. К одной из ключевых характеристик искусственного матрикса относится его способность не только поддерживать пролиферацию клеток кожного эквивалента и мигрирующих в него клеток пациента, но и обеспечивать развитие новых кровеносных сосудов, что абсолютно необходимо для приживления трансплантата. Традиционно эту проблему решают путем введения в искусственный матрикс ростовых факторов, стимулирующих ангиогенез, таких как VEGF, FGFb, PDGF BB. Однако возможны и другие подходы. Нами в качестве компонентов, стимулирующих ангиогенез в двухкомпонентных биополимерных матриксах, содержащих альгинат/коллаген или альгинат/фибриноген, были использованы фибриноген, тромбин и ϵ -амино-капроновая кислота – компоненты проангиогенной среды. Коллаген был включен как естественный структурный компонент внеклеточного матрикса дермы, стимулирующий адгезию и пролиферацию кератиноцитов и фибробластов. Альгинат (анионный полисахарид) использовался для придания прочности губчатым матриксам. Для обеспечения механической прочности коллаген также подвергался сшивке глутаровым альдегидом, а альгинат – Ca^{2+} и Mg^{2+} .

Полученные результаты показали, что диаметр пор служит одним из важных параметров, обеспечивающих клеточную адгезию и миграцию. Используя композиционные (содержащие от 15 до 85% альгината и соответственно от 85 до 15% фибронектина) матриксы, мы определили, что для заселения фибробластами и кератиноцитами матрикс должен включать, хотя бы частично, поры диаметром, соотносимым с таковым клеток и составляющим от 20 до 80 мкм. Анализ полученных данных также показал, что способность фибробластов и кератиноцитов к адгезии в композиционном матриксе не зависит от процентного содержания альгината и фибронектина в диапазоне от 15 до 85%. Армирование матриксов, содержащих альгинат/фибриноген в соотношениях 85/15, 65/35, и 20/80, ϵ -амино-капроновой кислотой приводит к увеличению диаметра пор до 300 мкм, что подавляет способность кератиноцитов к адгезии, а фибробластов – к миграции. Введение в состав матриксов тромбина приводило к значительному снижению диаметра пор, соответственно, к увеличению адгезии кератиноцитов и миграционной способности фибробластов. Адгезию и миграцию фибробластов в альгинатных матриксах обеспечивает добавление фибриногена (от 15 до 50%), тогда как добавление коллагена способствует адгезии кератиноцитов (от 30 до 70%). Матрикс, состоящий из чистого альгината (100%), не поддерживает жизнеспособность как кератиноцитов, так и фибробластов и, таким образом, не может рассматриваться в качестве матриксной основы при создании дермальных эквивалентов. Так, наиболее эффективной основой кожного эквивалента являются двухкомпонентные (альгинат/коллаген и альгинат/фибриноген) и трехкомпонентные (альгинат/коллаген/фибриноген) матриксы, армированные тромбином. Дальнейшие исследования позволят определить, какие из полученных матриксов обладают ангиогенными свойствами и могут таким образом стимулировать активное приживление кожного эквивалента.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 15-04-06089 «Регуляция ангиогенеза в биоинженерных тканевых эквивалентах».

Особенности гемомикроциркуляторного русла у женщин в менопаузальном периоде

Кондратьева Ю.С., Кокина О.А., Н.В. Ерошенко Н.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Одним из главных составляющих звеньев нормального функционирования кожи является микроциркуляция, а ее характеристика – неотъемлемой составляющей для диагностики, оценки и прогнозирования дальнейших инволютивных изменений кожи различных возрастных групп, в т.ч. и при нарушениях гормонального гомеостаза у женщин в климактерическом периоде, а также пациенток в хирургической менопаузе.

Цель и задачи работы. Оценка особенностей микроциркуляции кожи лица у женщин в периоде менопаузы.

Материал и методы исследования. Выполнено на кафедре дерматовенерологии ГБОУ ВПО АГМУ. Обследованы 106 женщин. Первая группа – 30 женщин в пременопаузальном периоде, средний возраст составил 43,4 + 1,7 года. Вторая группа – 30 женщин, находившихся в периоде менопаузы в возрасте 57,7+0,8 года. Группа сравнения – 46 женщин фертильного возраста в возрасте 24,8+1,2 года. Исследование микроциркуляции кожи лица проведено с помощью метода лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ), а также определена кислородная сатурация кожи с помощью метода оптической тканевой оксиметрии, замеры проведены лазерным анализатором скорости поверхностного капиллярного кровотока «ЛАКК-М», Россия (ООО НПП ЛАЗМА). Оценивались следующие параметры – показатель микроциркуляции (ПМ), степень сатурации кислородом (SO_2) и объем эритроцитов (V_r).

Полученные результаты. При клиническом осмотре у большинства (84%) женщин, находившихся в менопаузальном периоде, обращало внимание имеющаяся пастозность тканей лица, купероз и явления застойной эритемы разной степени выраженности. Причем данные клинические проявления были более выражены у 14 (23,3%) женщин, находившихся в состоянии хирургической менопаузы более 5 лет, чем у женщин в состоянии физиологического климактерия. При анализе показателя тканевой перфузии (ПМ) данные 1-й и 2-й групп женщин были идентичными, но достоверно выше, чем в группе контроля: 12,3+2,3 пф.ед., 12,9+2,7 и 10,9+3,2 пф.ед. соответственно. Увеличение показателя тканевой перфузии у женщин, находившихся в различных периодах климактерия, может быть связано как с ослаблением артериолярного сосудистого тонуса, которое приводит к увеличению объема крови в артериолах, так и с явлениями застоя крови в веноулярном звене. Мы получили существенные достоверные различия показателей микроциркуляции и сатурации кислорода у женщин в состоянии хирургической менопаузы (14 пациенток) по сравнению с находившимися в менопаузальном периоде соответственно возрасту (46 женщин). Было получено, что показатель тканевой перфузии у женщин с хирургической менопаузой были достоверно выше, чем у пациенток в пре- и постменопаузе, и отличался от показателей группы сравнения (13,8+1,3 пф.ед., 12,4+0,8 и 10,8+0,5 пф.ед.). Показатель

сатурации гемоглобина кислородом (SO₂) достоверно регистрировался выше у женщин в хирургической менопаузе (86,7±0,2%) по сравнению с женщинами с физиологической менопаузой и группой контроля (81,7±1,3% и 82,2±0,8%). Объем фракции эритроцитов (Vr) в зондируемой области во всех группах исследования был без достоверных отличий. Выводы. Таким образом, данные, полученные в ходе исследования системы микроциркуляции кожи лица у женщин в периоде менопаузы, показали прямую зависимость и степень выраженности изменений показателей тканевой перфузии и сатурации кислорода от длительности и времени наступления климактерия, а ранняя хирургическая менопауза (до 50 лет) провоцирует более существенные нарушения микрокровотока лица. Использование современных неинвазивных информативных методов может применяться для разработки протокола коррекции инвальной изменений кожи у женщин в менопаузе независимо от ее длительности и с учетом ее гормонального статуса.

Современные возможности диагностики и лечения доброкачественной патологии шейки матки

Константинова З.Е., Молочков А.В., Мураков С.В., Будаев А.И., Габля М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.

Российский университет дружбы народов, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Дорожная клиническая больница, Москва

Несмотря на наличие современных методов диагностики и лечения, хламидийная инфекция продолжает оставаться серьезной проблемой. Основная клиническая форма хламидиоза у женщин – цервицит (Кисина В.И., 2006) – может рецидивировать в 30–40% случаев после проведенного курса антибиотикотерапии (Тирская Ю.И., 2009). При хронически текущем воспалительном процессе в шейке матки возможно формирование наботковых кист. При персистенции в наботковых кистах хламидии становятся недоступными для действия антибиотика. При этом ПЦР-диагностика не выявляет ДНК хламидий в соскобах из цервикального канала. При вскрытии наботковой кисты, происходящем в результате продолжающейся секреции цилиндрического эпителия и вследствие внутритканевого напряжения, усиливающегося при беременности и в родах, хламидии могут быть источником реинфекции после наступления кажущегося клинико-микробиологического излечения женщины.

Цель исследования. Оценить роль наботковых кист как причины рецидивирования хламидийного цервицита. Материал и методы. В исследовании участвовали 130 молодых нерожавших женщин с частыми рецидивами хламидийного цервицита в анамнезе. Всем было проведено исследование соскоба шейки матки методом ПЦР для обнаружения ДНК возбудителя, серологическое исследование сыворотки крови на IgA к видоспецифичным антигенам *Chlamydia trachomatis* (данный тип антител исчезает после полной элиминации

инфекции), расширенная кольпоскопия. Содержимое наботковых желез также исследовалось методом ПЦР.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании соскоба шейки матки на ДНК возбудителя методом ПЦР был получен отрицательный результат от всех женщин. Диагностические титры anti-*Chlamydia*-IgA в концентрации свыше 1:50 обнаружены у 98% больных. При проведении расширенной кольпоскопии особое внимание уделено наличию у пациенток наботковых кист с мутным содержимым. У 92 пациенток были обнаружены множественные или единичные наботковые железы, у 38 – простые зоны трансформации с устьями открытых желез. При исследовании содержимого кист была обнаружена ДНК *C. trachomatis*. Далее пациентки получали курс антибиотикотерапии джозамицином, на фоне которого выполнялась лазерная абляция кист высокоэнергетическим CO₂-лазером. Анализ лабораторных показателей в отдаленные сроки показал, что рецидивов хронического хламидийного цервицита у больных с реконвалесценцией не наблюдалось, что подтверждает эффективность проведенной терапии.

Выводы. 1. Хламидийная инфекция может длительно и бессимптомно персистировать в закрытых железах шейки матки. Наботковые кисты могут быть причиной рецидивирования хламидиоза, особенно во время беременности. 2. В случае эктопии с наличием наботковых кист у нерожавших женщин, планирующих беременность, в плане обследования на хламидиоз помимо ПЦР обязательны и серологические методы обследования. 3. Эктопии с наличием наботковых кист у нерожавших женщин, у которых в анамнезе есть хламидийный цервицит, – показание к лазерохирургическому лечению.

Эффективность использования 5%-ного линимента циклоферона в наружном лечении очагов гнездной алопеции

Корнишева В.Г., Вашкевич А.А.

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

Цель исследования. Оценка эффективности применения 5%-ного линимента циклоферона в терапии больных гнездной алопецией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 66 больных (4 ребенка, 62 взрослых – 44 женщины, 18 мужчин) гнездной алопецией в возрасте от 7 до 38 лет. У 57 больных имелась очаговая форма заболевания, у 9 – тотальная алопеция. У 42 пациентов заболевание находилось в прогрессирующей стадии, у 24 – в стационарной. Первую группу составили 50 больных, которым в очаги облысения 1 раз в день втирали 5%-ный линимент циклоферона. Во вторую группу были включены 16 больных с очаговой формой, в очаги поражения которым ежедневно 1 раз в день, в зависимости от стадии болезни, втирали настойку красного перца или глюкокортикостероидную мазь. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц для 18 больных первой группы и для 8 больных второй и 3 месяца – для 32 больных первой группы и для 8 больных второй. Оценка эффективности

лечения проведена по следующим клиническим критериям: сроки уменьшения или прекращения выпадения волос; сроки появления роста vellуса или терминальных волос в очагах облысения. Прекращение выпадения волос, укрепление волосяных фолликулов вокруг очагов облысения; начало роста vellуса или терминальных волос расценивали как улучшение. Полное отрастание терминальных волос в бывших очагах облысения и укрепление корней волос расценивали как выздоровление. Усиление выпадения волос, появление новых или увеличение старых очагов алопеции на фоне лечения расценивали как ухудшение. Из 50 пациентов 1-й группы было 9 больных тотальной алопецией, лечение которых линиментом циклоферона было неэффективным. Из 41 пациента первой группы после курса лечения продолжительностью 1 месяц у 7 (17%) = отмечено выздоровление, у 5 (12,2%) – улучшение. Не наблюдалось динамики в течение заболевания у 6 (14, 6%) больных. Во второй группе выздоровление отмечено у 1 (6,2%) больного, улучшение – у 2 (12,5%), отсутствовал эффект у 5 (31,3%) больных. Таким образом, во второй группе частота выздоровления (6,2%) была меньше, а частота отсутствия эффекта (31,3%) больше, чем у больных, получавших линимент циклоферона (соответственно 17 и 14,6%). При продолжительности лечения 5%-ным линиментом циклоферона в течение 3 месяцев выздоровление отмечено у 12 (29,3%), улучшение – у 10 (24,4%) больных, без эффекта – у 1. Во второй группе при длительности терапии 3 месяца выздоровление получено от 2 (12,5%), улучшение – от 4 (25%) больных. Эффекта не получено от 2 (12,5%) больных. Таким образом, выздоровление более чем в 2 раза чаще было отмечено у больных, получавших линимент циклоферона (29,3%), чем у больных второй группы (12,5%). С длительностью лечения эффективность терапии циклофероном возрастала. Проанализированы сроки прекращения выпадения волос, сроки начала роста волос и полного восстановления волосяного покрова при прогрессирующей и стационарной стадиях болезни. В прогрессирующей стадии на фоне лечения циклофероном волосы прекращали выпадать на 61,4-й±11,5 дней от начала лечения, рост пушковых или длинных волос начинался на 83,3-й±12,4 дня лечения, во второй группе соответственно – 78,1±8,4 и 94,2±10,3 дня. В стационарной стадии болезни, когда корни волос были укреплены и волосы не выпадали, у части больных в очаге имелись пушковые волосы, рост длинных волос начинался быстро и по всей площади поражения. У больных первой группы волосы выросли через 36,4±4,5дня, во второй группе через 45,5±5,5дней.

Выводы. 1. Применение в наружном лечении 5%-ного линимента циклоферона эффективно как в прогрессирующей, так и в стационарной стадиях очаговой формы гнездной алопеции. Препарат не вызывает побочных эффектов и аллергических реакций. 2. Выздоровление отмечено в 2 раза чаще среди больных (41,5%), получавших линимент циклоферона, чем среди больных второй группы (18,8%). 3. При тотальной форме гнездной алопеции лечение 5%-ным линиментом циклоферона не эффективно. 4. В комплексную терапию больных очаговой формой гнездной алопеции целесообразно включать 5%-ный линимент циклоферона вне зависимости от стадии заболевания.

Сухие грязевые маски Сакского озера в лечении дерматозов и профилактике старения кожи лица

Корнишева В.Г., Мирзоян В.Л.

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

Крымские сакские иловые сульфидные грязи обладают выраженным лечебным действием и используются в лечении и профилактике кожных заболеваний. Оригинальная технология изготовления сухих грязевых препаратов позволяет использование их не только на курорте, но и вне его, при этом сохраняются биологические свойства грязи. Цель. Изучение воздействия сухих грязевых масок на течение хронических дерматозов (псориаза, хронической экземы кистей, юношеских угрей, предменструальных акне) и использования их в профилактике старения кожи и коррекции овала лица.

Материалы. Сухие маски косметической линии «Пеларт»: грязевая фитомаска для сухой и нормальной кожи (грязь, ромашка, листья моркови, мята, лаванда, хвощ); грязевая фитомаска для сухой и нормальной увядающей кожи (грязь, ромашка, листья моркови, зверобой, хвощ); грязевая фитомаска для ухода за проблемной кожей (грязь, ромашка, лаванда, шалфей, зверобой, календула, лопух, алтей); грязевая фитомаска для жирной кожи (грязь, ромашка, зверобой, шалфей, хвощ, хмель, череда); термическая маска (пластификаторы, тальк, грязь Сакского озера). Курс сухих грязевых масок получили 49 пациентов (8 детей, 36 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 12 до 59 лет, из которых 12 женщинам проведен курс термических масок, направленный на профилактику старения кожи лица и шеи. Из 37 больных, получавших курс фитомасок, у 10 пациентов был бляшечный псориаз в стационарно-регрессивной стадии, у 5 – хроническая экзема кистей, у 15 – юношеские угри легкой и средней тяжести, у 7 – предменструальные угри. Методика применения грязевых масок. Перед процедурой к 30 г сухой маски добавляли 60 мл горячей воды и через минуту наносили на очаг поражения или на лицо, предварительно покрытое влажной марлевой салфеткой. Маску прикрывали теплым полотенцем или накладывали полиэтиленовую пленку. Длительность процедуры – 15 минут. Процедуры проводили через день. Курс – 10–15 масок. При хронических дерматозах грязелечение назначалось после основного лечения вне обострения заболевания. Эффективность масок оценивалась на основании динамики субъективных и объективных проявлений заболевания. Полученные результаты. Больным (10) псориазом начинали лечение с фитомасок для сухой кожи, которые наносили на крупные бляшки на конечностях. Разрешение очагов отмечено у 4 больных, улучшение – у 6 по сравнению с бляшками, которым грязелечение не проводилось. Больным хронической экземой кистей (5) применяли фитомаски для сухой кожи. После курса в 5–7 процедур разрешение очагов отмечено у всех больных. Больным с угрями проведен курс фитомасок по уходу за проблемной кожей, затем курс грязевых фитомасок для жирной кожи. Длительность грязелечения – 2–3 месяца, при этом больные получили по 2 курса масок с месячным перерывом. У всех больных

отмечена положительная динамика: с каждым курсом количество новых высыпаний на лице уменьшалось. К 3-му месяцу у всех больных рецидивирование высыпаний прекратилось. Выздоровление было отмечено у 83,8% больных, страдающих хроническими дерматозами. Для профилактики старения кожи лица и шеи к 12 женщинам применили курсы термических и фитомасок для сухой увядающей кожи.

Результат. Стойкий омолаживающий эффект: повышение тургора кожи и мышц, сокращение глубины морщин. У части клиенток подтянулся двойной подбородок. У всех женщин выраженный регенерирующий и увлажняющий эффект масок сохранился в течение месяца после окончания курса. Выводы. 1. Сухие грязевые маски Сакского озера обладают выраженным противовоспалительным действием, уменьшают сальность кожи и эффективны в комплексном лечении хронических дерматозов. 2. Термическая и фитомаски эффективны в профилактике старения кожи: улучшают трофику тканей, обладают регенерирующим и увлажняющим действиями, нормализуют тонус лицевых (мимических) мышц, имеют отсроченный эффект действия. 4. Маски рекомендуются для широкого применения как в практике дерматолога для реабилитации больных хроническими дерматозами после основного курса лечения, так и в работе косметолога с целью профилактики старения кожи и коррекции овала лица.

Ониходистрофии – инновационные методы лечения

Круглова Л.С., Финешина В.И., Шахнович А.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Поликлиника № 5 Управления делами Президента РФ, Москва

Включение в комплексную терапию ониходистрофий физиотерапевтических процедур наряду с медикаментозными средствами значительно повышает эффективность проводимого лечения и улучшает качество жизни больных. На сегодняшний день среди аппаратных физиотерапевтических методов, применяемых в дерматологии при лечении поражения ногтевых пластин, следует выделить метод лазеротерапии с использованием, в частности, инфракрасного низкоэнергетического лазерного излучения (ИК НЛИ) в импульсном режиме и метод ультразвуковой терапии (частота 880 кГц). Проникая в организм и воздействуя на биологические процессы в тканях, низкоэнергетическое лазерное излучение стимулирует процессы регенерации и обмена в тканях, улучшает гемодинамику и микроциркуляцию, обеспечивает противовоспалительный, сосудорасширяющий, иммунокорректирующий эффекты. Ультразвук представляет собой механические колебания частиц среды, распространяющиеся в виде волн в неслышимом акустическом диапазоне частот, т.е. выше 20 кГц. При прямом озвучивании (непосредственное озвучивание очага поражения) ультразвук является физическим катализатором физико-химических и биохимических процессов с активацией ферментативной деятельности, изменением

проницаемости мембран, усилением процессов диффузии и осмоса, освобождением биологически активных веществ. Его действие расценивается как микромассаж клеток, при котором улучшаются показатели биоэлектрической активности возбудимых тканей. Известно, что эффективность лазеро- и ультразвуковой терапии значительно повышается при комбинированном взаимодействии с лекарственными веществами, предварительно нанесенными на облучаемую область, – фотофорез и фонофорез соответственно. Так, при различных дерматозах с успехом применяются фотофорез и ультрафонофорез с 20 %-ным гелем актовегином для наружного применения. Данный препарат, представляющий собой депротеинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот, повышает устойчивость к гипоксии, увеличивает энергетический метаболизм, активизирует обмен веществ в тканях, улучшает трофику и стимулирует процесс регенерации. Вторичным эффектом является усиление микроциркуляции. Все вышесказанное послужило обоснованием к применению данных видов физиовоздействия в комплексной терапии ониходистрофий. Воздействие осуществляется на область дистальных фаланг пальцев (область проекции заднего ногтевого валика), куда наносится гель актовегин. Ультрафонофорез (частота 880 кГц) проводится по контактно-лабильной методике, интенсивность озвучивания 0,8–1 Вт/см², режим непрерывный по 1 минуте на поле ежедневно (12–15 процедур). Методика при фотофорезе контактная, стабильная, по 1 минуте на поле, в импульсном режиме при частоте следования импульсов 1500 Гц. На курс – 15–20 ежедневных процедур. При необходимости через 2–3 месяца курс лечения повторяют. В заключение следует подчеркнуть, что комплексное лечение с применением фото- или фонофореза значительно повышает эффективность терапии ониходистрофий. Перспективным в этом направлении является разработка медицинских технологий с принципиально новыми лекарственными препаратами.

К вопросу о наружном лечении ониходистрофий

Круглова Л.С., Финешина В.И., Шахнович А.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Поликлиника № 5 Управления делами Президента РФ, Москва

Известно, что основным компонентом ногтевой пластинки является альфа-фибробинный протеин (альфа-кератин), аналогичный протеинам волос и эпидермиса. Ороговевшие клетки – кератиноциты – организованы в пласты, между слоями которых располагаются тонкие прослойки липидов и воды (липиды составляют 1% веса ногтя и 10% вода). Именно эти прослойки придают ногтевой пластинке эластичность, гибкость и блеск. До 10% ногтевой ткани составляет аминокислота цистеин, содержащая серу. Сера обеспечивает т.н. дисульфидные связи в белковых молекулах – именно они, подобно мостикам, придают ногтю необходимую прочность. Сера входит в состав биотина (также известного как витамин Н, или «витамин красоты»).

Помимо серы в состав ногтевой пластины входит множество микро- и макроэлементов: кальций, хром, фосфор, селен, цинк, кремний, железо и др. Особым образом влияют на обменные процессы ногтевой ткани селен и кремний. Селен – это ультрамикроэлемент, тесно связанный с метаболизмом витаминов А, С, Е и каротиноидов. Кремний играет важную роль в синтезе коллагена, обеспечивает прочность и эластичность суставов, хрящей, сосудов, кожи, ногтей. Присутствие всех данных компонентов делает ноготь здоровым. Большинство наружных препаратов для восстановления и укрепления ногтей просто склеивают слои ногтя между собой, не оставляя пространства для увлажняющих компонентов. В связи с этим ногти становятся хрупкими и ломкими. К тому же кремы и мази, используемые при лечении ониходистрофий, нередко содержат в своем составе кортикостероиды, повышающие риск развития побочных эффектов, в т.ч. и присоединение вторичной инфекции. Поэтому топические средства для ухода за ногтями должны содержать увлажняющие, питательные компоненты и другие активные ингредиенты (биотин, d-пантенол, аллантоин, гиалуроновая кислота, фитантриол), что позволяет восстанавливать и укреплять ногтевые пластинки, интенсивно питать кутикулу и кожу вокруг ногтей. Таким образом, данные средства предотвращают сухость ногтей и кожи вокруг ногтей, удерживают влагу между ногтевыми пластинами, предупреждают расслоение ногтей, возникновение заусенцев и трещин, ноготь становится крепким и эластичным. Восстанавливающие и регенерирующие свойства карандаша «Peclavus Nagelpflegestift» базируются на запатентованной формуле носителя биологически активных веществ, с помощью которого вещества, не заменимые для нормального роста ногтя, быстро и практически без потерь доставляются непосредственно в область матрикса и зону роста ногтевой пластины. К основным компонентам средства относятся аминокислота пролин и витамин биотин. Действуя совместно, эти вещества за достаточно короткий промежуток времени восстанавливают структуру ногтевой пластинки и стимулируют рост ногтей. При регулярном применении восстанавливающего карандаша Peclavus видимые результаты появляются уже через несколько недель. За первые 2 недели лечения ногтевая пластинка смазывается 2–3 раза в день, в дальнейшем – 1 раз в день в течение 2–3 месяцев. В результате регулярного использования данных средств восстанавливается структура ногтевой субстанции, ускоряется рост ногтевой пластинки, ноготь делается прочным и эластичным.

Дерматофитии крупных складок и стоп при сочетанной патологии

Малярчук А.П., Газарян О.Л., Малярчук Т.А.

Медицинский институт усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств, Москва

Важную роль при дерматофитиях крупных складок (ДКС), обусловленных *Tr. rubrum* и *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitalis* играют очаги грибковой инфекции на стопах, особенно у

мужчин [Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2003; Грибанов Т.В., 2010]. Так, из 78 амбулаторных пациентов с онихомикозами около половины (44,9%) имели микотические поражения кожи туловища, стоп и крупных складок [Бурова С.А., 2014]. При обследовании 57 мужчин-военнослужащих в 2004–2005 гг. с ДКС и лобковой области микозы стоп (МС) и онихомикоз обнаружены у всех пациентов [Карпов В.В., 2006].

Целью настоящего исследования стало изучение частоты МС у больных ДКС.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования в РФ в 2012–2013 гг. – одновременно в 50 регионах. Задействовано 97 ЛПУ и 174 врача. Условием эксперимента был отбор больных с отсутствием онихомикоза или минимальным поражением ногтевых пластинок, когда индекс КИОТОС позволял проводить только местную терапию МС. Больных дерматофитиями было 2784, ДКС – 735 (26,4%). В структуре больных ДКС преобладала эпидермофития (615, или 83,7%), реже регистрировалась руброфития (120, или 16,3%). Для анализа использованы только качественно заполненные анкеты. При эпидермофитии крупных складок (ЭКС) их было 235 (38,2%), при рубромикозе (РКС) – 70 (58,3%). Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA 6.0 и критерия Стьюдента.

Результаты собственных исследований. ЭКС в 1,8 раза преобладала среди мужчин (63,8 против 36,2%) и в возрастной группе 35–55 лет (48,1%) ($p < 0,05$). Практически у всех (95,3%) пациентов высыпания локализовались в области паховых складок. Реже инфицировались межъягодичная складка (15,7%), складки под молочными железами (9,8%) и аксиллярные (4,7%). Одна атомическая область складок была поражена у 76,6% больных, две – у 20%, три – у 3,4%. Среднее число областей на одного больного составило $1,26 \pm 0,25$. МС при ЭКС имела 1/3 (32,7%) больных. Лидировала интертригиозная форма МС (66,2%). Дисгидротическая (19,5%) и сквамозная (14,3%) формы встречались одинаково часто. У мужчин МС регистрировался в 1,7 раза чаще (63,6 против 36,4%). Онихомикоз диагностирован у 24,7% пациентов, сочетался с МС в 71,4% случаев. Онихомикоз в 1,9 раза преобладал у мужчин (65,5 против 34,5%). Наиболее часто поражались ногтевые пластины V (53,4%) пальца, реже II (31%) и у отдельных больных III (15,5%). Нормотрофический тип онихомикоза в 2,2 раза (69 против 31%) преобладал над гипертрофическим типом. В структуре больных РКС в 2,3 раза преобладали мужчины (70 против 30%) и возрастная группа от 35 до 55 лет (42,9%). Большая (80%) часть больных имела манифестацию процесса в области паховых складок. Нередко инфицировалась межъягодичная складка (41,4%). Их сочетанное поражение было у 31,4% пациентов. Аксиллярные складки и складки под молочными железами инфицировались одинаково часто (по 12,9%). Одна атомическая область складок была поражена у 61,4% больных, две – у 34,3%, три – у 4,3%. Среднее число областей на одного больного составило $1,5 \pm 0,4$. МС выявлен более чем у половины (51,4%) больных РКС. Лидировала сквамозно-гиперкератотическая форма (72,2%). Микоз кистей выявлен у 20% больных практически всегда в сочетании с МС (93,3%). Онихомикоз на стопах был у 65,7% пациентов, на кистях – у 17,1%. На фоне МС онихомикоз наблюдался в 88,9%

случаев. Изолированное поражение ногтевых пластинок на стопах встречалось среди 20% больных. Преобладала гипертрофическая форма онихомикоза (93,5%). Чаще поражались ногтевые пластинки V (60,3%) и II (41,4%) пальцев стоп, реже – III (32,8%) и IV (24,1%). Чаще регистрировалось инфицирование 2 (37%) и 3 (26,1%) ногтей, реже – 1 (15,2%). Четыре и более ногтевых пластинок (с учетом кистей) вовлекались в процесс у 21,7% больных. Среднее число пораженных ногтевых пластинок составило $2,7 \pm 0,8$.

Заключение. При наличии ДКС именно их поражение стало поводом обращения к врачу. МС и онихомикоз выявлены при тщательном осмотре кожных покровов. Не исключено, что первичное поражение стоп и кистей способствовало заносу инфекции в область крупных складок. Анализ результатов исследования косвенным образом может свидетельствовать, что у 67,2% больных причиной возникновения ЭКС оказался *E. floccosum*, а у 32,8% – *Tr. mentagrophytes var. interdigitale*. Поэтому обязательным условием ведения больных ЭКС и РКС считаются тщательный осмотр стоп, лечение выявленного МС и дезинфекция обуви. В противном случае не исключаются рецидивы заболевания.

Роль бактериальной контаминации и реактивации вирусов в иммуногенезе хронической крапивницы

*Масюкова С.А., Флакс Г.А., Сорокина Е.В.,
Ахматова Н.К., Головинов А.И.*

*Медицинский институт усовершенствования врачей
Московского государственного университета пищевых
производств, Научно-исследовательский институт вакцин
и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва*

Распространенность хронической крапивницы (ХК) в популяции составляет около 3%. Значительная роль в этиопатогенезе ХК отводится инфекционным агентам, которые в свою очередь способствуют альтерации иммунного ответа в результате формирования хронической формы инфекции. Цель. Изучение роли инфекционных агентов в развитии иммунологических нарушений у больных ХК.

Материал и методы. Под наблюдением находились 110 больных хронической идиопатической крапивницей (ХИК): 41 мужчина, 69 женщин в возрасте 18–56 лет. Изучение экспрессии TLRs на МЛПК проведено методом проточной цитометрии с применением мАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR9 (Caltag Laboratories, США).

Результаты. Инфекционные заболевания вирусной этиологии зарегистрированы у 52 больных. Признаки реактивации вирусов семейства herpesviridae выявлены у 64 больных: HSV1 – у 18, HSV2 – у 6, ВЭБ – у 25, HHV-6 – у 16, HHV-7 – у 13 больных. Аденовирус выявлен у 10 больных. *Str. pyogenes* выявлен у 5, *Klebsiella pn.* – у 9, *Proteus vulgaris* – у 6, *S. Aureus* – у 28 больных. Заболевания органов пищеварительной системы с колонизацией *H. pylori* – у 14, *Candida alb* – у 6 больных. С целью выявления особенностей экспрессии TLRs больные были ранжированы на 3 группы: в первую вошли 37 больных бактериальной инфекцией, во вторую – 48 с вирусными инфекциями,

в третью – 25 больных сочетанной бактериально-вирусной инфекцией. У больных с сопутствующей бактериальной инфекцией наблюдали высокие уровни экспрессии TLR2, превышающие нормальные значения в группе здоровых лиц в 6 раз ($30,7 \pm 3,6$)%. Уровни экспрессии TLR4 также в 5 раз ($18,9 \pm 4,1$)%. Уровни экспрессии TLR3 и TLR9 превышали норму в 2 раза ($34,8 \pm 4,5$) и ($26,8 \pm 4,6$)% соответственно. У больных ХИК при наличии сопутствующих рецидивирующих вирусных инфекций наблюдались высокие значения экспрессии TLR3 ($36,5 \pm 3,5$)% на фоне повышенных почти в 4 раза TLR2 ($20,2 \pm 3,4$)%. Уровни экспрессии TLR4,9 превышали норму в 2 раза ($16,3 \pm 3,6$) и ($27,4 \pm 3,7$)%. При этом при наличии сопутствующей вирусной и бактериальной патологии наблюдали наиболее низкие значения экспрессии TLR4 ($8,7 \pm 2,6$)% по сравнению с большими сопутствующими бактериальными или вирусными заболеваниями. У больных с легкой (1-й) степенью тяжести ХИК, при наличии длительного рецидивирующего течения герпетической инфекции, вызванной ВПГ1,2 с признаками реактивации ВЭБ- и ВГЧ-6, и при наличии сопутствующей бактериальной патологии отмечены очень низкие уровни экспрессии TLR3 ($2,3 \pm 0,4$)% на фоне нормальных значений TLR9 ($12,3 \pm 2,6$)%. Поскольку рецепторы TLR9 распознают CpG-мотивы бактериальной ДНК и CpGDNA-(метилированные)-гликопротеины вирусной оболочки, повышение TLR9 может свидетельствовать о включении внутриклеточных рецепторных механизмов и усилении иммунного ответа на бактериальные и вирусные инфекции. Повышенные уровни экспрессии TLR3 указывают на усиление противовирусной защиты у больных ХК. Гиперэкспрессия TLR2,4 может приводить к перевесу провоспалительных цитокинов, инициации развития хронического воспаления и аутоиммунных заболеваний. Поэтому корректирующее действие терапии на эти показатели должно оказывать противовоспалительный эффект. Однако в ходе исследования выявлено, что для больных ХК с длительностью заболевания от 2 до 6 месяцев характерны очень низкие уровни экспрессии TLR2,4, что указывает на целесообразность коррекции этих показателей. TLR4 является рецептором для распознавания ЛПС. TLR2 играют ключевую роль в реагировании на продукты грамположительных бактерий, микобактерий, дрожжей, распознают различные компоненты *S. aureus*, включая пептидогликан и липопептиды. Дисфункция в TLR2-сигналах служит причиной персистенции стафилококковой инфекции у пациентов с алергодерматозами в результате нарушения индукции антимикробных пептидов. Таким образом, значительно сниженные (в 30 раз) уровни экспрессии TLR3 у больных ХИК с сопутствующей рецидивирующей герпесвирусной инфекцией в сочетании с бактериальной инфекцией может свидетельствовать об истощении внутреннего резерва экспрессирующих клеток вследствие длительной вирусной персистенции и бактериальной нагрузки. Поскольку в группе обследованных больных выявлены очаги фокальной бактериальной инфекции, грибковая инфекция, вызванная дрожжеподобными грибами, признаки реактивации герпесвирусной инфекции, включение в терапию препаратов, вызывающих иммунокоррекцию нарушений и способствующих активации механизмов врожденного иммунитета против этиологически значимых микробов, является целесообразным, оказывая действие на триггерный фактор.

Этиопатогенетическая терапия акне и розацеа

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

Медицинский институт усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств, кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии, Москва

На современном этапе выбор и тактика лечения акне и розацеа зависят от возраста, длительности заболевания, преобладания и характера невоспалительных и воспалительных акне-элементов, степени тяжести, распространенности процесса и клинической формы заболевания. Акне (*acne vulgaris*) – это хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными поражениями в виде папул, пустул, узлов (Самцов А.В., 2014). В настоящее время доказано, что андроген-индуцированная гиперплазия сальных желез и повышенная выработка кожного сала приводят к формированию воспаления, которое первично и предшествует фолликулярному гиперкератозу. Одновременно происходит активация врожденного и адаптивного иммунитета и вокруг сальной железы формируется перифокальное иммунное и нейrogenное воспаление, основными инициаторами которого являются *P. acnes* – причина активации TLRs. В последние годы особое внимание отводится динамическому взаимодействию между нервной, иммунной и эндокринной системами. Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов. Сложный механизм иммунного воспаления при розацеа с участием провоспалительных цитокинов (IL-8, IL-6, IL-18) обусловлен взаимодействием триггерных факторов (стресс, УФ излучение и др.) и факторов врожденного иммунитета на фоне аномального количества кателицидина и калликреина 5 в коже пациентов, которое приводит к активации сосудистого эндотелиального фактора роста, кортикотропин-рилизинг-фактора и ядерного транскрипционного фактора. «Мишенью» воздействия триггерных факторов служат клетки Лангерганса, эндотелия и иммунокомпетентные клетки. Выброс нейропептидов способствует формированию нейrogenного воспаления, что в свою очередь приводит к нарушению неoангиогенеза, дисрегуляции нейрососудистых связей в коже, изменению архитектуры межклеточного матрикса. Иммунное и нейrogenное воспаление сопровождается патоморфологическим изменениям в коже. Ответ на вопрос, почему тетрациклины являются базисным антибиотиком при лечении акне и розацеа, кроется в воздействии на патофизиологические механизмы развития этих дерматозов. Отмечено, что действие системного доксициклина заключается в том, что он влияет на АТФ-регулируемый выброс провоспалительных цитокинов, блокируя эффекты IL-8, снижает хемотаксис нейтрофилов, изменяет метаболизм арахидоновой кислоты, ингибирует провоспалительную активность фосфолипазы A2, подавляет активность оксида азота, подавляет синтез активных форм кислорода нейтрофилами, тормозит активность матричных металлопротеиназ, включая коллагеназы, желатиназы, эластазы. Нами проведено клиническое изучение воздействия антибиотика группы тетрациклинов миноциклина (Минолексин®) при акне и розацеа, который по механизму действия обладает бактериостатическим эффектом, нарушая

синтез белка в микробной клетке. Препарат обладает высокой липофильностью, способностью накапливаться в сальных железах и проникать через липидный слой бактерий. В 2006 г. FDA одобрило расширенные рекомендации по применению миноциклина, а в 2012 г. Он включен в Европейские рекомендации.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность миноциклина в лечении средних и среднетяжелых форм акне и папуло-пустулезной розацеа. Под наблюдением находились 98 больных, 67 женщин и 31 мужчина в возрасте от 12 до 52 лет с длительностью заболевания от года до 12 лет. При средней степени тяжести акне и папуло-пустулезной форме розацеа препарат назначался в суточной дозе по 50 мг 2 раза в сутки и/или 100 мг однократно на протяжении 4 недель и далее по 50 мг 1 раз в сутки до 8–12 недель. При среднетяжелых формах миноциклин назначался в суточной дозе по 100 мг 2 раза в сутки 4 недели, далее по 100 мг 1 раз в сутки 16 недель. Эффективность лечения оценена с использованием дерматологических индексов и дерматоскопии.

Заключение. Клиническая эффективность миноциклина в лечении средних и среднетяжелых форм акне, а также розацеа составила 92,6%, 91,5, 92,4% соответственно. Побочных эффектов и отказов от лечения в процессе наблюдения за больными не было, что позволяет сделать вывод о целесообразности применения миноциклина как препарата выбора в лечении средних и среднетяжелых форм акне и II подтипа розацеа.

Эффективность применения антиоксидантной терапии в сочетании с местной фотохимиотерапией в комплексном лечении ограниченной склеродермии у детей

Мун А.В., Маннанов А.М., Юлдашев М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Ограниченная склеродермия характеризуется очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в процесс внутренних органов. Согласно классификации Довжанского С.И., ограниченная склеродермия разделяется на следующие клинические формы: бляшечную, линейную, болезнь белых пятен и атрофодермию Пазини–Пьерини. Фотохимиотерапия оказывает антипролиферативное действие на клетки дермальных инфильтратов, не подавляя при этом активность эпителиоцитов. Согласно литературным данным, в развитии и прогрессировании склеродермии важную роль играет усиление перекисного окисления липидов свободными радикалами. Процессы свободнорадикального окисления инициируют и поддерживают спазм сосудов, гиперпродукцию коллагена и воспалительные процессы. Применение антиоксидантов и антигипоксантов может приводить к стабилизации клеточных мембран, уменьшению процессов окисления, улучшая микроциркуляцию кожи и внутренних органов. Целью исследования стала оценка эффективности препарата левокарнитина с местным применением фото-сенсibilизатора метоксалена.

Материал и методы. Под наблюдением находились 12 больных в возрасте от 3 до 17 лет (9 девочек и 3 мальчика). Из них 10 больных имели бляшечную форму и 2 линейную. Больные поступили на повторный курс лечения. Для оценки тяжести изменений кожи и определения эффективности проводимой терапии использована международная система баллов склеродермии m-Rodnan Score, согласно которой вся поверхность кожи разделяется на 17 участков, наличие склеродермического очага в одной из них оценивается от 0 до 3 баллов. Больные были разделены на две группы. Все дети получали стандартную терапию в виде инъекций Пенициллина, Актовегина и Лидазы и наружно Актовегингель. Однако 1-й группе дополнительно добавляли Левокарнитин перорально в дозе 20 мг/кг в сутки 2 раза в день в течение 2 месяцев с периодичностью не менее 3 курсов в год и локально наносился крем с метоксаленом за час до ультрафиолетового облучения (УФО), фототерапия проводилась с частотой 3 раза в неделю на курс 20 сеансов, периодичность – 2 раза в год.

Клиническая эффективность терапии оценивалась по следующим клиническим критериям:

- уменьшение отечности очагов;
- исчезновение воспалительного венчика вокруг патологического процесса;
- прекращение периферического роста;
- уменьшение плотности кожи в очаге;
- отсутствие новых участков уплотнения кожи.

Результаты оценивались спустя 10–12 месяцев с начала наблюдения. Для первой группы больных, получавших помимо стандартной терапии препарат Левокарнитин и локальный фотосенсибилизатор Метоксален, установлено разрешение свежих патологических очагов со значительным уменьшением отечности и исчезновением воспалительного венчика – 5 (83,3%) больных. Среди больных 2-й группы, получавших только стандартную терапию, незначительная положительная динамика наблюдалась у 2 (33,3%) больных, у 4 (66,7%) отечность и периферический венчик сохранились. Выводы. Присоединение к стандартной схеме лечения антиоксиданта и антигипоксанта Левокарнитина и фотосенсибилизатора местного действия Метоксалена повышает терапевтическую эффективность. Данный метод лечения перспективен и может использоваться в практической деятельности дерматологов.

Влияние заболеваний шейки матки на показатели фертильности

Мураков С.В., Молочков А.В., Будаев А.И., Габлия М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.

Российский университет дружбы народов, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО РЖД, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Основной функцией цилиндрического эпителия шейки матки является секреция слизи. В норме качество и

физико-химические свойства секрета, вырабатываемого слизистой оболочкой, зависят от фазы менструального цикла. Цервикальная слизь играет важную роль в оплодотворении и служит барьером для инфекции. В иммунологическом аспекте слизистая пробка является сложно организованной биологической жидкостью, поэтому шейка матки и является пограничным органом между стерильной полостью матки и бактериально обсемененным влагалищем. При поражении шейки матки вирусом папилломы человека (ВПЧ) физико-биологические свойства цервикальной слизи изменяются, а вместе с ними – и фертильные свойства слизистой пробки. Цель исследования. Изучить характер и степень нарушения физико-биологических свойств цервикальной слизи на фоне папилломавирусной инфекции (ПВИ) и их роль в формировании шеечного фактора бесплодия.

Материал и методы. Физико-биологические свойства цервикальной слизи и тест пенетрации сперматозоидов изучались на 100 женщинах с эктопией шейки матки на фоне ПВИ, а также на 100 женщинах с эктопией без ПВИ. Для исследования слизи забиралась при помощи спиретте (фирма Pharma-med, Canada) на 14–16-й день менструального цикла. Шеечный индекс определен с помощью тестов: феномен папоротника, зрачка, натяжения слизи и ее количество. Свойства цервикальной слизи оценены по системе Inser. Максимальная оценка каждого теста – 3 балла, минимальная – 0. Шеечный индекс 0–3 балла свидетельствует о резком нарушении физико-химических свойств слизи, 4–6 – об умеренном, 7–10 – соответствует норме, 10–12 баллов – отражает усиленную секрецию. Детальное изучение взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью может быть проведено с помощью тестов на проницаемость цервикальной слизи *in vitro*. В наших исследованиях мы пользовались методикой проведения теста на предметном стекле в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Для количественной оценки результата теста сперма бралась у одного предварительно обследованного донора через 5 и 15 минут, после чего подсчитывалось количество сперматозоидов в первом ближайшем к интерфейсу поле зрения микроскопа F1 (увеличение 400x). Увеличение следует регистрировать для каждого отдельного теста. Для определения глубины проникновения изучается второе поле зрения (F2), примыкающее к первому (F1), затем третье (F3). Число сперматозоидов в этих полях также регистрируется. Полученные результаты оцениваются следующим образом: 0 баллов (отрицательный результат) – ни в F1, ни в F2 проникновения сперматозоидов нет; 1 балл (плохой результат) – 5 сперматозоидов в поле зрения микроскопа F1, 0–1 сперматозоид в поле зрения микроскопа в F2; 2 балла (хороший результат) – 15 сперматозоидов в поле зрения микроскопа F1, 10 сперматозоидов в поле зрения микроскопа в F2; 3 балла (отличный результат) – более 25 сперматозоидов в поле зрения микроскопа F1, более 25 сперматозоидов в поле зрения микроскопа в F2. Результаты исследования и их обсуждение. У женщин репродуктивного возраста с эктопиями на фоне персистирующей ПВИ слизистая пробка в 83% случаев характеризуется измененными физико-биологическими показателями (показатели шеечного индекса и теста

пенетрации сперматозоидов) в отличие от женщин с эктопиями без ПВИ, где изменения физико-биологических свойств наблюдаются только в 30% случаев.

Выводы. 1. Проведенное исследование свидетельствует о том, что на фоне ПВИ у женщин репродуктивного возраста с эктопиями в 83% случаев слизистая пробка характеризуется измененными физико-биологическими показателями, которые могут способствовать формированию шеечного фактора бесплодия. 2. Выявленные нарушения физико-биологических свойств шеечной слизи необходимо учитывать при обследовании пациенток с бесплодием при наличии у них ПВИ и сопутствующей эктопии шейки матки, т.к. это может лежать в основе шеечного фактора бесплодия.

Оптимизация лечения ВПЧ-ассоциированных генитальных кондилом на фоне рубцовой деформации шейки матки

Мураков С.В., Молочков А.В., Будаев А.И., Габля М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.

Российский университет дружбы народов, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО РЖД, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Проблема комплексного лечения заболеваний, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией (ПВИ), в последнее десятилетие особенно актуальна в связи с неуклонным ростом заболеваемости, высокой контагиозностью и значительным онкогенным потенциалом вируса папилломы человека (ВПЧ) в различных возрастных группах (Касихина Е.И., 2011). Мишенью для ВПЧ служат клетки эпителия кожи и слизистых оболочек. ВПЧ может оказывать на инфицированные клетки продуктивное или трансформирующее воздействие. При продуктивном воздействии вирусов на эпителий кожи и слизистых оболочек возникают добро-качественные новообразования – папилломы и кондиломы. Наибольшей эффективностью в лечении остроконечных кондилом характеризуются деструктивные методы лечения, однако даже при их использовании частота рецидивирования составляет 20–30% и более (Brown D.R., 2006). Значимой причиной рецидивирующего течения ПВИ служит наличие нарушений в иммунной системе (Соловьев А.М., 2004).

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и сокращение частоты рецидивирования ВПЧ-ассоциированных генитальных кондилом у больных с рубцовой деформацией шейки матки.

Материал и методы. Под наблюдением находились 124 пациентки в возрасте от 18 до 45 лет с остроконечными кондиломами генитального тракта. Проведены кольпоскопия, цитологическое исследование мазков и стандартная диагностика урогенитальных инфекций. В зависимости от наличия фоновой рубцовой деформации

шейки матки и применяемых методов лечения больные были распределены на три группы. В группу 1 (n=41) включены пациентки с генитальными кондиломами на фоне рубцовой деформации шейки матки, получавшие традиционно применяемое лечение кондилом: лазерную деструкцию с последующей иммуномодулирующей терапией (иммуномакс в/м 200 ЕД в 1-й, 2, 3, 8, 9, 10-й дни лечения). Больные генитальными кондиломами на фоне рубцовой деформации шейки матки, лечение которых включало выполнение пластической операции на шейке матки методом расслоения в сочетании с традиционно применяемой лазерной деструкцией кондилом и иммуномодулирующей терапией составили группу 2 (n=43). В группу 3 (контрольную, n=40) были включены женщины с нормальной архитектоникой цервикального канала, получавшие традиционно применяемое лечение генитальных кондилом. Критериями эффективности лечения служило отсутствие в течение 3 лет рецидивов кондилом и оценка содержания в слизистом секрете цервикального канала провоспалительных цитокинов (IL-1 β , -6 и ФНО- α) и иммуноглобулинов разных классов (IgA, IgG, IgM, IgE) через 6 и 12 месяцев после лечения методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение. Методом ПЦР для всех пациенток был идентифицирован ВПЧ ДНК-типов низкого и высокого онкогенного риска. Были исключены другие специфические инфекции урогенитального тракта (сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, трихомониаз, микоплазменная инфекция). Кольпоскопическим методом была исключена дисплазия шейки матки у пациенток. При исследовании методом ИФА у всех больных было выявлено снижение содержания в шеечной слизи IgA и IgG и повышение содержания IgG, IgM, IL-1 β , -6 и ФНО- α . В результате динамического наблюдения установлено, что отсутствие рецидивов в течение 3 лет в группе 1 было достигнуто 23 (56,1%) пациентками из 41, в группе 2 – 34 (79%) из 43, в группе 3 – 33 (82,5%) из 40. Уровни провоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов в слизистом секрете цервикального канала у пациенток групп 2 и 3 через 6 и 12 месяцев после лечения соответствовали норме, у пациенток группы 1 наблюдались выраженные изменения содержания цитокинов и иммуноглобулинов.

Выводы. 1. Изменение показателей местного иммунитета у больных генитальными остроконечными кондиломами на фоне рубцовой деформации шейки матки свидетельствует о нарушении иммунологической компетентности шейки матки, способствующем возникновению рецидивов ПВИ. 2. Эффективность методики комплексного лечения генитальных кондилом на фоне рубцовой деформации шейки матки с применением пластической операции методом расслоения, последующей лазерной деструкцией остроконечных кондилом и иммуномодулирующей терапией составляет 79%, что соответствует эффективности лечения пациенток в контрольной группе и выше (p<0,05) эффективности традиционно применяемого лечения экзифитных кондилом у пациенток с рубцовой деформацией шейки матки.

Скрытая эпидемия сифилиса и других инфекций, передающихся половым путем

Перова Е.В., Мирзоян В.Л., Разнатовский К.И.

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

Проблема сифилиса и других ИППП в нашей стране в современных условиях представляется особенно актуальной в связи с рядом существенных фактов и обстоятельств:

1. Ростом скрытых и поздних форм сифилиса, врожденного сифилиса, нейро- и васкулярного сифилиса и сифилиса внутренних органов.
2. Катастрофически быстрым ростом числа случаев инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП).
3. Огромным социально-экономическим ущербом от этих болезней.

Причины роста заболеваемости ИППП:

- раннее начало половой жизни, сексуальная свобода, низкая сексуальная культура;
- экономическое и социальное расслоение общества;
- отрицательное влияние порнографической и эротической продукции и информации;
- интенсивное формирование сети учреждений «секс-услуг»;
- дальнейшее распространение наркомании и алкоголизма;
- бесконтрольная деятельность «теневой» и «коммерческой» медицины, «отток» значительного числа больных ИППП в эти структуры;
- бесконтрольная и безрецептурная продажа антибиотиков;
- недостаточная информированность населения о ИППП и использовании индивидуальных средств защиты;
- легкомысленное отношение населения к ИППП из-за широкой возможности их анонимного лечения и даже самолечения.

Актуальность проблемы ИППП в России определяется не только неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, но и кардинальными политическими, социальными и экономическими изменениями, происшедшими в стране за последние 2 десятилетия. В течение всего периода существования советской власти «особенностями борьбы с венерическими болезнями в СССР являлись ее государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода, единственно научно обоснованных методов профилактики, диагностики и лечения». Практика последних лет показала, что государственная система борьбы с распространением ИППП, основанная на диспансерном методе, пришла в противоречие с рыночными преобразованиями в российском обществе и претерпела существенные изменения. В то же время общественность, органы здравоохранения да и население (больные) оказались неготовыми к использованию методов контроля, профилактики ИППП, самозащиты и собственной ответственности, принятых в развитых странах.

Установить действенный контроль за распространением сифилиса и ИППП невозможно только медицинскими мерами.

В сложившейся неблагоприятной эпидемиологической ситуации необходимо:

1. Создание специальных программ на федеральном и региональном уровнях, обратив особое внимание на вопросы первичной профилактики и духовно-нравственного воспитания в организованных подростковых и молодежных коллективах.
2. Межведомственное взаимодействие (Министерства здравоохранения, Министерства образования, Министерства внутренних дел) в профилактике, диагностике, лечении и диспансерном наблюдении социально значимых инфекционных заболеваний.
3. Интеграция врачей-дерматовенерологов и врачей других смежных специальностей, занимающихся диагностикой, лечением и профилактикой ИППП: акушеров-гинекологов, урологов, педиатров, неонатологов.
4. Повышение образовательного уровня в системе последипломной подготовки по вопросам эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики ИППП врачей смежных специальностей.

Разработка клеточной (in vitro) пространственной модели кожи здорового человека

Петерсен Е.В., Трусова И.А., Дух А.С., Гурьева С. С., Фриго Н.В.

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

Введение. Изучение патогенеза широко распространенных, тяжело протекающих социально значимых дерматозов, проведение клинических испытаний новых методов лечения связано с получением биоптатов кожи у пациентов или использованием животных моделей. Оба подхода сложны и трудоемки; первый связан с травмированием пораженной кожи пациентов, второй – с необходимостью проводить дорогостоящие, организованные по правилам GCP и GLP доклинические исследования в вивариях, неполной адекватностью для человека животной модели, длительностью экспериментов на животных и их дороговизной. Все это требует разработки новых подходов к экспериментальным моделям заболеваний, с помощью которых можно проводить клинические испытания новых этиопатогенетических методов лечения. Первым этапом таких исследований является разработка модели кожи здорового человека.

Цель исследования. Разработка in vitro клеточной 3D-модели кожи здорового человека.

Материал и методы. Использованы биоптаты кожи доноров, полученные в ходе пластических операций с их добровольного согласия, линейные клетки (НАСАТ, Wi-38), а также специальные среды, растворы, гели и другие материалы, необходимые для выделения и культивирования клеток кожи человека эпителиального происхождения (кератиноциты и меланоциты) и клеток нейронального и мезенхимного происхождения (фибробласты). Подтверждение состава клеточных культур осуществлено путем иммунофлуоресцентного исследования поперечных срезов колоний, выращенных на коллагеновом геле.

Результаты. В ходе проведения исследований разработана методика сокультивирования *in vitro* эпителиальных, нейрональных и мезенхимальных клеток здорового человека. Разработан протокол приготовления живого эквивалента кожи человека в коллагеновом геле. Разработан протокол ведения клеточных культур в 2D-(на адгезивной поверхности культурального пластика) и 3D-(в неадгезивном состоянии, в висячей капле)-условиях культивирования без потери ими тканеспецифических свойств. Клеточный состав эквивалента кожи подтвержден результатами иммуногистохимического исследования. В результате проведения исследований получен живой эквивалент здоровой кожи в коллагеновом геле.

Выводы. С использованием клеточных технологий осуществлено выделение и культивирование клеток, составляющих основу здоровой кожи. Получен живой эквивалент здоровой кожи в коллагеновом геле в условиях 2D- и 3D-культивирования. Полученная модель служит основой разработки модели кожи больных дерматозами. Модель позволит в системе *in vitro* проводить скрининговые наблюдения за состоянием кожи больных в зависимости от различных типов оказываемого влияния.

Фототехнологии в терапии тяжелых форм псориаза

Понич Е.С., Бабушкин А.М., Шаблий Р.А.

Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер, Ханты-Мансийск

Повышение функциональных резервов организма, сниженных в результате заболевания, составляет базисную платформу лечения и профилактики псориаза. Перспективна в этом направлении оптимизация физиовоздействий, которая может осуществляться различными способами, в т.ч. путем применения сочетанных методик, преимущество которых обусловлено фотоагментивным эффектом. Научные исследования последних лет позволили из широкого спектра УФ-излучения выделить узкие диапазоны волн, в частности средневолновое узкополосное излучение (УФБ 311 нм), что способствовало повышению эффективности проводимого лечения. В клинических условиях были проведены обследование и лечение 124 больных вульгарным псориазом. Среди них 76 (61,3%) мужчин и 48 (38,7%) женщин в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст составил 37,9±6,3 года. Клиническая картина кожного процесса соответствовала диагностированной клинической разновидности псориаза – вульгарный псориаз. Процесс носил распространенный характер. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на две сопоставимые по основным параметрам группы. Первая (основная) группа – 64 больных, получали сочетанную узкополосную средневолновую (УФБ-311 нм) и широкополосную длинноволновую терапию (УФА-320-400 нм), 2-я группа (сравнения) – 60 больных, в качестве физиотерапевтического лечения получали УФБ-облучение узкого спектра с максимумом эмиссии на 311нм. До лечения у всех больных процесс носил распространенный характер

и соответствовал среднетяжелой и тяжелой степеням тяжести: индекс PASI в 1-й группе в среднем составил 30,1±4,8 балла, во 2-й – 28,6±3,7. Под влиянием сочетанной узкополосной средневолновой и широкополосной длинноволновой терапии отмечена более выраженная положительная динамика в отношении всех клинических проявлений заболевания независимо от степени тяжести процесса. При этом в среднем в первой группе снижение индекса PASI составило 93,3%, во второй – PASI снизился до 74,3%. У большинства (80%) пациентов отмечен различной степени выраженности зуд. В отношении его купирования также отмечено преимущество сочетанной фототерапии; так, индекс BRS снизился в 1-й группе с 5,2±0,8 до 0 баллов, в то время как во 2-й – редукция составила 68%: с 5,1±0,6 до 2,8±1,1 балла. В процессе лечения с улучшением клинической картины заболевания пропорционально улучшались и показатели качества жизни. В результате анализа полученных данных более выраженная положительная динамика ДИКЖ, особенно в первые недели терапии, была отмечена среди пациентов, которым проведено лечение с применением сочетанной фототерапии. Так, в первую неделю параметры ДИКЖ снизились на 29% в 1-й группе и лишь на 10% во 2-й. К концу лечения в 1-й группе ДИКЖ редуцировал на 92% и составил 2,1±0,5 балла (p<0,05), во 2-й группе снижение составило 78% – 5,4±0,6 балла (p<0,02). Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности сочетанной ультрафиолетовой терапии пациентов с распространенным вульгарным псориазом, что сопровождается купированием клинических проявлений заболевания, улучшением качества жизни и лежит в основе высокого качества полученных результатов. Высокая эффективность и безопасность позволяют рекомендовать разработанный метод к широкому применению в клинической дерматологической практике.

Фотодинамическая терапия в лечении тяжелых форм псориаза

Понич Е.С., Круглова Л.С., Федотова К.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Клинический кожно-венерологический диспансер ХМАО-ЮГРЫ, Москва

Фотодинамическая терапия (ФДТ) предполагает использование фотохимических реакций, опосредуемых через взаимодействие фотосенсибилизирующих агентов, света и кислорода для лечения злокачественных и доброкачественных заболеваний. Фотодинамическая терапия – это 2-этапная процедура. На первом этапе фотосенсибилизатор вводят пациенту одним из нескольких вариантов: местно, перорально или внутривенно. Второй этап заключается в активации фотосенсибилизатора светом с определенной длиной волны, в результате чего образуется кислород, направленный на ткани-мишени. Под нашим наблюдением в клинических условиях находились 62 больных красным плоским лишаем: 15 (19,2%) мужчин и 47 (80,8%) женщин в возрасте от 20 до 62 лет, средний

возраст составил $40,4 \pm 2,6$ года. Продолжительность заболевания в среднем составила $1,2 \pm 0,6$ года. На факторы, провоцирующие обострение красного плоского лишая, стрессы и нервное перенапряжение, указывали 68,8% больных, обострение сопутствующей патологии – 11,3%, перенесенные инфекционные заболевания – 6,7%. В остальных (9,2%) случаях начало заболевания больные ни с чем не связывали. Все находившиеся под наблюдением пациенты были разделены на три сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы: 1-я (основная) группа – 22 больных, получавших сочетанную ФДТ в комплексе с медикаментозным лечением; 2-я группа (сравнения) – 20 больных, получавших ФДТ; 3-я (контрольная) группа – 20 пациентов, которым проведено только медикаментозное лечение. Во всех группах медикаментозное лечение включало наружное применение мази такролимус 0,1% ежедневно 2 раза в день курсом 30 дней. Процедуры фотодинамической терапии в 1-й и 2-й группах проведены с использованием светодиодного видеофлуоресцентного устройства УФФ-630-01-«БИОСПЕК» с дополнительным интегрированным импульсным источником света для диагностики и фотодинамической терапии. Плотность энергии лазерного излучения – $16-25$ Дж/см², плотность мощности лазерного излучения – 40 мВт/см². Процедуры проведены циклами по 5 с последующим 7-дневным перерывом. Всем больным провели клинические обследования: изучение анамнеза, осмотр с оценкой дерматологического статуса ILP (Index Lichen Planus), определение индексов зуда – Пруриндекса. Лабораторные методы исследования включали общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение иммунного статуса. Объективным показателем течения процесса и эффективности проводимого лечения больных красным плоским лишаем служит индекс дерматологического статуса ILP, рассчитанный с учетом характера элементов, распространенности процесса, наличия поражения ногтевых пластин и слизистых. После лечения в первой группе IPL снизился на 80% ($p < 0,01$), во второй – на 52,5% ($p < 0,01$), в третьей – на 30,9% ($p < 0,01$). В 1-й группе клиническое выздоровление констатировано у 56% больных, значительное улучшение – у 24%, улучшение – у 10%, эффект не наблюдался у 5%. Положительный терапевтический эффект отмечен у 91% больных. Во 2-й группе клиническое выздоровление удалось достичь 42% больных, значительное улучшение отмечено у 22%, улучшение – у 7%, эффект не наблюдался у 14%. У 8% пациентов наблюдалось ухудшение состояния. Положительный терапевтический эффект наблюдался у 76% больных. В 3-й группе пациентов, получавших только медикаментозное лечение, клиническое выздоровление достигнуто у 4% больных, значительное улучшение – у 29%, улучшение – у 10%; эффект отсутствовал у 22%. В 26% случаев наблюдалось ухудшение. Положительный терапевтический эффект в данной группе констатирован у 44%. Основной жалобой обследованных больных был зуд с различной интенсивностью; так, в 1-й группе до лечения индекс зуда Пруриндекс составил $6,3 \pm 0,2$ балла, во 2-й – $6,2 \pm 0,4$, в 3-й – $6,0 \pm 0,2$ балла. К концу лечения наблюдалось статистически достоверное снижение индекса зуда, составившее в 1-й группе 0 баллов, во 2-й – $0,8 \pm 0,1$, в 3-й группе – $3,8 \pm 0,4$ балла. За время наблюдения не было выявлено статистически значимых динамических изменений показателей крови и

мочи, показателей иммунного статуса, что свидетельствует о малой токсичности методики и компенсации организмом образующегося в результате фотодинамической реакции окислительного стресса.

Влияние сочетанной фототерапии на показатели клеточного иммунитета у больных тяжелыми формами псориаза

Понич Е.С., Перминова М.А.

Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер, Ханты-Мансийск

В последние годы большое внимание уделяется разработке физиотерапевтических технологий, основанных на применении естественных и преформированных физических факторов, в лечении хронических заболеваний кожи. Совершенствование методов лечения псориаза – серьезная медицинская и социальная проблема, значимость которой определяется прежде всего тяжестью течения заболевания, выраженным отрицательным влиянием на качество жизни и неуклонной тенденцией к росту заболеваемости этой патологией. В клинических условиях было проведено обследование 64 больных вульгарным псориазом, получавших сочетанную узкополосную средневолновую (УФБ-311 нм) и широкополосную длинноволновую терапию (УФА-320-400 нм). Углубленное изучение показателей клеточного и гуморального звена иммунитета у больных псориазом выявило следующие изменения: число CD3+ -клеток (зрелые клетки Т-лимфоидного ряда) было значительно снижено в обеих группах – $52,5 \pm 1,8$ и $50,2 \pm 2,2$ соответственно при $p < 0,05$ по сравнению с контролем $68,2 \pm 2,7$. Количество CD4+ -клеток (Т-хелперы) было достоверно повышено у большинства пациентов, при этом значимой разницы в показателях у пациентов 1-й и 2-й групп не было: $64,5 \pm 2,7$ и $62,6 \pm 2,7$ соответственно при $p < 0,05$ по сравнению с контролем $44,2 \pm 3,6$. Уровень CD8+-(Т-супрессоры) не в столь значимой степени отличался от показателей контрольной группы: $20,7 \pm 0,9$ и $20,5 \pm 1,4$ соответственно при $p < 0,05$ по сравнению с контролем $26,2 \pm 3,1$. Таким образом, до лечения у больных псориазом отмечено нарушение клеточного иммунитета, характеризующееся достоверным повышением иммунорегуляторного индекса (соотношение CD4/CD8) в 1,8 раза за счет преобладания Т-хелперов (CD4+) и снижения или нормального уровня Т-супрессоров (CD8+) на фоне снижения общего числа Т-лимфоцитов (CD3+). Полученные результаты согласуются с литературными данными. Так, Valdimasson H. и соавт. (1986) считают, что относительное превосходство Т-хелперов при псориазе объясняется дефектом супрессорной функции Т-лимфоцитов. Снижение супрессорной активности объясняет активацию Т-хелперов при этом заболевании, а активация Т-хелперного звена, по мнению Jablonska S. и Gliński W. (1991), – один из важных механизмов в патогенезе псориаза, поскольку Т-хелперы стимулируют пролиферацию клеток эпидермиса за счет синтеза трансформирующего фактора роста. После курса сочетанной ультрафиолетовой терапии имела место нормализация всех показателей иммунорегуляторного

звена клеточного иммунитета у больных псориазом. Так, иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8) снизился в 1,6 раза и соответствовал нормальным показателям – $1,5 \pm 0,2$ при $p < 0,01$, что было обусловлено снижением уровня Т-хелперов до $43,9 \pm 2,5$ ($p < 0,01$) и повышением Т-супрессоров до $29,2 \pm 1,6$ ($p < 0,05$). Таким образом, результатами проведенного исследования установлено, что высокий терапевтический эффект разработанного метода базируется на коррекции иммунного дисбаланса в клеточном звене иммунитета в виде достоверного восстановления до нормальных значений всех существенно измененных показателей.

Опыт применения фотодинамической терапии при актиническом кератозе

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

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

Актинический кератоз (АК) является предраковым заболеванием кожи, для которого характерна локализация очагов на открытых участках кожного покрова. АК развивается в результате повреждающего действия ультрафиолетовых лучей на кератиноциты и характеризуется потенциальной вероятностью трансформации в плоскоклеточный рак кожи. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – эффективный и неинвазивный метод, характеризующийся избирательным фотодинамическим повреждением патологических клеток в ходе фотохимических реакций с образованием токсичных форм кислорода. Основным компонентом фотодинамической реакции служит фотосенсибилизатор (ФС). В дерматологии наиболее целесообразно применение топических ФС. Эффективным и достаточно безопасным топическим ФС является метиламинолевулиновая кислота (МАЛК). Эффективность МАЛК-ФДТ при актиническом кератозе обеспечивается за счет трех механизмов: повреждения сосудов опухоли, цитотоксичности фотохимической реакции, формирования иммунного ответа вокруг опухоли. Проведение МАЛК-ФДТ при актиническом кератозе характеризуется рядом преимуществ: селективностью воздействия на патологические клетки, возможностью удаления труднодоступных очагов, органосохраняющим эффектом, обработкой нескольких очагов поражения одновременно, косметически приемлемым эффектом, отсутствием тяжелых местных и системных осложнений, возможностью проведения лечения пожилых людей и больных с тяжелой сопутствующей патологией, а также проведением процедур в амбулаторных условиях. Клиническое наблюдение: Пациент Н. 56 лет поступил в отделение с диагнозом «актинический кератоз». В анамнезе неоднократное проведение криодеструкции очагов АК. При осмотре на коже лица (лоб, щеки, периорбитальные области, нос) имеют место многочисленные пятна ярко-розового цвета округлой формы, диаметром от 5 до 20 мм, с нечеткими границами, на поверхности множественные корко-чешуйки. По данным гистологического исследования, в эпидермисе –

очаги гипер- и паракератоза, дисплазия средней степени выраженности; в дерме – актинический эластоз. Пациенту проведена процедура МАЛК-ФДТ. До нанесения МАЛК проведен кюреттаж очагов АК. Экспозиция МАЛК под окклюзионной повязкой составила 3 часа. В качестве источника света использован импульсный источник света IPL-лазер. Длина волны – 630 нм, доза световой нагрузки – 37 Дж/см^2 . Время экспозиции света – 8 минут. Таким образом, фотодинамическая терапия с метиламинолевулиновой кислотой может быть успешно использована при множественных очагах актинического кератоза, особенно при их труднодоступной локализации.

Перспективы применения фототехнологий в дерматологии

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Клинический кожно-венерологический диспансер ХМАО-ЮГРЫ, Москва

Фотодинамическая терапия известна уже более 100 лет, но, несмотря на известность, этот метод только сейчас находит свое широкое применение. В медицине используют неионизирующее электромагнитное излучение – ультрафиолетовое (УФ), видимое и инфракрасное. Выделяют фототерапию: УФА и УФБ-свет, фотохимиотерапию – комбинация псораленов с УФА-светом, и фотодинамическую терапию (ФДТ). Терапевтическое действие ФДТ основывается на фотохимических реакциях, происходящих при взаимодействии специальных фотосенсибилизирующих веществ – порфиринов, определенного спектра электромагнитных полей оптического диапазона, в частности лазерного излучения и кислорода. В данном случае лазер является активатором фотохимических процессов в клетках и не вызывает фототермического повреждения. Для ФДТ может применяться практически любой лазер с длиной волны 400–800 нм. Запуск фотохимических реакций происходит после взаимодействия кванта света и молекул фотосенсибилизатора, которые вследствие этого переходят в возбужденное состояние. В дальнейшем образуются активные формы кислорода, т.н. синглетного кислорода. В определенной (достаточной) концентрации синглетный кислород служит сильнейшим окислителем, вступая в реакцию с различными биомолекулами, в результате чего в большом количестве образуются свободные радикалы, что и приводит к цитотоксическому эффекту. Фотодинамическая терапия – это 2-этапная процедура. На первом этапе фотосенсибилизатор вводят пациенту одним из нескольких вариантов – местно, перорально или внутривенно. Второй этап заключается в активации фотосенсибилизатора светом с определенной длиной волны, в результате чего образуется кислород, направленный на ткани-мишени. Помимо прямого воздействия на ткани-мишени фотодинамическая терапия вызывает иммунологические эффекты в виде изменения экспрессии цитокинов и повышения выработки IL-1 β , IL-2 и TNF- α . Наиболее подробно изучено влияние ФДТ на иммунную систему кожи; так, отмечается достоверно

значимое снижение выработки цитокинов, IL-1 β и IL-6, TNF- α и угнетение пролиферации эпидермальных Ki-67 клеток, CD-8 лимфоцитов и CD-45RO T-клеток. Поскольку фотосенсибилизатор преимущественно поглощается патологически измененной тканью, а облучение лазером проводят непосредственно на очаги, лазерная фотодинамическая терапия обладает очень высокой селективностью, что также снижает риск повреждения окружающих здоровых тканей. Топическое применение фотосенсибилизаторов – перспективный метод для ФДТ красного плоского лишая, поскольку материальной основой заболевания является иммунное воспаление (реакция гиперчувствительности замедленного типа). Данная терапия оказывает влияние на иммунные реакции, повреждая иммунокомпетентные клетки в коже. При этом исчезает поверхностный лимфоцитарный инфильтрат в дерме, нормализуется клеточный состав в эпидермисе. Эффективность ФДТ при псориазе связана со способностью аминокислоты (АЛК) избирательно накапливаться в псориатических бляшках и трансформироваться в протопорфирин-9, в результате чего происходит нормализация пролиферации и дифференцировки кератицитов (основное звено в развитии заболевания). ФДТ успешно используется в лечении бляшечного псориаза, ладонно-подошвенного псориаза и пустулезного псориаза. Воздействие фотодинамического света активизирует в поврежденных клетках биохимические процессы, которые впоследствии приводят к разрушению клеточной мембраны и самой клетки. При этом здоровые клеточные структуры, также получая облучение в красном спектре, начинают активно делиться. Погибшие клетки выводятся из организма естественным путем, активизируется процесс ремоделирования клеточного состава кожи, устраняются морщины, улучшается клеточная структура, восстанавливаются обменные процессы, что превосходно может применяться в омоложении кожи. Несомненно, что разработка улучшенных фотосенсибилизаторов и менее дорогих источников света сделают фотодинамическую терапию хорошей альтернативой лечению различных дерматологических заболеваний. Таким образом, фотодинамическая терапия представляет собой еще один эффективный метод лечения больных различными кожными заболеваниями, а также как способ омоложения кожи. Однако исследования по применению ФДТ в дерматологии и косметологии пока носят единичный характер и требуют дальнейшего изучения, что определяет актуальность проведения исследований в этом направлении.

Псевдопеллада Брока в практике врача-дерматолога

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 РАН, Москва

Выпадение волос служит частой проблемой, особенно среди женщин среднего и старшего возраста. Чаще всего пациенткам, обращающимся на прием к врачу-дерматологу, выставляется диагноз «диффузная алопеция». Однако иногда, несмотря на лечение, у больных отмечается прогрессирующее выпадение волос с образованием мелких очагов выпадения волос, склонных к слиянию, которые образуют более крупные очаги. В этих очагах кожа приобретает розоватый или белый цвет, а также отмечается рубцовая атрофия. В области очагов отмечается отсутствие волос или могут присутствовать единичные неизменные волосы. Эта клиническая картина может соответствовать диагнозу «псевдопеллада Брока». Авторы хотели бы обратить внимание коллег на то, что данный дерматоз встречается в нашей практике.

Данный дерматоз был описан в 1888 г. Бромом. Но, несмотря на это, до сих пор этиология заболевания остается неизвестной. Чаще заболевание развивается у женщин среднего и старшего возраста. Считается, что псевдопеллада Брока может выступать как самостоятельное заболевание или в качестве осложнения некоторых других заболеваний, таких как дискоидная красная волчанка и красный фолликулярный лишай. Дифференциальная диагностика псевдопеллады Брока проводится с синдромом Литтла–Лассюэра, красной волчанкой на коже волосистой части головы, фолликулярным муцинозом и декальвирующим фолликулитом.

С 1 января 2014 по 14 февраля 2015 г. в филиал «Варшавский» МНПЦДК ДЗМ обратились четыре пациентки, которым был поставлен диагноз «псевдопеллада Брока». Больные были в возрасте от 50 до 62 лет. Длительность заболевания составляла от полутора до двух лет. Все четыре пациентки безрезультатно лечились от диффузной алопеции и очаговой алопеции в различных медицинских учреждениях в течение от года до полутора лет. Пациентки были обследованы гинекологом, эндокринологом, неврологом и на наличие антител к паразитам. Кроме того, пациентки были обследованы на наличие антиядерных антител и антител к нуклеосомам, антинуклеарного фактора для исключения системного заболевания соединительной ткани (красной волчанки и склеродермии).

Клиническая картина была представлена множественными очагами выпадения волос. Очаги выпадения волос преобладали в лобно-височных областях и были размером около 1x1 см², имели неправильную форму и сливались в более крупные бляшки неправильной формы. В зоне очага отмечена атрофия и отсутствие волосных фолликулов. Кожа в очагах имела фарфоровый белый цвет. Зона краевого выпадения волос отсутствовала. Пациенткам был выставлен диагноз «псевдопеллада Брока».

Две пациентки, обратившиеся к нам в начале 2014 г., принимали гидроксихлорохин в дозировке 200 мгx2 раза в сутки в течение 5 дней с 3-дневным перерывом. Было проведено 5 курсов терапии. Через 3 месяца после окончания лечения отмечено улучшение – в очагах, свободных от высыпаний, рост волос улучшился, образования новых очагов выпадения волос не наблюдалось, выпадение волос, со слов пациенток, значительно уменьшилось. Одна пациентка, обратившаяся к нам в октябре 2014 г., закончила принимать гидроксихлорохин по вышеописанной схеме неделю назад. Еще одна пациентка, обратившаяся к нам

в январе 2014 г., также начала принимать препарат по вышеописанной схеме.

Приведенные примеры говорят о том, что данный дерматоз, хоть и редко, встречается в практике врача-дерматолога, однако мы должны о нем помнить при обследовании больных для своевременной постановки диагноза и проведения адекватной терапии.

Клиническое применение нитей из 100%-ной полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся RESORBLIFT производства Франция и для коррекции инволюционных изменений кожи

Радион Е.В.

Институт красоты 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 –185 в возрасте 33–66 лет (33–43 – 87 человек, 44–55 – 69, 56–66 – 29), среди них мужчин 23, женщин 162. Оценка проведена на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 2 нити пациентам с целью лифтинга в области лобно-височной 16, носогубно-скуловой 90, щечно-челюстной области 19, шейно-подчелюстной 11. Одномоментный лифтинг средней и нижней трети лица (4 нити) 49 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2%-ным ультракаином 2–4 мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в коже каждая пункционно-биопсийной спиальной 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 отмечены у 30% локально до 2,0 см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3–7-м суткам. У 20% гематом не было. После процедуры пациентам рекомендован щадящий мимический, жевательный и артикуляционный режим.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечен у 160 (86%), хороший у 15 (8,6%). Оптимальный эстетический эффект достигнут 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 10 (5,4%). Пациенты остались довольными, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентами.

Выводы. Результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую

степень удовлетворенности пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога, и позволяют избежать возможных осложнений.

Информативности определения специфических антител класса М в реакции непрямой иммунофлюоресценции для диагностики сифилиса

Ротанов С.В., Эрматова Ф.А.

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

Цель. Оценка информативности определения трепонемоспецифических антител класса М в реакции иммунофлюоресценции (РИФабс-IgM) при диагностике сифилиса.

Материал. С применением нового набора «Антипаллидум-Флюороген-IgM» для выявления антител класса М к *Treponema pallidum* в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РУ № РЗН 2013/247 от 28.02.2013) производства ЗАО «ЭКОлаб» (Московская область) были изучены 423 образца крови больных сифилисом (опыт) и 73 – от лиц без сифилиса (контроль).

Результаты и обсуждение. Исследование 423 образцов крови опытной группы в РИФабс-IgM позволило получить 319 (75,41%) положительных результатов, позволяющих своевременно подтвердить наличие заболевания у пациентов при обследовании, в т.ч. 70 (95,89%) из 73 в подгруппе больных сифилисом первичным, 179 (89,50%) из 200 – с сифилисом вторичным, 48 (53,93%) из 89 – с сифилисом скрытым ранним, 16 (42,11%) из 38 – со скрытым неуточненным как ранний или поздний и 6 (26,09%) из 23 – с сифилисом скрытым поздним. При изучении в РИФабс-IgM 73 сыворотки крови из группы контроля было выявлено 63 (86,30%) отрицательных и 10 (13,70%) положительных результатов. Положительные результаты в группе контроля были получены с 3 (5,77%) из 52 исследованных образцов в подгруппе здоровых доноров крови и с 7 (33,33%) – из 21 образца, полученного от лиц с биологически ложными положительными результатами исследования на сифилис (БЛПР).

Проведенные исследования позволили установить показатели клинической информативности этого нового диагностического метода по ГОСТ Р 55022.3-2008 (клинической чувствительности, диагностической эффективности, предсказательной ценности положительных и отрицательных результатов): при первичном сифилисе – 95,89; 91,10; 87,50 и 75,00%; при вторичном – 89,50; 88,64; 94,71 и 75,00%; при скрытом раннем – 53,93; 68,52; 82,76 и 60,58%, при скрытом неуточненном – 42,11; 71,17; 61,54 и 74,12%, при скрытом позднем – 26,09; 71,88; 37,50 и 78,75% и при всех формах сифилиса – 74,51; 77,02; 96,96 и 37,72% соответственно. Клиническая специфичность РИФабс-IgM составила 86,30% (в т.ч. в подгруппе здоровых доноров крови – 94,23 и у лиц с БЛПР – 66,67%).

Выводы. Установлена более высокая клиническая чувствительность РИФабс-IgM при обследовании лиц с

сифилисом первичным и вторичным (95,89 и 89,50%), что позволяет его рекомендовать для ранней диагностики этих клинических форм. При диагностике ранних форм сифилиса большей информативностью обладают положительные, а при неуточненных и поздних формах – отрицательные результаты исследования в РИФабс-IgM.

Механизмы воздействия диоксина (2,3,7,8-ТХДД) на кожные покровы человека

*Рудяк С.Г., Робертсон Е.Д., Чабан Е.А.,
Пальцев М.А., Пантелеев А.А.*

*Миракс БиоФарма, Университет Данди, Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт»,
Московская обл., Химки, Великобритания, Данди, Москва*

Токсическое воздействие экотоксиканта 2,3,7,8-тетрахлордигензо-п-диоксина (ТХДД) на человека характеризуется широким спектром кожных проявлений, включая хлоракне, ксероз, выпадение волос, гиперпигментацию, кератодермию и т.д. Хотя молекулярный каскад, индуцируемый действием диоксина (активация Ah-рецептора), исследован достаточно полно, механизмы воздействия ТХДД на кожные покровы человека остаются неясными. Отсутствуют и эффективные терапевтические подходы к диоксин-индуцированным кожным патологиям. Известно, что в системе *in vitro* активными модуляторами воздействия ТХДД на физиологию эпидермальных кератиноцитов служат ретиноиды. Кроме того, некоторые признаки интоксикации диоксином напоминают симптомы дефицита витамина А, давая основание предполагать, что ретиноиды могут купировать молекулярные и клинические проявления токсического действия диоксина на кожные покровы. Однако до сих пор практически ничего не известно о взаимодействии ТХДД и ретиноидов в коже *in vivo*.

С целью выявления механизмов воздействия ТХДД на кожные покровы нами были исследованы активность Ah-рецептора в эпидермальных кератиноцитах *in vitro* и *in vivo* и характер взаимодействия ТХДД и ретиноидов в коже безволосых мышей линии HRS/J, обладающих чувствительностью к кожному действию ТХДД, сходной с таковой у человека. Наши результаты показали, что Ah-рецептор экспрессируется практически во всех клеточных слоях нормального эпидермиса человека (иммуногистохимия). При псориазе характер локализации этого рецептора в эпидермисе нарушается. Подавление активности Ah-рецептора в кератиноцитах *in vitro* с использованием гелданамицина ведет к индукции маркеров дифференцировки (филаггрин, лорикрин, кератин 10) и подавлению базальных кератинов-5 и -14 (маркеры пролиферации). При подавлении активности Ah-рецептора было также выявлено значительное снижение уровня экспрессии амфирегулина (AREG) – одного из основных регуляторов дифференцировки эпидермальных кератиноцитов в норме и патологии (например, при псориазе). Экспозиция культуры кератиноцитов линии N-TERT действию ТХДД ведет к активации Ah-рецептора и соответствующих downstream маркеров (CYP1A1). Для оценки действия диоксина на кожные покровы *in vivo*

ТХДД (0,2 μ г в ацетоне) и 13-цис-ретиноевая кислота (PK, общая доза – 2,0 мг) наносились на кожу мышей линии HRS/J. Животные были разделены на четыре экспериментальные группы: ТХДД, PK, ТХДД+PK, и контрольная группа. Образцы кожи животных отбирались на 7-й, 13, 19 и 25-й день эксперимента. Нами было показано, что диоксин вызывает появление эпидермального кератина 1 в эпителии волосяного фолликула и индукцию экспрессии кератина-17 в эпидермисе, что характерно для псориаза. Кроме того, отмечается значительное снижение уровня белка ARNT (димеризационного партнера Ah-рецептора), играющего значительную роль как в контроле нормальных функций кожи, так и в патогенезе некоторых кожных заболеваний. Изменения, отмеченные на молекулярном уровне, проявлялись и в изменениях в структуре кожи мышей: исчезновении придатков кожи, нарушении дифференцировки, корнификации и десквамации в эпидермисе и его роговом слое. Совместная экспозиция кожи мышей действию ТХДД и PK вела отнюдь не к купированию эффектов действия ТХДД, а к появлению совершенно новых (не характерных для ТХДД и PK по отдельности) симптомов: исчезновению сальных желез и патологии волосяных фолликулов, индукции паракератоза и исчезновению гранулярного слоя эпидермиса, появлению псориазо-подобных бляшек на коже мышей, формированию микроабсцессов в эпидермисе и его гиперплазии, гиперваскуляризации дермы кожи и формированию дермальных инфильтратов, дергрануляции тучных клеток и значительному увеличению их числа в дерме, подавлению экспрессии кератина-1 в эпидермисе и индукции кератина-17. Все отмеченные проявления совместного действия ТХДД и PK относятся к симптоматике псориаза. В целом полученные результаты выявляют новые аспекты активности Ah-рецептора в кожных покровах и его роль в патогенезе некоторых кожных заболеваний, а также впервые характеризуют совместное действие ТХДД и ретиноидов на кожу. Характер этого действия позволяет сделать заключение о неэффективности применения ретиноидов в терапии кожных проявлений действия диоксина. Вместе с тем экспозиция мышей линии HRS/J совместному действию ТХДД и PK может использоваться в качестве новой лабораторной модели псориаза и оценки эффективности действия противопсориазных препаратов. Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 14-25-00146 и РФФИ № 13-04-40195-Н.

Особенности связи клинико-психологических и социальных характеристик мужчин и женщин с тяжестью течения псориаза

Ружинских А.Г.

*Городской кожно-венерологический диспансер,
Санкт-Петербург*

В последнее время большое внимание стало уделяться изучению клинико-психологических и социальных характеристик больных псориазом. Считается общепринятым, что клинико-психологические и социальные характеристики больных могут включать иммунологические механизмы

заболевания, провоцировать дебют/рецидив псориаза (Дороженок И.Ю., 2008). Особое внимание в последнее время уделяется гендерным психосоциальным особенностям больных. По данным Раевой Т.В. (2006), причиной психогенного обострения заболевания для женщин служат семейные стрессоры, для мужчин – производственные. Ряд авторов (Дороженок И.Ю. 2008; Смулевич А.Б. 2004; Gupta M., Gupta A. 1998 и др.) указывают, что для молодых женщин с расстройствами личности драматического кластера (истерический радикал) свойственно формирование различных соматопсихических (нозогенных) реакций, которые могут сопровождаться суицидными мыслями. Отмечается, что качество жизни у женщин снижается сильнее, чем у мужчин; для них особо травматичны страх рубцовых изменений, чувство стыда и унижения из-за состояния кожи, страх взаимоотношения с коллегами, сексуальным партнером (Новицкая Н.Н., 2009; Стукалова Н.Я., 2007).

Целью данного исследования стало изучение связей клинико-психологических, социальных характеристик мужчин и женщин, больных псориазом с тяжестью протекания кожного процесса.

Материал и методы исследования: В качестве объекта исследования была взята выборка из 127 человек, больных псориазом, мужского и женского пола, поступивших на лечение в городской кожно-венерологический диспансер г. Санкт-Петербурга. В исследуемую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст группы мужчин составил $41-50 \pm 1,72$ года, женщин – $41-50 \pm 1,84$). Из них 52 (40,9%) женщины и 75 (59,1%) мужчин. В исследовании применялись следующие методики: Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised); Гиссенский личностный опросник в адаптации Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановско Е.В., и др. Тяжесть течения псориаза оценивалась по индексу охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS-22.0 с использованием описательной статистики и корреляционного анализа с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Полученные результаты. Исследование группы мужчин выявило, что индекс PASI соответствует $23,67 \pm 15,23$, что указывает на среднюю тяжесть протекания псориаза. Были выявлены отрицательные корреляционные связи между индексом PASI и шкалами Гиссенского личностного опросника «Преобладающее настроение» и «Открытость–Замкнутость» ($p \leq 0,05$). Данные связи показывают, что при утяжелении течения кожного процесса для мужчин становится характерным критичное отношение к себе, заболеванию, открытость контактам, поиск новых вариантов социального взаимодействия. В исследовании женщин индекс PASI соответствовал $20,89 \pm 16,55$, что также соответствует средней тяжести протекания псориаза. У женщин были выявлены следующие корреляционные связи: положительная между шкалами опросника SCL-90-R «Соматизация», «Тревожность» и индексом PASI ($p \leq 0,05$) и отрицательная между шкалой Гиссенского личностного опросника «Открытость–Замкнутость» и индексом PASI ($p \leq 0,05$). Выявленные взаимосвязи указывают, что для женщин утяжеление течения псориаза характеризуется увеличением жалоб на общее состояние здоровья, повышением уровня личностной

тревожности, что сопровождается формированием поведения, направленного на поиск более доверительных отношений, на попытках совладания с беспокойством, связанным с утяжелением псориаза.

Выводы. Таким образом, результаты исследования позволяют спрогнозировать социально-психологический фон больных при утяжелении течения псориаза. Это позволяет сформировать целостный подход к курации пациентов, в более короткие сроки сформировать комплаенс, повысить качество оказания дерматологической помощи. Включение различных психотерапевтических методик будет способствовать повышению уровня адаптации в период обострения заболевания, снижению вероятности формирования «патологических» кругов, профилактике обострения заболевания в будущем, что соответствует современной концепции целостного системного подхода к здоровью/болезни человека, биопсихосоциальной модели.

Современные возможности дифференциальной диагностики меланоцитарных новообразований

Саламова И.В., Москалева О.Л., Мордовцева В.В., Флакс Г.А.

Поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ, Москва

Гистологическое исследование считается «золотым» стандартом диагностики и классификации меланоцитарных невусов. Однако неинвазивные методы, такие как дерматоскопия и конфокальная микроскопия, расширяют наши представления о вариабельности структуры меланоцитарных новообразований. Определенные диагностические трудности связаны с симуляторами меланомы, к которым относят комбинированные невусы, рецидивные невусы, мишеневидные невусы (гало-невус Сеттона, кокардовидный, воспаленный Меерсона), раздраженный с гемосилерозом, десмопластический, диспластический, балонклеточный невусы. Значительная нозологическая проблема спорадических диспластических невусов состоит в том, что клиника и гистология часто не совпадают. Клинически атипичный невус при гистологическом исследовании выглядит обычным, и наоборот. Поэтому предсказать дисплазию на основании клинических данных не всегда возможно. В нашем исследовании клинико-морфологическая корреляция диагноза составила 6% для рецидивных невусов и 34% для диспластических невусов. В рецидивных невусах имеет место пролиферация атипичных меланоцитов в эпидермисе на фоне рубца в дерме, что приводит к необходимости дифференциальной диагностики со злокачественной меланомой кожи в тех случаях, когда отсутствует гистологическая верификация диагноза первоначального невуса. Это справедливо и для диспластических невусов с тяжелой степенью дисплазии в связи с тем, что существующие критерии степени дисплазии до сих пор дискутируются и недостаточно хорошо воспроизводимы на практике. В настоящее время не существует иммуногистохимических маркеров, позволяющих однозначно оценить биологический потенциал меланоцитарных новообразований. Нами проведено

иммуноморфологическое исследование рецидивных (n=11) и диспластических (n=25) меланоцитарных невусов с использованием антител к меланоцитарным маркерам S100, HMB-45, SOX10 и маркерам пролиферации Ki-67 и pph3. Материалом для сравнения служили обычные приобретенные невусы (n=10) и злокачественная меланома кожи (n=5). Было показано, что маркер S100 является наиболее чувствительным маркером клеток меланоцитарного (неврального) генеза, однако он в одинаковой степени окрашивает как доброкачественные, так и злокачественные меланоциты. Маркер HMB-45 дает стратифицированную и непостоянную реакцию в различных опухолях, что не позволяет однозначно интерпретировать результат. Согласно результатам исследования, наилучшие результаты дает комплексная оценка качественной экспрессии меланоцитарных маркеров в сочетании с количественным подсчетом пролиферативной активности клеток (до 5% в доброкачественных образованиях и не менее 10% – в злокачественных) и соотнесение полученных данных с клинико-морфологическими характеристиками.

Ассоциация atopического дерматита и целиакии

Свечникова Е.В., Щиголева Н.Е.

Филиал «Мединцентр» Главного управления дипломатического корпуса при МИД РФ, Российская детская клиническая больница, Москва

По данным литературы, у 80% детей, страдающих АД, отмечаетсяотягощенный семейный анамнез. При этом чаще выявляется связь с atopическими заболеваниями по линии матери (60–70%), реже – по линии отца (18–22%). Наличие atopических заболеваний у обоих родителей повышает риск развития АД у ребенка до 60–80%. При atopии у одного из родителей он понижается до 45–50%. Что формально соответствует аутосомно-доминантному типу наследования – 50%-ный риск передачи заболевания. Учитывая тот факт, что все чаще вносятся изменения в наши представления, в т.ч. и об этиологической структуре, казалось бы, достаточно хорошо изученных заболеваний. Одним из ярких примеров такого рода и стал atopический дерматит. Согласно последним западноевропейским данным, около половины больных имеют мутацию в гене филагрина. На двух больших независимых когортах детей показана сильная взаимосвязь между носительством мутаций (r501x и 2282del4) в гене FLG и контактом с кошачьей перхотью в первый год жизни с ранним развитием АД. Фенотип atopического дерматита (или сходные изменения кожи) встречается на фоне наследственных заболеваний обмена веществ (чаще у детей раннего возраста). Описана ассоциация целиакии с АД. В эпидемиологическом исследовании, проведенном в Италии, было установлено, что примерно в двух третях случаев отсутствуют характерные симптомы целиакии. Массовый скрининг был проведен с помощью биохимического анализа на наличие антиглюадиновых антител с последующей эндоскопической биопсией, с

гистологически подтвержденной атрофией ворсинок в 12-перстной кишке. Наиболее частыми жалобами были боли в животе, афтозный стоматит и atopический дерматит. АД встречался у больных целиакией в 3 раза чаще, чем у здоровых. В России подобных исследований не проводилось. В ФГБУ РДКБ МЗ РФ и в ГБУ МДГКБ ДЗ Москвы за последние 3 года прошли обследование и лечение 246 пациентов с целиакией, 24 из них страдали АД. АД наблюдался у 19 девочек и только у 5 мальчиков. Причем доля детей с целиакией и АД в возрасте от 5 лет меньше, чем в возрасте от 2 до 5 лет. Прослеживается связь между выраженностью клинической картины целиакии и ее манифестации с началом и тяжестью АД, рассчитанной по индексу SCORAD. По предварительным данным, АД может быть маркером целиакии, поэтому ее целесообразно исключать при совпадении дебюта АД с введением в детский рацион продуктов с глютенном. Хотя нельзя исключить и случайного сочетания двух наследственных заболеваний одновременно из-за их достаточно высокой распространенности в популяции.

Нарушения психоэмоционального состояния у больных эритемами и методы их коррекции

Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Масгутова С.К., Масюкова С.А., Кахишвили Н.Н., Чалая Е.Л.

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Международный институт развития моторики и интеграции рефлексов доктора С. Масгутовой, Москва, Варшава

В последние годы оценка качества жизни больных хроническими дерматозами становится предметом клинического интереса, научных исследований, критерием назначения медикаментозной и психотерапевтической коррекции. Известно, что психологический стресс влияет на взаимосвязь иммунной и нервной систем посредством повышения уровня глюкокортикоидных гормонов, оказывающих иммуносупрессивное действие. Стресс-индуцированная иммунная дисрегуляция также способствует реактивации латентных вирусов. Нейроэндокринные механизмы альтерации иммунного ответа и развитие иммунных дисфункций в результате психоэмоционального стресса изучены подробно, однако отсутствие данных по оценке качества жизни больных эритемами, а также высокая частота встречаемости психоэмоционального стресса в роли провоцирующего фактора при многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ) стали обоснованием изучения психоэмоционального статуса. Цель исследования. Провести сравнительную оценку выраженности тревожности у больных эритемами и микробной экземой, степени зрелости и интеграции сенсомоторных схем динамических и постуральных рефлексов при многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ), провести коррекцию выявленных нарушений. Материалы и методы. Под наблюдением находились

88 больных МЭЭ, группу сравнения составил 71 больной фиксированной эритемой (ФЭ), 37 – мигрирующей эритемой (МЭ), 19 – кольцевидной центробежной эритемой (ЭКЦ) и 68 – микробной экземой. Оценка качества жизни проведена по показателям психоэмоционального состояния (оценка степени выраженности тревоги и депрессии) по методике Спилбергера Ч.Д.–Ханина Ю.В. (Ханин Ю.Л. 1976; Спилбергер Ч., 1983). Оценка степени зрелости и интеграции сенсомоторных схем динамических и постуральных рефлексов с помощью программы NRI (NeuroMotor Reflex Integration), включившей диагностическую часть и терапевтические процедуры, применялась больными МЭЭ.

Результаты и обсуждение. Психоэмоциональные стрессы предшествовали рецидивам МЭЭ у 17,04%/15 больных. Анализ результатов выявил высокий уровень ситуативной тревожности (СТ) у 76,14%/67, средний уровень СТ имели 17,04%/15, низкий – 6,82%/6 больных МЭЭ. На момент проведения методики эти испытуемые находились в нейтральном состоянии спокойствия. Высокий уровень личностной тревожности (ЛТ), рассматриваемой как устойчивая индивидуальная характеристика, наблюдался у 71,59%/63 больных МЭЭ. У этих больных ярко выражена предрасположенность к тревоге, а также воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающий. Средний уровень ЛТ отмечен у 23,86%/21 больных, низкий – у 4,55%/4 больных МЭЭ. У больных ФЭ, ЭКЦ, МЭ высокий уровень СТ и ЛТ выявлен в 45,07 и 38,03%; 31,56 и 15,78%; 21,62 и 10,81% случаев, у больных микробной экземой – в 47,06 и 38,23% случаев соответственно. Единицей нервной системы и ее защитных механизмов служит рефлекторная реакция организма на специфический раздражитель, в связи с чем был проведен анализ корреляции уровня тревожности и уровня развития/функционирования схем 30 рефлексов, предложенных программой NRI, у больных МЭЭ. Уровень зрелости рефлексов у больных МЭЭ с высоким уровнем тревожности находился на границе с дисфункцией (7/23,33% схем); на низком уровне (14/46,67% схем); ниже среднего уровня (9/30% схем). Выявлено, что у больных МЭЭ с высоким и средним уровнями тревожности существенно различается функционирование схем рефлексов ($p < 0,001$). В целом в обеих группах больных наблюдался пониженный уровень нейрофизиологической зрелости схем рефлексов. При этом у больных со средним уровнем тревожности ($n=21$) наблюдалась тенденция нормального функционирования схем рефлексов (23,33%), у больных с высоким уровнем тревожности ($n=67$) уровень этих схем ниже нормы. После проведения терапии у больных МЭЭ наблюдалось снижение степени выраженности ЛТ и СТ, высокий уровень тревожности не был зарегистрирован у большинства (81,82%) больных. После проведения терапии NRI у больных МЭЭ с высоким уровнем тревожности происходила коррекция функционирования схем рефлексов, отмечены их следующие уровни: на границе с дисфункцией (0%), низкий (6/20% схем), ниже среднего (13/43,33% схем), на уровне нормы (11/36,36% схем). Коррекция неадекватной тревожности и функционирования схем рефлексов, отвечающих за защитные механизмы организма, может способствовать снижению стрессогенности и регуляции иммунного ответа.

Поздний нейросифилис с симптомами. Сравнение эффективности лечения цефтриаксоном и пенициллином

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Эпидемия сифилиса в России в 1990-х гг. привела к тому, что сегодня встречается все больше случаев поздних манифестных форм заболевания, в т.ч. позднего нейросифилиса с симптомами, для лечения которого все чаще используется цефтриаксон, хотя его применение не имеет достаточной исследовательской базы.

Цель исследования. Изучить сравнительную эффективность лечения позднего нейросифилиса с симптомами цефтриаксоном и пенициллином.

Задачи исследования:

1. Изучить катамнез группы больных поздним нейросифилисом с симптомами, получавших лечение цефтриаксоном.
2. Изучить катамнез группы больных поздним нейросифилисом с симптомами, получавших лечение пенициллином.

3. Сравнить эффективность терапии в двух группах больных. Материал и методы. Проведен анализ 27 амбулаторных карт больных поздним нейросифилисом с симптомами, получавших лечение с 2006 по 2010 г. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от полученного лечения.

Критериями эффективности терапии были взяты: 1) регресс клинических проявлений (больные осмотрены неврологом/психиатром до начала лечения, в процессе клинко-серологического контроля и перед снятием с учета) и 2) санация ликвора.

Результаты. Основная группа: пациенты, получавшие лечение по поводу позднего нейросифилиса с симптомами внутривенным введением цефтриаксона, – 9 человек (7 мужчин в возрасте от 28 до 67 лет и 2 женщины 56 и 49 лет). Распределение по диагнозам: поздний менинго-васкулярный нейросифилис (ПМВС) – 5 больных и прогрессивный паралич (ПП) – 4. Все пациенты получали лечение внутривенным введением цефтриаксона по 2 (ЧЕГО) в сутки двумя курсами по 20 дней с перерывом 10 суток.

Дополнительное лечение проведено в 5 случаях внутривенным введением бензилпенициллина натриевой соли 10 млн ЕД 2 раза в сутки в течение 20 дней: во всех 4 случаях – ПП и в одном – ПМВС.

В 4 случаях ПМВС положительный результат в виде регресса клинических проявлений (полного или частичного) и санации ликвора достигнут после основного лечения. В одном случае после основного лечения клинические проявления регрессировали полностью, а ликвор был санирован лишь частично. Ликвор санирован после проведения 1 курса дополнительного лечения.

Во всех 4 случаях ПП для достижения результата потребовалось проведение дополнительного лечения, т.к. после основного курса через год полной санации ликвора и значимых изменений психического статуса пациентов не произошло. После дополнительного лечения у 3 больных

отмечена санация ликвора при незначительном снижении выраженности психических расстройств в 2 случаях, у 1 больного динамика психического статуса отсутствовала. В 1 случае после 2 курсов дополнительного лечения результат нами расценен как неудовлетворительный, поскольку при частичном регрессе симптомов полной санации ликвора не наступило: сохранялся повышенный уровень белка в ликворе (0,65 г/л).

Контрольная группа: пациенты, получавшие лечение по поводу позднего нейросифилиса с симптомами внутривенным введением пенициллина, – 18 человек (12 мужчин в возрасте от 30 до 62 лет и 6 женщин от 33 до 60 лет). Распределение по диагнозам: ПМВС – 6 больных, ПП – 12.

Основное лечение проведено 2 курсами пенициллина в/в капельно 2 раза в сутки. При одинаковой продолжительности курсов (28 дней – первый и 14 – второй) разовые дозы варьировались от 10 до 12 млн ЕД на одно введение.

Дополнительное лечение проведено в/в инфузиями пенициллина по 12 млн ЕД 2 раза в сутки в течение 14 дней. Положительный результат от основного лечения достигнут в 5 случаях ПМВС. Дополнительное лечение проведено одному больному, поводом было отсутствие изменений неврологического статуса при санации ликвора. Из 12 больных ПП дополнительное лечение проведено в 4 случаях: двум пациентам – в связи с отсутствием санации ликвора и динамики клинических проявлений, двум – в связи с отсутствием динамики психического статуса при санации ликвора после основного курса специфической терапии. После проведения дополнительного лечения санация ликвора зарегистрирована для всех пациентов. Регресс психических расстройств отмечен в 8 из 12 случаев ПП (6 после основного и 2 после дополнительного лечения). Стоит отметить, что увеличение разовой, а как следствие – и курсовой дозы пенициллина не повлияло на результат лечения.

Сравнение результатов лечения. Санация ликвора после основного лечения ПМВС отмечена в 4 из 5 случаев в основной группе и во всех 6 случаях в контрольной. Всем пациентам с ПП основной группы для санации ликвора потребовалось дополнительное лечение, и в 1 из 4 случаев оно оказалось неэффективным. В группе контроля для нормализации ликворологических показателей только 2 из 12 пациентов потребовалось дополнительное лечение. Частота случаев регресса неврологической симптоматики после основного курса лечения ПМВС в основной и контрольной группах сопоставимы. При лечении ПП регресс клинических проявлений в основной группе наблюдался только после дополнительного лечения пенициллином или не наблюдался вовсе. В контрольной группе улучшение психического статуса наблюдалось как после основного (6 случаев), так и после дополнительного лечения (у 2 пациентов).

При сравнении результатов обращает на себя внимание значительно большая эффективность пенициллина в части санации ликвора у больных поздним нейросифилисом с симптомами. А если учесть то, что дополнительное лечение в основной группе проводилось в 5 из 9 случаев и только пенициллином (в 4 из 5 с эффектом), то преимущество пенициллинотерапии становится еще более очевидным.

Выводы:

1. По результатам нашего исследования, эффективность лечения позднего нейросифилиса с симптомами при внутривенном введении пенициллина была выше, чем при внутривенном введении цефтриаксона.
2. При использовании пенициллина реже возникали показания к дополнительному лечению (4 человека из 18 против 5 из 9 основной группы).
3. Во всех случаях лечения пенициллином отмечена санация ликвора, а при лечении цефтриаксоном санация ликвора достичь не удалось в 1 случае из 9, несмотря на последующие курсы дополнительного лечения пенициллином.
4. Представляется сомнительной целесообразность назначения цефтриаксона для лечения позднего нейросифилиса с симптомами в отсутствие переносимости пенициллина, особенно если учесть тот факт, что все пациенты с диагнозом позднего нейросифилиса с симптомами получают лечение в условиях стационара.

Оценка эффективности использования полимерных матриц различного состава и свойств в качестве основы для получения дермальных тканеинженерных эквивалентов

Сытина Е.В., Романова О.А., Соловьева Е.В., Тенчури Т.Х., Рудяк С.Г., Чвалун С.Н., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.

Национальный исследовательский центр «Курчатовский Институт», Миракс БиоФарма, Москва, Московская обл., Химки

Создание эффективных тканеинженерных конструкций для пластики и регенеративной терапии кожных покровов зависит от нескольких факторов. Прежде всего от понимания механизмов влияния искусственного субстрата на физиологию клеток кожи, а также от возможности контроля процесса ангиогенеза в трансплантируемом матриксе и предотвращения его сжатия заселяющими матрикс фибробластами. Таким образом, характер взаимодействий между искусственным полимерным матриксом и клеточными компонентами тканевого эквивалента и/или раневого поля (кератиноциты, фибробласты, эндотелиоциты) является важнейшим фактором, во многом определяющим терапевтическую эффективность конечного тканеинженерного продукта. Однако исследования в этой области пока малочисленны и фрагментарны. Сравнительных исследований взаимодействия полимерных субстратов различного состава и свойств с клеточными компонентами кожи практически не проводилось. В результате, несмотря на значительное разнообразие полимерных продуктов, доступных для использования в регенеративной медицине кожных покровов, материала, однозначно признанного эффективным и удовлетворяющего всем основным требованиям клинической практики, пока не выявлено.

В данной работе с использованием широкого спектра физико-химических и биологических методов проведен сравнительный анализ нетканых полимерных матриц (ацетат целлюлозы, поликапролактон, смесь поликапролактона с поливинилпирролидоном, поли-L-лактид, поли-D-L-лактид, хитозан и фторопласт Ф-42В) и губок на основе хитозана и коллагена с различными уровнями

химической сшивки. В ходе работы оценивалось влияние состава и структурных характеристик материалов на основные клеточные функции, включая миграцию, пролиферацию, дифференцировку и синтез межклеточного матрикса, а также на процесс заживления полнослойных кожных ран *in vivo* (на лабораторных животных). В экспериментах использовались как гомогенные тканевые аналоги (матрикс, заселенный фибробластами), так и комплексные кожные эквиваленты (фибробласты и кератиноциты).

Результаты исследований показали, что пространственные характеристики матрикса непосредственно определяют способность материала поддерживать рост и нормальное функционирование клеток. Толщина волокон нетканых полимерных матриксов около 2–3 мкм и размер пор материала около 20 мкм минимально достаточны для обеспечения высокого уровня пролиферации фибробластов и их проникновения в толщу полимерного матрикса. Фибробласты активно распространяются по поверхности всех протестированных материалов, принимая характерную для нормальных фибробластов веретеновидную форму. Однако миграция и пролиферация клеток внутри матрикса полностью зависят от его состава и структуры. На чистом хитозане, например, дермальные фибробласты практически не пролиферируют и не входят в контакт с его волокнами, а образуют специфические клеточные агломераты, никогда не встречающиеся на образцах других материалов. Таким образом, в качестве матриксной основы тканеинженерных продуктов хитозан малоприменим, хотя его использование в качестве модифицирующей добавки (например, к коллагену) стимулирует пролиферативную активность фибробластов, что может быть связано с улучшением механических характеристик коллагеновых матриксов. Эффективность хитозана как дополнительного сшивающего агента проявляется и в его способности значительно повышать устойчивость коллагеновых матриксов к сжатию их фибробластами по сравнению с обработкой глутаровым альдегидом.

Согласно результатам проведенного нами гистологического исследования и данным СЭМ, фибробласты способны синтезировать межклеточный матрикс на полимерных образцах без добавок компонентов естественного межклеточного матрикса, заполняя поры размером около 75 мкм и значительные дефекты поверхности образца. При этом активность синтеза фибробластами межклеточного матрикса напрямую зависит от трехмерной структуры среды, определяющей нормальное функционирование клеток этого типа.

Исследование способности полимерных матриксов (без клеток) стимулировать заживление кожных ран *in vivo* показало, что вне зависимости от состава они способствуют сокращению времени полного заживления, при этом чисто хитозановые губки оказались наиболее эффективными.

В целом полученные данные могут служить основой создания высокофункциональных дермальных эквивалентов и их последующего эффективного применения в клинической практике лечения больных с обширными ожоговыми и другими глубокими дефектами кожи.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 13-04-12038.

Опыт лечения детей с кожными заболеваниями в условиях дневного стационара

Турбовская С.Н., Гребенюк В.Н., Малиновская В.В., Овчинникова С.П.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Лечение и реабилитация детей с кожной патологией остаются одной из актуальных проблем детской дерматологии и педиатрии. Дети и родители нередко негативно относятся к круглосуточному пребыванию в больнице и нелегко переносят разлуку друг с другом. Госпитализация ребенка в стационар, особенно без матери, всегда является для него психоземotionalной травмой, что, без сомнения, негативно влияет на эффективность лечебного процесса. Совершенно иной характер приобретает лечение ребенка в условиях дневного стационара. Для больных, особенно организованных детей, такой вид лечения больше напоминает детское учреждение и меньше отражается на установившемся образе жизни. В дневном стационаре лекарственные средства чаще вводятся парентеральным способом, что более эффективно, чем лечение таблетированными препаратами. Также помимо парентеральной терапии большей части пациентов проводится курсовая физиотерапия. Стационар дневного пребывания предоставляет возможность получить более эффективное и полноценное лечение таким пациентам, состояние которых не требует суточного медицинского наблюдения. Дневной стационар филиала «Центр детской дерматологии и косметологии» рассчитан на 10 коек. Терапия проводится с учетом стадии активности кожного процесса и включает медикаментозную, мазевую терапию и физиотерапевтические процедуры. В период с 01.07.2014 по 31.12.2014 в дневном стационаре МНПЦДК ДЗМ филиала «Центр детской дерматологии и косметологии» стационарно лечились 79 детей в возрасте от года до 18 лет. У 20 из них был atopический дерматит, у 12 – псориаз, у 7 – нумулярная экзема. Другие диагнозы встречались реже – стромбулюс (3), истинная экзема (3), себорея головы (2), витилиго (1), дерматит, вызванный неутонченными веществами (1), красный плоский лишай (1), болезнь Девержи (1), инфекционный дерматит (1), врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия (1). У 21 ребенка был контагиозный моллюск, у 5 – вирусные бородавки. Детям с контагиозным моллюском произведена хирургическая эксцизия под аппликационной анестезией, а вирусные бородавки удалены методом криодеструкции. Десенсибилизирующую терапию получили 52 ребенка, антигистаминные средства – 47, сорбенты – 8. системные глюкокортикоиды – 2 ребенка, физиотерапия проведена 36 детям. Эффективность лечения составила 98%, ее критериями стали уменьшение интенсивности кожных проявлений и сокращение частоты обострений дерматозов, уменьшение площади поражения и степени активности кожного процесса. Вышеперечисленное свидетельствует о том, что лечение детей с кожными заболеваниями в условиях дневного стационара, когда снижена возможность возникновения психоземotionalных стрессов, а также с включением в комплексную терапию парентеральных способов введения лекарственных средств и физических факторов воздействия

заметно повышает эффективность терапии и заслуживает более широкого применения во врачебной практике.

Вирусные экзантемы на приеме детского дерматолога

Турбовская С.Н., Гребенюк В.Н., Степченкова Т.И., Чудакова Т.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

За последнее годы отмечается нередкая обращаемость детей с вирусными экзантемами на прием к детскому дерматологу. Связано это в первую очередь с тем, что очень часто вирусные инфекции, сопровождаемая субфебрильной температурой и незначительными катаральными явлениями, остаются незамеченными родителями. А основными проявлениями вирусных инфекций обычно служат кожные высыпания – экзантемы. Как правило, при обнаружении экзантем, особенно сопровождающихся зудом или другими субъективными ощущениями, пациенты обращаются в первую очередь к дерматологам. В консультативное отделение филиала «Центр детской дерматологии и косметологии» в 2014 г. обратились 44 ребенка в возрасте от 8 месяцев до 15 лет с вирусными экзантемами, послужившими проявлением различных вирусных заболеваний: энтеровирусного везикулярного стоматита с экзантемой (вирусной пузырчатки полости рта и конечностей, «рука–нога–рот») – 21 случай, инфекционной эритемы (пятой болезни) – 9, унilaterальной латероторокальной экзантемы (односторонней экзантемы) – 5 случаев. Реже встречались детский папулезный акродерматит (синдром Джанотти–Крости) – 4 случая, в т.ч. 1 семейный, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде «перчаток и носков» – 3 случая, внезапная экзантема (детская розеола) – 2 случая. В связи с вирусной этиологией заболеваний и возможным спонтанным регрессом кожных проявлений через 2–8 недель пациенты подлежали динамическому медицинскому наблюдению. Им проводилась симптоматическая терапия, включившая антигистаминные препараты, в случаях когда высыпания сопровождалась зудом, наружно назначались противовоспалительные цинксоодержащие средства (кремы и лосьоны), в редких случаях – местные глюкокортикостероиды. В обязательном порядке рекомендовалась консультация инфекциониста и педиатра. Обращает на себя внимание тот факт, что детским дерматологам не всегда известны клинические проявления вирусных инфекций, что затрудняет их диагностику и может приводить к иррациональной терапии. Так, из 44 детей, направленных в филиал «Центр детской дерматологии и косметологии», в половине случаев были выставлены диагнозы аллергического генеза (атопический дерматит, лекарственная сыпь, пищевая аллергия и пр.). При этом детям часто назначалась строгая диета, глюкокортикостероиды парентерально и наружно, антигистаминные препараты длительными курсами без видимой положительной динамики, хотя в таких случаях можно ограничиться динамическим наблюдением, симптоматической терапией, но что самое главное – необходимо успокоить родителей, указывая им на благоприятный прогноз заболевания, выражающийся в спонтанном регрессе

высыпаний через несколько недель. Изложенное дает нам основание заключить, что детским дерматологам необходимы не только знания по своему профилю, но и владение информацией из области детских инфекционных болезней и педиатрии.

Диагностическое значение ЭЛИ-Нейро-тест у больных сифилисом

Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. В последние годы уже неоднократно сообщалось о снижении общей заболеваемости сифилисом и изменении ее структуры в пользу скрытых и поздних форм. С учетом тяжести поздних форм сифилитической инфекции, в т.ч. поздних поражений нервной системы, необходимо искать возможности более раннего выявления подобной патологии. Одной из таких возможностей представляется использование в диагностике определения уровня аутоантител к антигенам (белкам) нервной системы.

Естественные аутоантитела (ауто-АТ), направленные к антигенам собственного организма, синтезируются в организме человека в течение всей жизни. Сывороточное содержание ауто-АТ конкретной специфичности, участвующих в клиренсе организма от продуктов собственной жизнедеятельности, примерно одинаково у здоровых лиц, но заметно меняется при развитии различных хронических болезней задолго до их клинической манифестации. Для определения отдельных ауто-АТ разработаны различные варианты ЭЛИ-Тестов. Выявление начальных изменений нервной системы и прослеживание их динамики могут быть осуществлены с помощью метода ЭЛИ-Нейро-теста-12 [Поletaев А.Б., 2011].

Цель исследования. Выявление патологических изменений нервной системы у больных различными формами сифилиса, в т.ч. нейросифилиса, и у пациентов с серорезистентностью с помощью ЭЛИ-Нейро-теста-12.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служила сыворотка крови 54 больных, из которых поздним манифестным нейросифилисом страдали 17 человек, асимптомным нейросифилисом – 6, скрытым (ранним, поздним или неуточненным) – 16; пациентов с серорезистентностью было 12, сифилисом первичным – 1 и вторичным – 2.

Методы: серологическое обследование с помощью НТТ и ТТ, ликворологическое обследование, определение иммунного статуса, ЭЛИ-Нейро-тест-12.

Результаты. При исследовании ЭЛИ-Нейро-теста у больных нейросифилисом чаще всего отмечалось повышение показателей 5HT-R, GFAP, S100 и MBP. Повышение 5HT-R указывало на патологию серотониновых рецепторов, что может быть связано с нарушениями эмоционально-мотивационной сферы. GFAP – специфический белок филаментов астроцитов. Рост антител к нему сопровождается аномально активной пролиферацией клеток астроглии – глиоз, что является исходом травм и воспалительных

процессов в ЦНС. S-100 является кальций-зависимым регулятором множества клеточных функций, в частности трофическим фактором серотонинэргических нейронов, регулятором апоптоза. Повышение уровня ауто-АТ к этому белку служит признаком нарушений в структурах ЦНС, регулирующих эмоциональный статус. MBP – основной белок миелина, главная функция его – быстрое проведение нервного импульса по аксонам, которые он окружает. Повреждение MBP является признаком антимиелинового процесса. При прослеживании результатов ЭЛИ-Нейро-теста в динамике на протяжении 1–2 лет отмечено снижение уровня ауто-АТ по мере регресса клинических проявлений заболевания, в части случаев – до полной нормализации. В группе пациентов с серорезистентностью при исследовании ЭЛИ-Нейро-теста наиболее часто встречалось повышение уровня ауто-АТ по следующим показателям: S-100, GFAP, V-Ca-chaп, NF200, Ach-Rc и MBP. S-100, GFAP и MBP объяснены выше, они совпадали с соответствующими показателями при нейросифилисе. V-Ca-chaп – специфический антиген, антитела к которому повышаются при нарушении нервно-мышечной проводимости. NF200 – специфический белок аксонов. Рост антител к нему сопровождается процессами дегенерации нервных волокон. Ach-Rc (ацетилхолиновые рецепторы) участвуют в регуляции вегетативных функций, а также когнитивных функций, памяти. Следует отметить, что повышение уровня ауто-АТ у пациентов с серорезистентностью, как правило, не достигало достоверного уровня, а находилось в пределах пограничных изменений.

При исследовании ЭЛИ-Нейро-теста у больных скрытым сифилисом чаще всего (не менее чем у четверти пациентов) отмечено повышение следующих показателей: MBP, V-Ca-chaп, GFAP, S-100 и Ach-Rc.

У пациента с первичным сифилисом имеет место повышение показателей NF200 и MBP. ЭЛИ-Нейро-тест больных вторичным сифилисом показал повышение показателя beta-Endorf-Rec.

Выводы:

1. При исследовании ЭЛИ-Нейро-теста у части больных сифилисом, включая ранние и поздние его формы, выявлены повышенные уровни ауто-АТ к различным белкам нервной системы, что может указывать на возможность развития патологии нервной системы. Больным с такими показателями ЭЛИ-Нейро-теста должны назначаться повторные исследования в динамике либо ликворологическое обследование.
2. У больных нейросифилисом изменения уровня ауто-АТ носили более выраженный характер (достоверные изменения), у пациентов с серорезистентностью они были, как правило, выражены незначительно (пограничные изменения). У больных нейросифилисом отмечен параллелизм изменений уровня ауто-АТ с клиническими симптомами.
3. Изменения уровня ауто-АТ у больных нейросифилисом фиксировались после проведенного специфического лечения, что указывает на необходимость активной симптоматической и реабилитационной терапии таких больных.
4. Повышение уровня аутоантител у больных с серорезистентностью носит прогностический характер и указывает на необходимость подробного наблюдения

за состоянием нервной системы этих пациентов, включая клинические проявления (наблюдение невролога) и ликворологическое обследование.

5. Исследование ЭЛИ-Нейро-теста может служить дополнительным методом мониторинга состояния нервной системы у больных сифилисом.

Влияние иммуносупрессивной терапии на гепатобилиарную систему пациента, страдающего тяжелой формой псориаза

Фаттяхетдинова З.Г., Киселев П.О., Черепнева О.В., Львов А.Н., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

В дерматологическом отделении (мужское кожное отделение) филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ находился пациент 28 лет с диагнозом «псориаз эритродермия». Страдает данным дерматозом с 2004 г., в последующем для подбора терапии больной был направлен в дерматологический стационар; находясь на лечении в стационаре, получал стандартные методы лечения на протяжении многих лет, в т.ч. ПУВА-терапию, цитостатики, глюкокортикоиды пролонгированного действия. На фоне которых удавалось достичь непродолжительной ремиссии в течении дерматоза. В среднем в год отмечалось до 4–5 обострений, что отрицательно сказывалось на качестве жизни пациента. Вследствие чего больной был переведен на лечение циклоспорином по схеме: на начальном этапе по 400 мг в сутки с постепенным снижением дозы на основании клинической картины до 200 мг в сутки. Прием циклоспорина продолжался около пяти лет. Была достигнута ремиссия длительностью пять лет. В конце 2014 г. была произведена замена оригинального препарата (сандимун неорал) на его генерик (экорал) с сохранением дозы. Со слов больного, уже через неделю было отмечено ухудшение кожного процесса. Через полторы недели приема генерика появились негативные сдвиги в биохимическом анализе крови, а именно рост трансаминаз. АЛТ вырос до 74 U/l при норме у мужчин 0–45 U/l, АСТ – до 51 U/l при норме у мужчин 0–35 U/l. Было решено снизить дозу экорала до 100 мг/сут. Следствием принятия этого решения стало резкое обострение дерматоза. При поступлении в клинику состояние пациента средней степени тяжести, выраженная отечность суставов верхних и нижних конечностей, стоп с ограничением подвижности. Явление гиперкератоза кожи ладоней и подошв с образованием глубоких трещин. Повышение температуры тела до 39,0С с ознобом, с формированием токсикодермического компонента на этом фоне. В течение нескольких дней имела место тенденция к нарастанию отрицательных клинико-лабораторных показателей. В биохимическом анализе сыворотки крови: АЛТ вырос до 152 U/l, АСТ – до 54 U/l, ЩФ 523,4 U/l при норме у мужчин до 37–196 U/l, общий билирубин – 76,5 U/l при норме у мужчин 3,4–17,0 U/l, связанный до 73,9 U/l при норме у мужчин 1,0–5,0 U/l. Общий анализ крови: лейкоциты до $11,3 \times 10^9/L$, палочкоядерные нейтрофилы до 23 с появлением токсической зернистости, относительное

снижение лимфоцитов до 8. ОАМ, изменение цвета до красно-бурого, неполная прозрачность, появление билирубина (+++), рост количества уробилиногена. С учетом клиники и лабораторных данных была отменена иммуносупрессивная терапия, пациент переведен на глюкокортикоиды с параллельным введением антибактериальной терапии: антибиотиком широкого спектра действия (цефалоспорин 3-го поколения по 1,0 в/м 2 раза в день), симптоматическая терапия. С целью дезинтоксикации внутривенно назначен NaCl 0,9% до 400,0. На фоне которой отмечено улучшение в течение клинической картины: снижение температуры тела, уменьшение инфильтрации, отека кожи, активная эпителизация трещин. Затем был отменен антибактериальный препарат с целью улучшения энтерогепатической циркуляции и экскреторной функции печеночной ткани.

Таким образом, применение одного из генериков иммунодепрессивных препаратов, блокирующих клеточный цикл покоящихся лимфоцитов в фазах G0 или G1, подавляющих запускаемую антигеном продукцию и секрецию лимфокинов (включая ИЛ-2) активированными Т-лимфоцитами, в данном конкретном случае привело к выраженной негативной реакции со стороны функциональных способностей печени и послужило предпосылкой к развитию токсикоаллергического процесса на фоне эритродермии.

Клинико-этиологические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных

Филиппова В.С., Разнатовский К.И.

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

В настоящее время онихомикозы остаются актуальной проблемой в дерматовенерологии, что прежде всего обусловлено отчетливой тенденцией к их распространению среди трудоспособного населения, эстетической стороной поражения и как следствие – социальной дезадаптацией пациентов, высокой контагиозностью заболевания, формированием сенсбилизации и созданию предпосылок для проникновения вторичной инфекции. Среди многообразия провоцирующих факторов особое внимание уделяется иммуносупрессии, наличие которой зачастую способствует развитию онихомикозов с частотой возникновения у ВИЧ-инфицированных больных от 20 до 79,6%.

Цель исследования. Изучить клинико-этиологические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных.

Материал и методы. Под наблюдением находились 29 ВИЧ-инфицированных больных онихомикозами в возрасте от 23 до 55 лет, в т.ч. 11 (37,9%) женщин и 18 (62,1%) мужчин, причем 4 (13,8%) ВИЧ-инфицированных больных получали ВААРТ в течение как минимум 6 месяцев до включения их в настоящее исследование. С целью выявления онихомикозов проведено клиническое обследование пациентов и микологическое исследование, включившее

микроскопию и культуральную диагностику. При заборе патологического материала учитывалась клиническая форма онихомикозов.

Результаты исследования: В зависимости от локализации патологического процесса ВИЧ-инфицированные больные распределены следующим образом: у 20 больных наблюдался онихомикоз стоп; у 7 – онихомикоз кистей, а у 2 – онихомикозы стоп и кистей. Наиболее распространенной клинической формой стал дистально-латеральный тип поражения (ДЛПО) (58,6%), реже выявлялись белый (БПО) (17,3%), проксимальный (ППО) (13,8%) и тотальный (ТДО) (10,3%). В качестве основных возбудителей БПО и ДЛПО выступали дерматомицеты, их доля составила 60 и 63,2% соответственно, при ППО (100%) и ТДО (60%) – не дерматомицеты. Среди дерматомицетов преобладал *Tr. rubrum* (82,4%). Не дерматомицеты представлены *Candida spp.*, *Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*, *Fusarium spp.*, *Cladosporium spp.*, при этом доля *Candida spp.* в структуре не дерматомицетов составила 56,3%. Онихомикозы у ВИЧ-инфицированных больных без ВААРТ характеризовались началом микотического поражения с 3–5 ногтевых пластинок, вовлечением в патологический процесс более 3 ногтевых пластинок, быстрым изменением пораженной грибом ногтевой пластинки. На фоне приема ВААРТ поражение ногтевых пластинок носило ограниченный характер с наличием тенденции к их очищению.

Выводы. Онихомикозы у ВИЧ-инфицированных больных представлены разнообразными клиническими формами, в т.ч. редкой формой – БПО, и зачастую источником их возникновения служили не дерматомицеты (дрожжи, нитчатые не дерматомицеты).

Комплексное лечение дерматомикозов у больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию

Филиппова В.С., Разнатовский К.И.

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

ВИЧ-инфекция на стадии вторичных заболеваний характеризуется разнообразными клиническими проявлениями, среди которых у 50–60% наблюдаются грибковые поражения кожи и ее придатков. Риск развития различных форм кандидоза и его резистентность к терапии нарастают по мере прогрессирования иммунодефицита. Под наблюдением находились 23 больных ВИЧ-инфекцией, получавших антиретровирусную терапию. У всех больных микотический процесс носил распространенный характер и имел хроническое прогрессирующее течение. Каждый больной имел несколько очагов разной локализации. В процесс 12 больных были вовлечены придатки кожи (волосы и ногти). Для лечения больных использовались топические антимикотики (тербинафин, итраконазол). Эффект от проводимой терапии при этом был минимальным. При проведении микроскопического и культурального исследований патологического материала (кожных чешуек, ногтей, волос) установлено, что возбудителями микозов у этих

больных в 45% стали дерматомицеты, в 24% – *Candida* spp., в 28% – сочетание дерматомицетов, *Candida* spp. и плесеней, в 3% – *Malassezia furfur*. Среди дерматомицетов преобладал *T. rubrum* (48%), также были выделены *T. mentagrophytes* (13%), *E. floccosum* (13%), *T. violaceum* (3%), *M. canis* (3%).

Выводы. 1. Клиническое течение дерматомикозов у больных ВИЧ-инфекцией отличается распространенностью процесса, атипизмом клиники, высокой частотой рецидивов. 2. Выбор антифунгального препарата должен проводиться с учетом вида возбудителя, чувствительности, биодоступности и лекарственного взаимодействия. Возможными путями повышения эффективности терапии являются увеличение сроков терапии, повышение дозы препарата и применение комбинированных методов антифунгальной терапии.

Оценка влияния степени иммуносупрессии на спектр возбудителей ониомикозов у ВИЧ-инфицированных больных

Филиппова В.С., Разнатовский К.И.

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

В настоящее время во всем мире отмечается значительный рост числа заболеваний, обусловленных дрожжеподобными и плесневыми грибами, возникновение и последующие развитие которых зачастую происходят у иммунокомпрометированных больных.

Цель работы. Изучить спектр возбудителей ониомикозов у ВИЧ-инфицированных больных в зависимости от степени иммуносупрессии, определяемой по количеству CD4-лимфоцитов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 25 ВИЧ-инфицированных больных ониомикозами в возрасте от 23 до 55 лет, в т.ч. 9 (36%) женщин и 16 (64%) мужчин. С целью выявления ониомикозов проведено клиническое обследование пациентов и микологическое исследование, включившее микроскопию и культуральную диагностику. При заборе патологического материала учтена клиническая форма ониомикозов.

Результаты исследования. При проведении культуральной диагностики ониомикозов у ВИЧ-инфицированных больных в 10 культурах обнаружены дерматомицеты; в 11 – недерматомицеты (дрожжи; нитчатые недерматомицеты) и в 4 – ассоциации *Tr. rubrum*+*Aspergillus* spp.; *Tr. rubrum*+*Penicillium* spp.; *Candida* spp.+*Fusarium* spp.; *Tr. rubrum*+*Candida* spp. В зависимости от количества CD4-лимфоцитов возбудители ониомикозов распределились следующим образом: при CD4 > 500 кл/мкл наблюдались дерматомицеты; при CD4 200–500 кл/мкл – дерматомицеты (66,7%), *Candida* spp. (11,1%), микст-инфекция (22,2%); при CD4 < 200 кл/мкл – *Candida* spp. (50%), нитчатые недерматомицеты (33,3%), микст-инфекция (16,7%).

Выводы. С развитием иммуносупрессии у ВИЧ-инфицированных больных отмечено увеличение количества ониомикозов, вызванных недерматомицетами (дрожжами, нитчатыми недерматомицетами).

Сочетанные проявления различных нозологических форм микозов кожи и ее придатков у ВИЧ-инфицированных больных

Филиппова В.С., Разнатовский К.И.

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

В течение последних десятилетий наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа пациентов с микозами кожи и ее придатков, что отчасти связано со стремительным ростом случаев заражения ВИЧ-инфекцией в общей популяции. По данным исследования, проведенного в 44 регионах РФ, интенсивный показатель заболеваемости поверхностными микозами кожи у амбулаторных больных, обратившихся за медицинской помощью в дерматологические учреждения, составил 94,5‰. При этом у каждого четвертого больного микозы кожи и ее придатков зарегистрированы на фоне дерматозов различного генеза. Цель исследования. Изучить удельный вес сочетанных форм микозов кожи и ее придатков у ВИЧ-инфицированных больных.

Материал и методы. Под наблюдением находились 1572 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 19 до 63 лет, из них 867 женщин и 705 мужчин. ВААПТ получали 435 ВИЧ-инфицированных больных на протяжении от 2 месяцев до 4,5 лет. С целью выявления у ВИЧ-инфицированных больных микозов кожи и ее придатков проведено клиническое обследование пациентов и микологическое исследование, включившее микроскопию и культуральную диагностику. Результаты исследования. Микозы кожи и ее придатков диагностированы у 899 (57,2%) ВИЧ-инфицированных больных, среди которых основную массу составили пациенты без ВААПТ (93,3%). В большинстве случаев поверхностные микозы кожи проявлялись сочетанием двух и трех нозологических форм, что составило 61,4% (552 человек) и 26,1% (235) соответственно. Значительно реже у ВИЧ-инфицированных больных наблюдались комбинации поверхностных микозов кожи из четырех (0,8%) и пяти (0,1%) форм. Наиболее распространенными оказались следующие сочетания: орофарингеальный кандидоз+микоз стоп (17,7%); орофарингеальный кандидоз+себорейный дерматит (10,9%); микоз стоп+ониомикоз стоп (10,5%). В единичных случаях отмечены орофарингеальный кандидоз+микоз гладкой кожи; орофарингеальный кандидоз+ониомикоз стоп; отрубевидный лишай+кандидоз кожи+орофарингеальный кандидоз +микоз стоп + ониомикоз стоп.

Выводы. Сочетание нескольких нозологических форм служит характерным клиническим признаком проявления микозов кожи и ее придатков у ВИЧ-инфицированных больных, что следует учитывать при диагностике и выборе тактики лечения.

Структура заболеваемости папилломавирусной инфекцией: данные головного учреждения дерматовенерологического профиля Москвы

Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Исаева Д.Р., Лупашко О.В., Воропай Ю.А., Лопухов П.Д.

Вирусные заболевания кожи, в частности, обусловленные папилломавирусной инфекцией (ПВИ), являются одной из актуальных проблем дерматовенерологии. Немаловажным аспектом данной проблемы до недавнего времени было отсутствие структурированного накопления сведений и эпидемиологических данных по ПВИ в России, в т.ч. в Москве. С целью решения этого вопроса в МНПЦДК ДЗМ на базе филиала «Бабушкинский» был создан центр вирусной патологии кожи, ведущий прием больных вирусными заболеваниями кожи, осуществляющий сбор и анализ эпидемиологических данных.

Цель исследования. Анализ структуры заболеваемости поражениями кожи, обусловленными ПВИ, зарегистрированными в МНПЦДК ДЗМ и центре вирусной патологии кожи за 2014 г.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости ПВИ на территории Москвы по данным статистических наблюдений, полученных на базе филиалов ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ и Центра вирусной патологии кожи, согласно приказу № 223 от 25.06.2013.

Результаты и их обсуждение. В 2014 г. в филиалы МНПЦДК ДЗМ обратились с различными проявлениями ПВИ 9989 пациентов. Из них 54% женского пола и 44% мужского. Доля детского населения (от 0 до 17 лет) среди данных пациентов составила 49%, что отражает ее рост по сравнению с 2013 г. на 7,3%. Нозологическая структура заболеваний кожи, обусловленных ПВИ, среди всех пациентов выглядела следующим образом: вульгарные бородавки – 52%, подошвенные бородавки – 32%, вирусные папилломы – 10%, аногенитальные бородавки – 6%, ювенильные бородавки – менее 1%. Среди детского населения (от 0 до 17 лет) обозначенные нозологические формы составили: вульгарные бородавки – 59%, подошвенные бородавки – 37%, вирусные папилломы – 2%, ювенильные и аногенитальные бородавки – по 1%.

Результаты проведенного на постоянной основе мониторинга эпидемиологической ситуации должны помочь лучше изучить вопросы, связанные с заболеваниями кожи, обусловленными ПВИ. В дальнейшем это будет способствовать оптимизации процесса профилактической и лечебной помощи пациентам с данной патологией.

Распространенность коморбидных состояний у больных псориазом и псориатическим артритом в дерматологической практике. Собственные данные

Чамурлиева М.Н.

Российский университет дружбы народов, Москва

Псориатический артрит (ПсА) встречается среди 30% больных псориазом. При псориазе и ПсА часто наблюдаются различные коморбидные заболевания, оказывающие влияние на их течение, а также на результаты терапии в отношении как поражения кожи, так и суставов. Наиболее часто встречающиеся

коморбидные состояния при псориазе и ПсА – это СД2, ожирение, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, метаболический синдром, гиперлипидемия, режес – болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, ирит, увеит, эписклерит, депрессия, алкоголизм, лимфома, неалкогольное поражение печени (гепатоз). Считают, что возникновение указанных коморбидных заболеваний при псориазе и ПсА связано с общими генетическими и воспалительными механизмами. Данные об их распространенности по сравнению с популяцией противоречивы.

Цель исследования. Изучить распространенность коморбидных состояний у больных псориазом и ПсА в практике дерматолога.

Материал и методы. Включены 103 больных псориазом (47 мужчин и 56 женщин), средний (ср.) возраст – $44,00 \pm 13,69$ года, площадь псориаза (BSA) – 6 (1,5–12,0), PASI (индекс распространенности и тяжести псориаза) – $15,39 \pm 12,51$, дерматологический индекс качества жизни DQI – $9,42 \pm 6,82$, ср. длительность ПсА составила $10,7 \pm 10,2$ года. Диагноз ПсА был установлен в соответствии с критериями CASPAR. Наличие коморбидности у пациентов оценивали по данным медицинской документации. Количественные переменные описывались следующей статистикой: числом пациентов, средним арифметическим значением (M), стандартным отклонением от среднего арифметического значения (δ), 25-м и 75-м перцентилями, медианой. Качественные переменные описаны абсолютными и относительными частотами (процентами), вычислением отношения шансов и относительного риска. Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$.

Результаты. Из 103 обследованных больных сопутствующей патологией страдали 77 (74,8%). Среди сопутствующих заболеваний гипертоническая болезнь наблюдалась у 23 (22,3%) пациентов с ПсА против 11 (10,7%) без ПсА ($p=0,01$); СД – у 7 (6,8%) с ПсА и у 4 (3,9%) без ПсА ($p=0,04$); ишемическая болезнь сердца – у 10 (9,7%) и у 5 (4,9%) без ПсА ($p=0,01$). Индекс массы тела (ИМТ) в целом не существенно различался в группах больных ПсА и без него: избыточная масса тела отмечена у 30 больных без ПсА и у 48 с ПсА, 71,4 и 78,7% соответственно ($p=0,2$). Однако выявлено существенное различие в частоте развития ПсА в группе пациентов с ИМТ=30–35 (ожирение 1-й степени). Здесь число больных ПсА было более чем в 4 раза выше по сравнению с больными без ПсА – 19 и 4 (31,2 против 9,5%) больных соответственно ($p=0,05$). Патология пищеварительной системы (гастриты, язва желудка и 12-перстной кишки, желчекаменная болезнь и др.) наблюдалась у 13 (12,6%) больных псориазом, хронические заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, обструктивный бронхит и др.) – у 11 (10,7%) пациентов. Гинекологические и урологические заболевания (простатиты, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, фибромиомы и др.) были выявлены у 14 (13,6%) пациентов.

Выводы. При псориазе и ПсА выявлен высокий уровень коморбидности. Преимущественная распространенность данного состояния у больных псориазом при наличии ПсА может быть связана с наличием хронического системного воспаления, играющего важную роль в развитии ПсА.

Данные о заболеваемости неинфекционными ониходистрофиями по обращаемости

Шахнович А.А., Корчажкина Н.Б.

Поликлиника № 5 Управления делами Президента РФ,
Институт последипломного профессионального образования
Федерального медицинского биофизического центра
им. А.И. Бурназяна, Москва

В последнее время в дерматологические учреждения все чаще обращаются пациенты с разнообразными изменениями ногтевых пластинок, обозначаемых как ониходистрофии. Ученые отмечают, что на долю грибковой инфекции приходится около 50% всех изменений ногтей (онихомикоз), а в остальном проценте случаев речь идет о неинфекционных поражениях ногтевых пластинок. В литературе отсутствуют данные о частоте встречаемости неинфекционных ониходистрофий и количественное соотношение различных видов ониходистрофий в зависимости от причины их возникновения, вот почему нам показалось интересным изучить данный вопрос. По клинической классификации Ариевича А.М. и Шецирули Л.Т. по причинным факторам, обуславливающим развитие болезней ногтей (онихии) и паронихии, существует 6 групп: 1) инфекционные заболевания аппарата ногтя (грибы, бактерии); 2) изменения ногтей при внутренних, инфекционных, нервно-психических, эндокринных и других системных заболеваниях; 3) поражения аппарата ногтя при различных кожных заболеваниях (псориаз, экзема, красный плоский лишай, гнездная алопеция и др.); 4) травматические и профессиональные заболевания ногтей; 5) новообразования аппарата ногтя; 6) врожденные и наследственные онихии. Мы провели статистическое исследование за период с 01.01.2014 по 31.12.2014. В кабинете дерматовенерологии ФГБУ «Поликлиника № 5» УДПРФ были обследованы 12 146 пациентов (по заболеванию, ежегодные осмотры здорового контингента, динамическое наблюдение за лицами с выявленными хроническими дерматозами, проведение комплексных профилактических осмотров декретированного контингента и предварительные осмотры при поступлении на работу). Жалобы на изменения ногтевых пластинок имели 979 пациентов. После проведения микроскопического исследования патологического материала на грибы микотическое поражение диагностировано в 526 случаях (53,7%). Остальные 453 (45,3%) пациента страдали неинфекционным поражением ногтей. В структуре неинфекционных ониходистрофий псориазическая ониходистрофия составила 27,8% (126 случаев), ониходистрофия при экземе – 24,9% (113), при atopическом дерматите – 8,4% (38), при красном плоском лишае – 1,3% (6), посттравматическая ониходистрофия – 2,2% (10), 35,3% (160 случаев) не имели связи с дерматологическим заболеванием или травмой. Из 160 в 116 случаях изменения ногтевых пластинок не являлись симптомом какого-либо соматического заболевания и ониходистрофии были признаны идиопатическими. Частота встречаемости неинфекционных ониходистрофий среди пациентов кабинета дерматовенерологии составила 37,3 на 1000 обследованных.

Сочетанное применение радиоволновой технологии и лазера в восстановлении кожи

Юсова Ж.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва

В процессе инволюции структуры дермы претерпевают различные изменения. Поскольку структура кожи неоднородна, сенильные изменения в периоды времени выражены неодинаково и в структурных единицах. Восстановлению упругости и тонуса кожи посвящено очень много работ отечественных и зарубежных исследователей. Это свидетельствует об актуальности темы. В нашей работе предлагается комбинированная терапия для восстановления волокнистых структур кожи на примере стрий. Предложенная нами методика включает использование радиочастоты (термажа) для восстановления каркаса дермы и фракционного фототермолиза для репарации верхних слоев кожи и восстановления рельефа. Под нашим наблюдением находились 17 женщин в возрасте от 32 до 37 лет с послеродовыми стриями. Давность стрий от 3 до 10 лет. В ходе исследования применен монополярный радиочастотный аппарат Thermage® и лазер Fraxel re: store DUAL. Thermage® – монополярный радиочастотный аппарат, предназначенный для неинвазивного объемного нагрева кожи и подкожно-жировой клетчатки с обратным градиентом температуры. Лазерное излучение с длиной волны 1550 нм разогревает главным образом воду и вызывает коагуляцию кожи на глубину от 350 до 1400 мкм в зависимости от энергии экспозиции и способа фокусировки. Важно, что нагрев и коагуляция в эпидермисе происходят в нижних слоях, роговой слой эпидермиса практически не повреждается, в т. и в верхних слоях дермы.

Результаты проведенной процедуры оценивали с помощью серии снимков «до», «после», через 3,5 и 9,0 месяцев после лечения; ультразвукового сканирования кожи. Исследование проведено на аппарате DUB 22–75 (TRM, Германия) с использованием датчиков 75 и 30 МГц.

Оценка полученных результатов. Микрорельеф эпидермиса более сглаженный через 3,5 месяца (+13%±0,4), через 9 месяцев тенденция к улучшению сохраняется (+5%±0,3 к предыдущему результату). Толщина дермы значительно возросла как в среднем (+15%±0,6) через 3,5 месяца, так и минимальная толщина в области стрии (+20%±0,4), что в сочетании с выравниванием ультразвуковой плотности (эхогенности) может говорить о ремоделировании тканей кожи, улучшении микроциркуляции, т.е. о том, что происходят процессы, направленные на восстановление ее каркасных свойств. При этом процесса фиброобразования в тканях ни в одном случае не выявлено. Увеличение толщины дермы носит достаточно стойкий во времени показатель и сохранил полученное увеличение через 9 месяцев. Хотелось бы отметить следующее: в исследовании через 9 месяцев внутренняя эхоструктура дермы в области стрий стала более однородной у всех наблюдаемых пациентов, и граница стрии и окружающей ткани дермы стала более сглаженной и плохо визуализируемой, что говорит о перестройке тканей дермы.

Выводы. Таким образом, предлагаемый метод лечения направлен на формирование коллагенового каркаса кожи, утолщение дермы, восстановление тонуса, тургора и плотности кожи. Такое лечение повышает качество жизни и полностью удовлетворяет пациентов.

Реабилитация кожи при лазерном воздействии

Юсова Ж.Ю., Круглова Л.С.

Российский университет дружбы народов, Москва

В настоящее время для коррекции сенильных изменений кожи используется масса аппаратных методов, среди которых ведущую позицию занимают лазеры. Актуальность проблемы реабилитации кожи после использования лазерных методов коррекции инволюционных изменений кожи связана с репарацией тканей, поскольку агрессивность процедур ведет к проявлению побочных эффектов, которые могут негативно влиять на результат. Для решения данной задачи предлагаем комбинированный метод, включающий фракционный фототермолиз, аутоплазмолифтинг и аппликацию восстанавливающим составом (женьшень и гидролизат коллагена). Под нашим наблюдением находились 42 женщины в возрасте от 39 до 65 лет с проявлениями инволюционных изменений кожи. Контрольная группа (19 человек) получила сеанс фракционного фототермолиза лица однократно на аппарате Fraxel re:store DUAL, группе из 23 пациенток после проведенного сеанса фракционного фототермолиза лица провели аутоплазмолифтинг с 2 мл активатора Try Life с последующей аппликацией маски IUS, содержащей в составе экстракт женьшеня и гидролизат коллагена. Для оценки результатов использовалась фотосъемка, измерения микрорельефа кожи, сосудистого рисунка и распределения пигмента кожи на аппарате для 3D-визуализации ANTERA® (Ирландия, до процедуры, через 7 и 30 дней после проведенной коррекции), а также шкала – опросник пациентов удовлетворенностью клиническим эффектом.

Оценка полученных результатов. При объективной оценке на аппарате ANTERA® результатов коррекции в группе, получавшей комбинированную терапию, получили выравнивание микрорельефа кожи на $31,3\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $27,6\% \pm 0,05$ через 30 дней; сглаживание сосудистого рисунка на $18,6\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $23,4\% \pm 0,05$ через 30 дней; выравнивание цвета кожи и уменьшение пигмента на $19,7\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $20,1\% \pm 0,05$ через 30 дней. В контрольной группе получены следующие результаты: выравнивание микрорельефа кожи на $16,4\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $12,5\% \pm 0,05$ через 30 дней; сглаживание сосудистого рисунка на $10,7\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $13,4\% \pm 0,05$ через 30 дней; выравнивание цвета кожи и уменьшение пигмента на $17,9\% \pm 0,05$ через 7 дней и на $19,2\% \pm 0,05$ через 30 дней. Субъективная оценка пациентов по шкале-опроснику в группе, где проведено комбинированное лечение, степень удовлетворенности результатами процедуры через 30 дней составила 98,4%, в контрольной группе – 75,6%. Выводы. Таким образом, клинические результаты при

комбинированном воздействии позволяют проводить ранние реабилитационные мероприятия после агрессивного воздействия лазерного излучения на кожу, что проявляется в уменьшении побочных эффектов. Сочетание восстанавливающих методик позволяет минимизировать потерю кожей воды, что ускоряет заживление и способствует быстрому восстановлению коллагенового каркаса; это приводит к повышению эффективности процедуры и степени удовлетворенности пациентов.

Низкоинтенсивное лазерное излучение в косметологии

Юсова Ж.Ю., Потекаев Н.Н.

Российский университет дружбы народов, Москва

На сегодняшний день в области косметологии для коррекции сенильных изменений очень широко применяются методы с использованием собственной плазмы, обогащенной тромбоцитами. Процедура аутоплазмолифтинга стимулирует естественные иммуноопосредованные процессы. Уникальность данной процедуры прежде всего основывается на стимулирующем действии факторов, которые находятся внутри тромбоцитов, активаторов всех обменных процессов, усиливающих и восстанавливающих клеточную регенерацию. Данное воздействие запускает процессы обновления клеток и за счет аутологичности стимулирует собственные резервные и адаптивные функции. Таким образом, аутоплазмолифтинг вызывает значимые физиологические эффекты, однако побочные эффекты в виде отека, выраженной воспалительной реакции, а в ряде случаев и недостаточно выраженном эффекте обуславливают необходимость сочетать данную процедуру с физиотерапевтическим воздействием. Нами предложен комбинированный метод коррекции инволюционных процессов в коже, включающий аутоплазмолифтинг с последующим использованием низкоинтенсивного лазерного излучения. Наблюдение проведено на группе из 22 (5 мужчин и 18 женщин) человек в возрасте от 37 до 47 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: контрольную (15 человек), получавшей только аутоплазмотерапию, и группу из 17 пациентов, которой проведен аутоплазмолифтинг с последующим воздействием низкоинтенсивного лазера на аппарате РИКТА-04/4. Время воздействия лазером – 20 минут, курс лечения – 6–8 процедур через день. Результаты лечения оценивались через 30 дней после проведенного лечения. Ультразвуковая картина позволила зафиксировать уменьшение степени разволокненности на $23\% \pm 0,5$ в группе, получавшей комбинированное лечение, структура дермы отличалась однородностью, включений межклеточной жидкости не зафиксировано. В контрольной группе степень восстановления дермы фиксировалась на $14\% \pm 0,5$, единичные включения межклеточной жидкости. Таким образом, сочетанное применение аутоплазмолифтинга и магнитолазерной терапии повышает эффективность процедуры за счет синергизма эффекта и выраженного противовоспалительного действия магнитолазерной терапии

Тактика ведения пациентов с сочетанным течением красного плоского лишая слизистой полости рта и глоссалгией

Аматуни Э.А.

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

Красный плоский лишай (КПЛ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта. Существует 6 основных форм данного процесса, но наиболее часто встречающаяся – типичная. Она протекает с характерными высыпаниями, однако жалобы и дискомфорт отсутствуют. Вследствие распространенности данного заболевания оно довольно часто у пациентов сочетается с глоссалгией – орофациальным синдромом, протекающим без клинических патологических высыпаний, но сопровождающимся выраженными субъективными ощущениями на слизистой оболочке полости рта и языка. Причина возникновения глоссалгии остается до конца не изученной. Есть мнение, будто данный синдром может возникать после перенесенного заболевания на слизистой оболочки полости рта (гингивит, глоссит, КПЛ, парадонтит), а также вследствие изменения дефицита витаминов, в частности группы В. При проведении лечебно-профилактических мероприятий среди пациентов с КПЛ на слизистой оболочке и сопутствующей глоссалгией необходимо устранять патологические высыпания на СОПР, а также нормализовать нервно-психологический статус, используя сложный комплекс мероприятий.

Целью нашего исследования явилось изучение тактики лечения больных с сочетанием КПЛ на СОПР и глоссалгией. Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 54 человека с явлением КПЛ на СОПР и сопутствующей глоссалгией, из них 37 женщин и 17 мужчин. При проведении физикального обследования все пациенты имели признаки КПЛ на СОПР типичной формы (белесоватые папулы, образующие кружевной рисунок) и глоссалгии – жжение языка, болезненность, гипосаливацию. Клинической особенностью сочетанного течения КПЛ и глоссалгии являлось отсутствие дискомфортных ощущений только в момент приема пищи или сна. Всем больным было проведено комплексное обследование: осмотр полости рта, оценка интенсивности симптомов глоссалгии с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), тестирование больных по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), определение коэффициента Хильдебранта (для определения нарушения вегетативных нарушений), корректурная проба Бурдона. Больным было назначено комплексное лечение с использованием поливитаминного комплекса, топических глюкокортикостероидов, полосканий антисептиками и препарата, обладающего селективным анксиолитическим и антиоксидантным действиями.

Результаты. Несмотря на наличие папул КПЛ, именно симптомы глоссалгии приводили к сильному снижению

качества жизни. Постоянная тревожность и жжение, болезненность и чувство сухости в полости рта обуславливали депрессивные состояния, канцерофобию, чувство подавленности, снижение настроения и плаксивость. Важно отметить, что 29 (53,70%) больных излишне акцентировали внимание на заболевании, значительно преувеличивая тяжесть своего состояния. В результате проведенной терапии разрешение клинических проявлений КПЛ у всех пациентов наблюдалось в среднем в течение $14,58 \pm 3,09$ дня. Снижение интенсивности глоссалгии по шкале ВАШ (с $7,42 \pm 0,15$ до $2,41 \pm 0,34$ балла; $p < 0,05$) на 67,56% отмечено в сроки $29,45 \pm 4,25$ дня. При тестировании пациентов после лечения было установлено снижение показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) в среднем на 59,49% (с $7,91 \pm 0,63$ до $3,02 \pm 0,72$ балла). Также было отмечено уменьшение коэффициента Хильдебранта за счет нормализации соотношения частоты сердечных и дыхательных сокращений в минуту на 35,59% и составило $3,81 \pm 0,15$ балла, что свидетельствовало о нормальных межсистемных соотношениях в отличие от предшествовавших лечению показателей данного коэффициента – $5,94 \pm 0,62$ балла. Значение корректурной пробы Бурдона изменилось на 39,75% (с $44,72 \pm 2,31$ до $74,22 \pm 4,07\%$, что отражает хороший уровень концентрации внимания). Контрольное обследование больных через 3 месяца после окончания лечения показало, что данный комплекс мероприятий эффективен при КПЛ с сопутствующей глоссалгией, нормализует психоэмоциональное состояние пациентов и улучшение качества жизни.

Выводы. 1. Сочетанное течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и глоссалгии способствует снижению качества жизни пациентов. 2. Назначение предложенной комплексной терапии способствует стойкой клинической ремиссии у пациентов с КПЛ и глоссалгией.

Дерматоскопические признаки розацеа

Арипова М.Л.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Поражение кожи лица в структуре дерматологических диагнозов составляет весомый процент, и большой интерес представляет изучение особенностей их дифференциальной диагностики. Одним из актуальных проблем остается розацеа. В мире распространенность розацеа составляет 10% среди всего населения земли. Косметологи приводят более высокие цифры – 20,6%. Несмотря на типичность проявлений, довольно широкая группа дерматозов характеризуется схожей картиной поражения. К данному дерматозам относятся периоральный дерматит, акне, себорейный дерматит, ознобленная волчанка и другие более редкие заболевания. Для постановки окончательного диагноза помимо правильно собранного анамнеза,

тщательного клинического обследования в некоторых случаях необходимо гистологическое исследование. В связи с болезненностью процедуры и последствий в виде косметического дефекта применение биопсии затруднено в повседневной практике.

Идея. Дерматоскопическая диагностика розацеа в практике врача дерматовенеролога.

Цель. Дать характеристику наиболее частых дерматоскопических признаков розацеа.

Материал и методы. Обследованы 144 пациента с различными подтипами розацеа. Из них 102 (70,8%) включили женщин и 42 (29,2%) мужчин. Средний возраст составил 41,5 (35;52) года. Для суждения о нормальных параметрах изучаемых показателей также исследованы 20 здоровых лиц (контрольная группа). Средний возраст контрольной группы – 37 (30,5;46,5) лет. У больных было диагностировано 4 подтипа розацеа: эритематотелангиэктатический – у 20 (13,9%), папулопустулезный – у 116(80,5%), конглобатный – у 2 (1,4%) и ринофима – у 6 (4,2%) пациентов. Дерматоскопия осуществлена при помощи дерматоскопа DermLite 3gen (США) методом кросс-поляризации, соединенной фотокамерой Nikon 1 для получения микроизображения. Проведено исследование чистой кожи области лба, щек, носа, подбородка. Для выявления дерматоскопических признаков и особенностей кожи пациентов с розацеа полученные результаты сравнивали с результатами контрольной группы.

Результаты. Результаты дерматоскопического исследования указывают на наличие специфической картины всех исследуемых групп относительно группы контроля. Изменения носили различный характер в зависимости от подтипа розацеа. Так, у пациентов с эритематотелангиэктатическим подтипом розацеа 20 (13,9%) дерматоскопически кожа имела розовый окрас. На эритематозном фоне видны расширенные сосуды. Сосудистая сеть располагалась поверхностно, при этом сосуды имели полигональную форму. У 7(4,8%) больных встречались поверхностные чешуйки и фолликулярные пробки. У больных с папулопустулезным подтипом 116 (80,5%) эритема неяркая, единичные полигональные сосуды расположены центрифасциально, визуализировались фолликулярные пробки, расширенные устья сальных желез. Папулы и пустулы визуализируются дерматоскопически. Поверхностные чешуйки встречались реже – у 8(6,8%) пациентов. Больные конглобатным подтипом розацеа 2 (1,4%) имели единичные сосуды полигональной формы. В основном встречались чешуйки, папулы, пустулы. У пациентов с ринофимой 6 (4,2%) дерматоскопически обнаружена синюшная эритема с желтыми массами (фолликулярные аномалии) и полигональными сосудами. Местами просвечивали участки фиброза в виде просветлений. На коже носа присутствовали фолликулярные пробки.

Обсуждение. Данные, полученные при исследовании, свидетельствуют, что полигональные сосуды, фолликулярные пробки, поверхностные чешуйки являются специфическим дерматоскопическим признаком при розацеа. Дерматоскопию можно применять как доступный и быстрый метод дифференциальной диагностики розацеа в ежедневной практике врача.

Особенности характера специфической сенсibilизации у пациентов с дисгидротической экземой

Бизунова М.А., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Экзема является мультифакторным заболеванием, развивающимся на основе генетической предрасположенности, сенсibilизации к различным аллергенам, измененной структуры кожи, иммунологических отклонений и при участии эндогенных, а также экзогенных триггеров. Однако до сих пор окончательно не определена роль атопии при развитии различных форм экземы.

Целью работы стала оценка характера специфической сенсibilизации у пациентов с дисгидротической экземой. Материал и методы. Методом случайной выборки среди пациентов, обратившихся на прием к дерматологу, были отобраны больные дисгидротической экземой. В группу вошли 23 пациента в возрасте от 19 до 42 лет, имеющих на момент обращения зудящие везикулы с серозным содержимым на ладонях и боковых поверхностях пальцев. Для формирования контрольной группы методом случайной выборки были отобраны 23 человека с неотягощенным личным и семейным атопическим анамнезом в возрасте от 18 до 29 лет. В исследуемой и контрольной группах определено содержание в крови специфических IgE (в МЕ/мл) к 20 аллергенам педиатрической аллергопанели (клещам домашней пыли, пыльце растений, плесневым грибам, эпителию и шерсти кошки и собаки, молоку, молочным белкам, овощам, орехам и злакам) с назначением класса аллергореактивности с 1 (0,35-0,69 МЕ/мл) по 6 (>100,0 МЕ/мл).

Результаты. Специфическая сенсibilизация отсутствовала у 13 (56%) больных дисгидротической экземой и у 13 (56%) из группы контроля. Специфическая сенсibilизация первого класса аллергореактивности (0,35-0,69 МЕ/мл) была выявлена у 3 (13%) пациентов с дисгидротической экземой и у 5 (22%) из контрольной группы. Специфическая сенсibilизация второго класса аллергореактивности (0,79–3,49 МЕ/мл) была выявлена у 9 (39%) больных дисгидротической экземой и у 7 (30%) из группы контроля. Среди пациентов с дисгидротической экземой специфическая сенсibilизация к клещам домашней пыли была выявлена у 6 (26%) пациентов, к грибку *Alternaria alternata* – у 3 (13%), к смеси трав – у 1 (4%), к молоку и молочным белкам – у 2 (9%) и к яичному белку – у 1 (4%) пациента. В группе контроля специфическая сенсibilизация к клещам домашней пыли была выявлена у 2 (9%) пациентов, к грибку *Alternaria alternata* – у 6 (26%), к эпителию и шерсти собаки – у 3 (13%), к молоку и молочным белкам – у 3 (13%) и к яичному белку – у 2 (9%) пациентов.

Выводы. Число пациентов с дисгидротической экземой, имеющих специфическую сенсibilизацию, не отличалось от такового контрольной группы – 44%. У пациентов с экземой преобладала специфическая сенсibilизация к клещам домашней пыли (26%), в отличие от контрольной группы (9%).

Снижение интраэпидермальной плотности нервных волокон при узловатом пруриго

Бобко С.И., Львов А.Н., Штендер С., Осада Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Для узловатого пруриго характерны зуд высокой интенсивности и резистентность к терапии. Механизмы патогенеза узловатого пруриго на сегодняшний день не до конца изучены. Зуд высокой интенсивности обусловлен дермальной пролиферацией миелинизированных нервных волокон. Кроме того, Ikoma A., 2006 г., и Boulgaris B. в 2008 г. описали роль сенсорных немиелинизированных эпидермальных нервных волокон при возникновении зуда при пруриго.

Гипотеза. В качестве гипотезы мы предположили, что плотность интраэпидермальных нервных волокон меняется в зависимости от стадии пруриго и восстанавливается в процессе заживления кожи в области высыпаний.

Цель. Оценить плотность интраэпидермальных нервных волокон на разных стадиях узловатого пруриго (в зоне высыпаний, около высыпаний, здоровой кожи, в рубцах после высыпаний).

Материал и методы. Биопсии взяты из области высыпаний узловатого пруриго, с кожи около высыпаний, здоровой кожи и из рубца в исходе высыпаний у 30 больных (19 женщин, 11 мужчин, средний возраст – 54,94±17,1 года). Проведена иммуногистохимическая окраска препаратов с помощью PgP 9.5 («продукт белкового гена») с последующим подсчетом и анализом количества нервных волокон в соответствии с общепринятыми критериями (норма – от 9 и более волокон на мм). Исследование проведено на базе компетентного центра по изучению хронического зуда университетской клиники г. Мюнстер (Германия). Проведение данного исследования было одобрено этическим комитетом при Университете г. Мюнстер (Германия) в 2013 г.

Результаты. Распределение плотности интраэпидермальных нервных волокон не зависит от локализации биопсии при исследовании зоны высыпаний ($p=0,03$), зоны между высыпаниями ($p=0,03$) и здоровой кожи ($p=0,15$). Отмечено резкое снижение плотности интраэпидермальных нервных волокон в биопсиях области высыпаний при пруриго ($7,4\pm 5,49$ нервных волокон на мм) статистически достоверное при сравнении со здоровой кожей ($10,21\pm 6,13$; $p=0,035$) и рубцами в исходе высыпаний ($13,36\pm 6,59$; $p=0,009$) вне зависимости от пола, возраста, интенсивности и качества зуда. Показана статистически достоверная разница между плотностью интраэпидермальных нервных волокон здоровой кожи и в области между высыпаниями ($p=0,016$), здоровой кожи и рубцами ($p=0,04$). Отмечено линейное увеличение плотности нервных волокон в биопсиях в последовательности от области высыпаний к области между высыпаниями, здоровой коже и в коже после заживления в области высыпаний.

Обсуждение. Наши результаты подтверждают гипотезу, согласно которой эпидермальные нервные волокна являются специфичным маркером при пруриго, их плотность нормализуется в процессе эпителизации.

Снижение плотности нервных волокон служит важным показателем, который коррелирует с кожным зудом. Наличие гипоплазии в области здоровой кожи при узловатом пруриго предполагает наличие субклинической нейропатии волокон малого диаметра. Сниженная плотность нервных волокон в дистальных участках при пруриго отражает периферическую нейропатию (Bharati A., 2007) и влияет на течение зуда, до настоящего времени существует теория о связи экскориаций при узловатом пруриго с нейропатией. Терапия нейропатии габапентином (Bharati A., 2007) или прегабалином (Karlsson P., 2013) помогает в ряде случаев купировать зуд при узловатом пруриго.

Опыт комбинированной терапии псориаза волосистой части головы

Иволга Ю.С., Флак Г.А., Мордовцева В.В.

Многопрофильный медицинский центр «Астери», Москва

Для оценки целесообразности назначения комбинированной терапии больным псориазом с изолированным поражением волосистой части головы было проведено обследование и лечение 30 больных. В качестве наружного медикаментозного средства использовался шампунь, содержащий 0,05% клобетазола пропионата, который в соответствии с инструкцией наносился ежедневно на 15 минут и затем смывался мягким индифферентным шампунем. Физиотерапевтическое воздействие осуществлено узкополосной фототерапией УФБ-лучами 311 нм 2 раза в неделю, всего на курс – 15 процедур, средняя терапевтическая доза составила 1,36 Дж/см². Пациенты были разделены на 3 группы сравнения в зависимости от назначенного лечения. С учетом литературных данных о том, что многие больные псориазом страдают непереносимостью глютена, всем пациентам в нашем исследовании до начала лечения определялся уровень антител к глиадину (IgG и IgA). Уровень указанных антител находился в пределах нормы, что позволило не назначать пациентам безглютеновую диету. Напротив, при исследовании содержания полиненасыщенных жирных кислот омега-3 в сыворотке крови было выявлено, что содержание докозагексаеновой кислоты (DHA) в группе больных псориазом в среднем составило $0,39\pm 0,2$ против $0,89\pm 0,8$ в группе здоровых лиц ($p=0,01$), причем у 40% больных псориазом показатели были ниже референсных значений, а у 40% – на нижней границе нормы. Среднее содержание эйкозапентаеновой кислоты (EPA) составило $0,34\pm 0,3$ в опытной группе и $0,69\pm 0,6$ – в контрольной ($p=0,03$), при этом у 15% больных псориазом показатели были ниже референсных значений, а у 45% – на нижней границе нормы. На основании полученных данных в комплексную терапию больных были включены пероральные препараты, содержащие омега-3, в суточной дозе 540 мг EPA и 360 мг DHA. По окончании курса лечения было установлено, что комбинированный метод способствует более быстрому и значительному купированию клинических симптомов заболевания на волосистой части головы по сравнению с монотерапией каждым из методов.

Зоонозный кожный лейшманиоз: курс на эпидемиологическую настороженность врача дерматовенеролога Москвы (Разбор клинического случая)

Лебедева Е.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Лейшманиоз является эндемическим заболеванием в 98 странах мира. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) относит его к первой категории болезней. По данным от 2006 г., инфицированы 14 млн человек и ежегодно возникает около 2 млн новых случаев заболевания. В резолюции WHA60.13 о борьбе против лейшманиоза Ассамблея здравоохранения признает, что лейшманиоз является одной из наиболее забытых тропических болезней, которой уделяется недостаточно внимания. Лейшманиоз – трансмиссивное протозойное заболевание, вызываемое простейшим организмом *Leishmania*. В МКБ-10 в разделе «Протозойные болезни» под кодом B.55 выделяют лейшманиоз висцеральный, кожный, кожно-слизистый, неуточненный.

Приводится клиническое наблюдение зоонозного кожного лейшманиоза у женщины 53 лет, у которой после пребывания в сельской местности Узбекистана появились высыпания с преимущественной локализацией на открытых участках кожного покрова. Интерес заключается в относительно редкой встречаемости данной нозологии в Москве. Пациентка 3. 53 лет поступила в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ «Филиал "Клиника им. В.Г. Короленко"» 08.11.2013 с диагнозом направившего учреждения «микробная экзема». При поступлении: жалобы на множественные высыпания на кожном покрове, сопровождающиеся болезненностью. Из анамнеза: больна с конца сентября 2013 г., когда отметила появление первых высыпаний на коже лица, болезненность в области правой руки, увеличение и болезненность лимфатических узлов. Высыпания появились во время пребывания пациентки в сельской местности Узбекистана (с 05.09.2013). Врач экспедиции расценил их как проявление гнойничкового заболевания кожи. Получала лечение: доксицилин 100 мг x 2 р/сут. 5 дней; гентамицин 0,4 x 2 р/сут. 5 дней; наружно мазь левомеколь, синтомициновая мазь, метрогил гель, без положительной динамики. С 31.10.2013 развился отек тканей окологлазничной области слева. По возвращении в Москву с 05.11.2013 развился отек кожи над левой голеностопной областью. Обратилась в поликлинику № 1 МВД России, была направлена на стационарное лечение в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ «Филиал "Клиника им. В.Г. Короленко"». Анализ отделяемого из очагов высыпаний на лейшмании (18.11.2013) – обнаружены. В препарате из содержимого язвы от 18.11.2013, окрашенного по Романовскому при прямой микроскопии (ув. 1000) в цитоплазме макрофагов, а также свободно лежащими обнаружены овальные тельца, цитоплазма которых окрашена в серовато-голубой цвет. Ядра оттеснены к периферии, окраска их несколько темнее. В цитоплазме хорошо виден кинетопласт – палочковидное образование, окрашенное более интенсивно, чем ядро. Заключение. Обнаружены лейшмании, форма амастигот. На основании анамнестических данных, клинической картины,

положительного анализа отделяемого из очагов высыпаний на лейшмании был выставлен диагноз «зоонозный тип кожного лейшманиоза». 28.11.2013 пациентка была консультирована специалистом-паразитологом КДЦ № 1 ПМГМУ им. Сеченова проф. Тумольской Н.И. Диагноз кожного лейшманиоза (форма *L. major*) был подтвержден. Очень важно знать вид паразита, поскольку эта информация имеет большое значение для понимания эпидемиологических аспектов, контроля и лечения лейшманиоза.

Клиническое наблюдение показательно с точки зрения неэндемичности Москвы по данному заболеванию. Случай «завезенного» лейшманиоза может встретиться в практике врача-дерматовенеролога как амбулаторно, так и стационарно. Следует помнить о факторах риска: миграция и въезд лиц, лишенных иммунитета, в зоны с существующими эндемическими циклами передачи инфекции; недостаточности питания; изменения окружающей среды; изменение климата; социально-экономические условия. Глобализация поездок и торговли, бесплановая урбанизация и экологические проблемы оказывают значительное воздействие на передачу лейшманиоза. Детальный сбор эпидемиологического анамнеза, лабораторные исследования (микроскопическое, гистопатология и др.), дифференциальный диагноз, положительная динамика кожного процесса и общего состояния пациента на проводимую терапию помогут избежать ошибок в постановке диагноза. Ранняя диагностика и эффективное лечение – залог скорейшего выздоровления пациента.

Особенность кишечной моторики и микрофлоры кишечника у детей с atopическим дерматитом

Наринская Н.М., Короткий Н.Г., Бельмер С.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российская детская клиническая больница, Москва

Атопический дерматит (АД) – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, рецидивирующим течением, характерными экссудативными и лихеноидными высыпаниями, повышением сыровоточного IgE и с гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям. Часто атопический дерматит сопровождается нарушениями функций органов пищеварения, которые могут способствовать прогрессированию основного заболевания.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), метаболической активности кишечной микрофлоры и особенностей вегетативной регуляции у детей с АД для определения возможных путей коррекции выявленных нарушений.

Был обследован 41 ребенок с АД (20 мальчиков и 21 девочка) в возрасте 5–16 лет (средний возраст – 10,95±0,50 года). Нами был проведен анализ клинических данных и анамнеза заболевания, включая оценку выраженности кожного процесса по шкале SCORAD, оценку характера

моторики желудочно-кишечного тракта методом периферической электрогастроэнтеромиографии (ПЭГЭГ), метаболической активности кишечной микрофлоры с определением короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в стуле методом газожидкостной хроматографии, вегетативного статуса больных клиническими методами. Среднее значение по шкале SCORAD у обследованных детей составило $62,50 \pm 1,61$ ($45,50-82,00$). У 26 детей была выявлена тяжелая форма АД, у 15 – средней тяжести. У всех больных были выявлены клинические признаки поражения органов пищеварения: боли в животе – у 68% детей, дискомфорт в области живота – у 93%, тошнота – у 51%, рвота – у 32%, изжога – у 22%, диарея – у 32%, запор – у 20%, метеоризм – у 63%, урчание в животе – у 73%. В копрограммах у 40% обследованных детей было выявлено повышение нейтральных жиров и у 60% – жирных кислот, указывающее, соответственно, на относительную панкреатическую недостаточность и нарушение кишечного всасывания жиров. При исследовании состояния вегетативной нервной системы было выявлено, что у 60% детей исходным вегетативным статусом была ваготония и у 40% – симпатикотония. При проведении клиноортостатической пробы симпатикотоническая (нормальная) вегетативная реактивность была выявлена у 78% больных. При проведении ПЭГЭГ выявлено повышение активности водителя ритма двенадцатиперстной кишки до и после еды у всех детей, относительной мощности двенадцатиперстной кишки до и после еды у 80% больных. В толстой кишке наблюдалось снижение активности водителя ритма до и после еды у 90% детей, а также относительной мощности толстой кишки до еды у 90%. Исследование КЖК в стуле как маркера метаболической активности микрофлоры кишечника показало повышение общего уровня их продукции с преобладанием синтеза масляной и снижением пропионовой кислот. Причем степень нарушений коррелировала с тяжестью кожного процесса. Анализ корреляции также выявил прямую зависимость показателей вегетативного статуса от выраженности кожного процесса (по значениям SCORAD), характера активности водителя ритма двенадцатиперстной и толстой кишки от показателей вегетативного статуса. Таким образом, можно считать вполне определенной связь между характером кожного процесса и моторикой желудочно-кишечного тракта и как следствие – нарушения состава кишечной микрофлоры, видимо, опосредованно – через изменения состояния вегетативной нервной системы. Выводы. 1. У большинства детей с atopическим дерматитом имеют место нарушения функции органов пищеварения, проявляющиеся клинически и подтвержденные данными обследования. При этом наблюдается повышение моторной активности в двенадцатиперстной кишке и снижение – в толстой, что может приводить к дискомфорту и болям в животе, а также к задержке стула. 2. Влияние основного патологического процесса на органы пищеварения опосредовано вегетативной нервной системой. 3. Нарушения моторики толстой кишки у детей с АД обуславливают развитие нарушений кишечного микробиоценоза. Полученные данные позволяют рекомендовать исследование функции ЖКТ у детей с АД и могут быть обоснованием для назначения прокинетики, про- и пребиотиков.

Мексаметрия как метод оценки уровня меланина на лице и шее у больных с витилиго

Пикельгаупт Н.В., Ильина Н.Г., Мустафина С.В.,
Рымар О.Д., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет, Новосибирск

Восстановление пигментации на открытых участках кожи, таких как лицо и шея, особенно важно для пациентов с витилиго. Особенности течения заболевания и количественная оценка уровня меланина (мексаметрия) в очагах витилиго и на видимо здоровой коже в совокупности позволяют более детально и обоснованно рассматривать ключевые моменты в дифференцированном подходе к лечению данного заболевания, а также наблюдать пациентов в динамике.

Цель исследования. Изучить характер распределения меланина на лице и шее в очагах витилиго и на видимо здоровой коже.

Материал и методы. Сорока пациентам с витилиго было проведено анкетирование и диагностика количества пигмента в коже в области очагов витилиго и на видимо здоровой коже. Среди пациентов были 28 (70,0%) женщин и 12 (30,0%) мужчин в возрасте от 8 до 77 лет, средний возраст – $37,9 \pm 2,9$ года. Длительность заболевания составила $16,5 \pm 2,3$ года. Распространенная форма витилиго наблюдалась у 21 (52,5%) пациента, смешанная – у 9 (22,5%), акрофациальная и универсальная – у 3 (7,5%), фокусная и сегментарная – у 2 (5,0%). Прогрессирующий тип развития выявлен у 34 (85,0%) пациентов, стабильный и нестабильный – у 3 (7,5%). Для мексаметрии использован прибор для оценки основных параметров кожи «Soft plus», изготовитель «Callegari S.p.A». Измерение содержания меланина в коже основано на определении поглощения света. Диапазон значений составляет 0–100 усл. единиц (у.е.). Ошибка метода не превышает 0,1%. Уровень меланина определен на 5 участках здоровой кожи (веки, щека, подбородок, губы, шея) и в очагах витилиго.

Результаты. Очаги витилиго были расположены у 24 (60,0%) пациентов в области век, у 11 (27,5%) – на шее, у 8 (20,0%) – на подбородке и в области губ, у 6 (15,0%) – на щеке. Уровень меланина на здоровой коже века составил $8,7 \pm 1,4$ у.е., на щеке и в области губ – $10,8 \pm 0,8$, на шее и подбородке – $13,1 \pm 3,0$ у.е. Меланин в очагах витилиго на веке и щеке полностью отсутствовал – $1,0 \pm 0,0$ у.е. у всех пациентов. Сохранный уровень меланина наблюдали у 7 (87,5%) пациентов в области подбородка ($11,0 \pm 3,0$ у.е.) и губ ($7,8 \pm 2,0$ у.е.), у 2 (18,2%) – на шее ($1,3 \pm 0,2$ у.е.). Все пациенты с витилиго на веке и щеке, где отсутствовал меланин, имели генерализованную форму развития заболевания. Уровни меланина в очагах витилиго и на видимо здоровой коже в области век, щеки ($p < 0,001$) и шеи ($p < 0,01$) достоверно различались. Достоверной разницы в количестве меланина в области подбородка и губ не обнаружено, несмотря на выраженную гипопигментацию при клиническом осмотре очагов витилиго.

Выводы. Мексаметрия позволяет объективно оценить уровень меланина в коже и определить участки сохраненного пигмента, не определяемые клинически.

Экспериментальное моделирование псориаза

Толмачева Н.В., Анисимова А.С.

Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

Введение. Актуальность научного исследования состоит в том, что сегодня имеют место значительная распространенность псориаза, его хроническое, зачастую тяжелое течение, несовершенство имеющихся методов лечения, связанное с неясностью этиологии и патогенеза.

Цель исследования. Изучить этиологические факторы в развитии псориаза.

Материал и методы. Основанием для проведения исследования послужили результаты обследования 200 больных МУЗ РКВД. В условиях вивария нами были сформированы две группы крыс по 10 особей. Проведены длительные экспериментальные исследования по введению культуры β -гемолитического стрептококка посредством добавления ее в питьевую воду на лабораторных крысах линии Вистар. Исследование аутомикрофлоры кишечника крыс проведено по методу, разработанному нами (патентная заявка № 20141154597 от 31.12.2014). После получения на коже крыс морфологических элементов папулобляшек с серебристыми чешуйками проведено вскрытие крыс с забором органов для гистологического исследования.

Результаты. Проведенными исследованиями выявлено наличие β -гемолитического стрептококка у 85 % обследованных больных хроническим бляшечным псориазом. При сравнительном микробиологическом исследовании аутомикрофлоры кишечника больных алопецией и атопическим дерматитом β -гемолитический стрептококк отсутствовал. На 35–45-е сутки у всех крыс опытной группы, получавших культуру β -гемолитического стрептококка, появилась яркая папулезная сыпь. Кожные элементы были представлены красноватыми пулами с четкими границами, порытыми серебристо-белыми чешуйками (положительная псориазная триада). Чешуйки легко отделялись при поскабливании с образованием гладкой блестящей поверхности «терминальной пленки», при снятии которой выступали мелкие кровяные капельки (положительный симптом Ауспица). Обнаруженные у крыс морфологические элементы полностью соответствовали проявлениям сыпи больных псориазом со всеми характерными для этой болезни дифференциально-диагностическими признаками. По окончании эксперимента был произведен забор материала для микробиологического исследования аутомикрофлоры кишечника крыс. Выявлено, что у 100% крыс опытной группы в слепом отделе толстого кишечника обнаружен β -гемолитический стрептококк. Патоморфологическими исследованиями показано формирование патологических изменений в органах крыс, которые происходят в ответ на внедрение β -гемолитического стрептококка. Результаты исследования показали, что при участии β -гемолитического стрептококка происходит реакция активации лимфоцитарной системы, подтвержденная гистологическими исследованиями. Заключение. В ходе нашей научно-исследовательской работы удалось воспроизвести экспериментальную модель псориаза с клиническими и патоморфологическими признаками заболевания.

IPL-технологии при красном плоском лишае

Федотова К.Ю., Потекаев Н.Н., Круглова Л.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии ДЗМ, Москва

Красный плоский лишай (КПЛ) – это воспалительный дерматоз с многообразными клиническими проявлениями и вовлечением в процесс кожи, ее придатков (волос, ногтей) и слизистых оболочек. Высыпания обычно существуют долго, процесс может обостряться, но со временем регрессирует – как правило, бесследно. При длительном течении, особенно при нерациональном лечении, в очагах могут развиваться спиналиомы, преимущественно при эрозивно-язвенных и веррукозных формах. Таким образом, диссеминированные высыпания с острым началом, сильно зудящие, требуют эффективного и своевременного лечения. Фотодинамическая терапия (ФДТ) может рассматриваться как терапия выбора благодаря воздействию на основные звенья патогенеза, особенно для пациентов в случаях упорного течения красного плоского лишая и толерантности к традиционным терапевтическим методам. ФДТ – это 2-этапная процедура. На первом этапе фотосенсибилизатор вводят пациенту одним из нескольких вариантов – местно, перорально или внутривенно, что позволяет воздействовать на клетки-мишени. Второй этап заключается в активации фотосенсибилизатора светом с определенной длиной волны, в результате чего образуется кислород, направленный на ткани-мишени. Фотосенсибилизатор поглощается преимущественно тканью с патологической гиперпролиферацией, и далее источник света направлен непосредственно на поврежденные ткани. Таким образом, ФДТ достигает двойной селективности, минимизируя повреждения прилегающих здоровых тканей. Под нашим наблюдением в клинических условиях находились 62 больных красным плоским лишаем. Все находившиеся под наблюдением пациенты были разделены на три сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы: 1-я группа – 22 больных, получавших сочетанную ФДТ в комплексе с наружным применением мази такролимус 0,1% ежедневно 2 раза в день курсом 30 дней; 2-я группа – 20 больных, получавших ФДТ. 3-я группа – 20 пациентов, которым проводилось только наружное применение мази такролимус 0,1% ежедневно 2 раза в день курсом 30 дней. Процедуры ФДТ в 1-й и 2-й группах проведены с использованием светодиодного видеофлюоресцентного устройства УФФ-630-01-«БИОСПЕК» с дополнительным интегрированным импульсным источником света для диагностики и фотодинамической терапии. Плотность энергии лазерного излучения – 16–25 Дж/см², плотность мощности лазерного излучения – 40 мВт/см². Процедуры проведены циклами по 5 с последующим 7-дневным перерывом. После лечения в 1-й группе больных индекс дерматологического статуса ILP (Index Lichen Planus) снизился на 80% ($p < 0,01$), во 2-й – на 52,5% ($p < 0,01$), в 3-й группе – 30,9% ($p < 0,01$). В 1-й группе клиническое выздоровление констатировано у 56% больных, значительное улучшение – у 24%, улучшение – у 10%, эффект не наблюдался у 5%. Во 2-й группе клинического выздоровления удалось достичь 42% больных, значительное улучшение отмечено у 22%, улучшение – у 7%, эффект не

наблюдался у 14%. У 8% пациентов наблюдалось ухудшение состояния. В 3-й группе пациентов, получавших только медикаментозное лечение, клиническое выздоровление достигнуто 4% больных, значительное улучшение – 29%, улучшение – 10%; эффект отсутствовал у 22%. В 26% случаев наблюдалось ухудшение. При анализе выраженности зуда и вызываемого им нарушения повседневной деятельности в дневное и ночное время с использованием опросника BRS (Behavioral Rating Scores) было выявлено отрицательное влияние зуда на повседневную деятельность пациентов. До лечения в 1-й группе значение BRS составило $7,1 \pm 0,4$ балла, во 2-й – $7,0 \pm 0,4$, в 3-й группе – $6,8 \pm 0,5$ балла. К концу лечения в 1-й группе значение BRS составило $0,4 \pm 0,1$ балла ($p < 0,01$), во 2-й – $1,1 \pm 0,2$ ($p < 0,01$), в 3-й группе – $4,2 \pm 0,3$ балла ($p < 0,01$). После лечения наряду с улучшением клинической картины заболевания улучшались и показатели качества жизни наблюдаемых больных, оцененные путем определения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась после применения сочетанной терапии, после которой ДИКЖ снизился на 91% ($p < 0,05$), в то время как во 2-й и 3-й группах он снизился на 69% ($p < 0,05$) и 51% ($p < 0,05$) соответственно. За время наблюдения не было выявлено статистически значимых динамических изменений показателей крови и мочи, показателей иммунного статуса, что свидетельствует о малой токсичности методики и компенсации организмом образующегося в результате фотодинамической реакции окислительного стресса.

Клинико-серологические особенности течения раннего сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов

Фролов А.Ю., Доля О.В., Заторская Н.Ф., Стоянова Г.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Сочетание ВИЧ-инфекции и сифилиса является нередким явлением в практике дерматовенерологов, инфекционистов, а также неврологов, психиатров, окулистов.

Цель исследования: проанализировать клинические и серологические проявления различных форм сифилиса у ВИЧ-инфицированных; оценить эффективность терапии по результатам клинико-серологического и ликворологического контроля.

Материал и методы. Проанализированы 75 пациентов, больных ранним сифилисом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (январь 2013-декабрь 2014), среди них мужчин 67 (88,1%), женщин 9 (11,9%) в возрасте от 18 до 69 лет. Наиболее многочисленные возрастные группы: от 31 до 40 лет – 28 (37,3%) человек и от 21 до 30 – 21 (28%); средний возраст – 36,8 года. Диагноз сифилиса установлен на основании клинико-лабораторных методов исследований, включивших трепонемные (ТТ) и нетрепонемные тесты (НТТ) в сыворотке крови (СК) и в спинномозговой жидкости (СМЖ), а также рахиологических реакций.

Результаты исследования. В соответствии с МКБ-Х диагноз «асимптомный нейросифилис А52.2 (АНС)» был установлен 34 (45,3%) пациентам, нейросифилис с симптомами А52.1 (НСС) – 11 (14,7%), сифилис вторичной кожи и слизистых оболочек

А51.3 – 10 (13,3%); серологическая резистентность – 10 (13,3%), сифилис скрытый неутонченный как ранний или поздний А53.0 – 4 (5,3%), скрытый ранний А.51.5 – 3 (4%). Лечение проведено 60 (80%) пациентам препаратом водорастворимого пенициллина (66,7%) по методикам: 1) однокурсовое в/м по 1 млн ЕД 4 р/сут 20 дней – 14 пациентам, двухкурсовое в той же дозе по 20 и 10 дней с интервалом 14 дней – 2 пациентам; 2) в/в по 10–12 млн ЕД 2 р/сут (78,9 и 21,1%), одним курсом на протяжении 14 (13 человек) и 20 дней – 2; двумя курсами по 14 дней с двухнедельным интервалом – 7 пациентам, двумя курсами по 20 дней – 1. Препараты резерва применялись при невозможности проведения в/в инфузий или непереносимости пенициллина. В связи с этим применялся цефтриаксон: 1) одним курсом в/м по 1,0 г 1 р/сут на протяжении 20 дней – 2 пациента и по 1,0 г 2 р/сут на протяжении 14 дней (4) или 20 дней (4); 2) двумя курсами в/м по 1,0 г 2 р/сут по 14 дней (2) и по 20 дней (3); 3) в/в, один курс по 1,0 г 2 р/сут на протяжении 14 дней – 1 пациент. Оксациллин применялся при непереносимости обоих препаратов (3,3%); 2 человека получили комбинированную терапию пенициллином и цефтриаксоном (3,3%). У больных вторичным сифилисом по результатам ликворологического обследования (проведено 93,8% пациентов) минимальные изменения присутствовали уже у 44,4% и проявлялись слабоположительными значениями ТТ: реакция иммунофлуоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) при различных значениях показателей цитоза и белка (от нормальных до патологических: максимальное значение достигало цитоза $150 \times 10^6/л$, белка до 1,35 г/л). У остальных 22 (73,3%) был диагностирован нейросифилис (НС), который протекал как АСН, – 19 случаев или НСС – 3.

Выводы. Нами установлено: 1) клиническое течение ранних форм сифилиса у ВИЧ-инфицированных характеризуется наличием в подавляющем большинстве НС, проявляющегося в случаях манифестных форм острым специфическим увеитом, невритом зрительного нерва, осложненным частичной атрофией, когнитивными и невротическими расстройствами. В СК данных пациентов фиксировались резкоположительные показатели ТТ и НТТ, а серологические реакции в СМЖ варьировали от отрицательных до резкоположительных значений при высоких показателях цитоза и незначительных повышениях белка; 2) сифилиды больных ВИЧ-инфекцией представлены эрозивными элементами (53,6%) с обнаружением *Tp. pallidum* в 98,1% случаев; 3) все пациенты с ранним сифилисом и установленным НС (НСС и АСН) в сочетании с ВИЧ-инфекцией нуждаются в проведении специфического лечения двумя курсами водорастворимым пенициллином по 12 млн ЕД 2 р/сут в/в на протяжении 14 дней с интервалом в 14 дней, а при невозможности проведения данного лечения препаратом резерва – цефтриаксоном по 2,0 г в сутки в/в, либо в/м двумя курсами на протяжении 20 суток с интервалом 14 дней.

Заключение. Проанализированы клинические проявления сифилиса, значения показателей серологических реакций в СК и СМЖ, их соотношение со специфической патологией нервной системы у ВИЧ-инфицированных. Предложен вариант унификации методов лечения больных ранними формами сифилиса с НС на фоне ВИЧ-инфекции, а также в случаях невозможности подтвердить/опровергнуть наличие НС у данной категории пациентов в сторону увеличения интенсивности последнего.

Содержание

Сборник тезисов

Особенности комплексной терапии онихомикозов у женщин в менопаузе Аббасова П.Г., Котрехова Л.П., Разнатовский К.И.	57
Клинические формы и методы терапии витилиго Адаскевич В.П.	57
Розацеа и описторхоз Арипова М.Л.	57
Анализ качества клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом Бохонович Д.В., Залевская О.В., Лосева О.К.	58
Перспективы и возможности повышения эффективности диагностики и лечения алопеций Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.	59
Роль эндотоксина в патогенезе атопического дерматита Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Федорова Ю.С.	60
Два случая фавуса Гаджимурадов М.Н.	60
Клинические проявления туберкулеза кожи – случаи из практики Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г.	61
Оценка микрогемодинамики у женщин с розацеа Гайсина И.А., Разнатовский К.И.	62
Подология и микробиология – междисциплинарный подход к лечению инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп в геронтологии Герасимчук Е.В., Липова Е.В., Герасимчук М.Ю.	62
Стемокин в лечении и профилактике пиодермий Гладыко В.В., Кахишвили Н.Н., Масюкова С.А., Савенков В.В.	63
Характеристика заболеваний ногтей у больных сахарным диабетом 1 типа в зависимости от состояния углеводного обмена Деев Д.А., Денисов М.Ю., Пилипенко О.В., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г.	64
Инновационные технологии в терапии акне Демина О.М., Потехаев Н.Н., Картелишев А.В.	64
Апробация диагностического набора «сифилис-vdrl-тест» с целью оптимизации диагностики нейросифилиса Дмитриев Г.А., Фриго Н.В., Негашева Е.С., Ротанов С.В., Сапожникова Н.А., Милонова Т.И.	65
Нейросифилис: оптимизация лабораторных методов диагностики и тактики ведения пациентов Дмитриев Г.А., Доля О.В., Андрющенко А.В., Кулешов А.Н.	65
Системная красная волчанка как мультидисциплинарная проблема Доля О.В., Гребенюк В.Н., Соколова А.А.	66
Клинико-иммунологические параллели при различных видах терапии псориаза с метаболическими нарушениями Донцова Е.В.	66
Дерматоскопическая картина невусов разных возрастных групп Древаль Д.А., Глобина У.С.	67
Идиопатический панникулит Вебера–Крисчена: особенности течения Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г., Пушкова О.В., Озеров Н.В.	67

Дерматологическая тактика ведения пациентов с острыми лучевыми дерматитами при раке молочной железы Золотарева Т.Г., Сивохина Т.А., Голованова Т.В.	68
Дерматоскопические особенности меланоцитарных невусов у больных витилиго Ильина Н.Г., Пикельгаупт Н.В., Воронцова Е.К., Сергеева И.Г.	69
Особенности клиники и терапии подошвенных бородавок при различных сопутствующих патологиях Исаева Д.Р., Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н.	69
Сосудистые осложнения инъекционной пластики Карпова, Е.И., Данищук О.И.	70
Кардиоваскулярный сифилис как актуальная проблема современной медицины Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Лосева О.К.	71
Терапия больных акне методом RF-микроиглы Колчева П.А., Петунина В.В., Круглова Л.С.	72
Опыт применения RF-микроигл и низких доз ретиноидов в комплексной терапии больных акне Колчева П.А., Поткаев Н.Н., Круглова Л.С.	73
Влияние фибриногена, тромбина и ϵ -аминокапроновой кислоты на жизнеспособность фибробластов и кератиноцитов человека в структуре кожных эквивалентов на основе композиционных альгинатных матриц Комлев В.С., Соловьева Е.В., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.	73
Особенности гемомикроциркуляторного русла у женщин в менопаузальном периоде Кондратьева Ю.С., Кокина О.А., Н.В. Ерошенко Н.В.	74
Современные возможности диагностики и лечения доброкачественной патологии шейки матки Константинова З.Е., Молочков А.В., Мураков С.В., Будаев А.И., Габля М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.	75
Эффективность использования 5%-ного линимента циклоферона в наружном лечении очагов гнездной алопеции Корнишева В.Г., Васькевич А.А.	75
Сухие грязевые маски Сакского озера в лечении дерматозов и профилактике старения кожи лица Корнишева В.Г., Мирзоян В.Л.	76
Ониходистрофии – инновационные методы лечения Круглова Л.С., Финешина В.И., Шахнович А.А.	77
К вопросу о наружном лечении ониходистрофий Круглова Л.С., Финешина Е.И., Шахнович А.А.	77
Дерматофитии крупных складок и стоп при сочетанной патологии Малярчук А.П., Газарян О.Л., Малярчук Т.А.	78
Роль бактериальной контаминации и реактивации вирусов в иммуногенезе хронической крапивницы Масюкова С.А., Флакс Г.А., Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Головинов А.И.	79
Этиопатогенетическая терапия акне и розацеа Масюкова С.А., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Горбакова Е.В., Соколова Ю.П., Алиева З.А., Гребенюк Д.В.	80
Эффективность применения антиоксидантной терапии в сочетании с местной фотохимиотерапией в комплексном лечении ограниченной склеродермии у детей Мун А.В., Маннанов А.М., Юлдашев М.А.	80
Влияние заболеваний шейки матки на показатели фертильности Мураков С.В., Молочков А.В., Будаев А.И., Габля М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.	81
Оптимизация лечения ВПЧ-ассоциированных генитальных кондилом на фоне рубцовой деформации шейки матки Мураков С.В., Молочков А.В., Будаев А.И., Габля М.Ю., Пустовалов Д.А., Бойков П.А., Попков С.А.	82
Скрытая эпидемия сифилиса и других инфекций, передающихся половым путем Перова Е.В., Мирзоян В.Л., Разнатовский К.И.	83
Разработка клеточной (in vitro) пространственной модели кожи здорового человека Петерсен Е.В., Трусова И.А., Дух А.С., Гурьева С. С., Фриго Н.В.	83

Фототехнологии в терапии больших тяжелыми формами псориаза Пониц Е.С., Бабушкин А.М., Шаблий Р.А.	84
Фотодинамическая терапия в лечении больных красным плоским лишаем Пониц Е.С., Круглова Л.С., Федотова К.Ю.	84
Влияние сочетанной фототерапии на показатели клеточного иммунитета у больных тяжелыми формами псориаза Пониц Е.С., Перминова М.А.	85
Опыт применения фотодинамической терапии при актиническом кератозе Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е.А., Варданян К.Л.	86
Перспективы применения фототехнологий в дерматологии Потекаев Н.Н., Федотова К.Ю., Круглова Л.С., Жукова О.В.	86
Псевдопеллада Брока в практике врача-дерматолога Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.	87
Клиническое применение нитей из 100%-ной полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся RESORBILIFT производства Франция для коррекции инволюционных изменений кожи Радион Е.В.	88
Информативности определения специфических антител класса М в реакции непрямой иммунофлюоресценции для диагностики сифилиса Ротанов С.В., Эрматова Ф.А.	88
Механизмы воздействия диоксина (2,3,7,8-ТХДД) на кожные покровы человека Рудяк С.Г., Робертсон Е.Д., Чабан Е.А., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.	89
Особенности связи клинико-психологических и социальных характеристик мужчин и женщин с тяжестью течения псориаза Ружинских А.Г.	86
Современные возможности дифференциальной диагностики меланоцитарных новообразований Саламова И.В., Москалева О.Л., Мордовцева В.В., Флакс Г.А.	90
Ассоциация атопического дерматита и целиакии Свечникова Е.В., Щиголева Н.Е.	91
Нарушения психоэмоционального состояния у больных эритемами и методы их коррекции Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Масгутова С.К., Масюкова С.А., Кахишвили Н.Н., Чалая Е.Л.	91
Поздний нейросифилис с симптомами. Сравнение эффективности лечения цефтриаксоном и пенициллином Стрибук П.В., Лосева О.К., Залевская О.В.	92
Оценка эффективности использования полимерных матриц различного состава и свойств в качестве основы для получения дермальных тканеинженерных эквивалентов Сытина Е.В., Романова О.А., Соловьева Е.В., Тенчурин Т.Х., Рудяк С.Г., Чвалун С.Н., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.	93
Опыт лечения детей с кожными заболеваниями в условиях дневного стационара Турбовская С.Н., Гребенюк В.Н., Малиновская В.В., Овчинникова С.П.	94
Вирусные экзантемы на приеме детского дерматолога Турбовская С.Н., Гребенюк В.Н., Степченкова Т.И., Чудакова Т.Ю.	95
Диагностическое значение ЭЛИ-Нейро-тест у больных сифилисом Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К.	95
Влияние иммуносупрессивной терапии на гепатобилиарную систему пациента, страдающего тяжелой формой псориаза Фатяхетдинова З.Г., Киселев П.О., Черепнева О.В., Львов А.Н., Заторская Н.Ф.	96
Клинико-этиологические особенности онхомикозов у ВИЧ-инфицированных больных Филиппова В.С., Разнатовский К.И.	97
Комплексное лечения дерматомикозов у больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию Филиппова В.С., Разнатовский К.И.	97

Оценка влияния степени иммуносупрессии на спектр возбудителей ониомикозов у ВИЧ-инфицированных больных Филиппова В.С., Разнатовский К.И.	98
Сочетанные проявления различных нозологических форм микозов кожи и ее придатков у ВИЧ-инфицированных больных Филиппова В.С., Разнатовский К.И.	98
Структура заболеваемости папилломавирусной инфекцией: данные головного учреждения дерматовенерологического профиля Москвы Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Исаева Д.Р., Лупашко О.В., Воропай Ю.А., Лопухов П.Д.	98
Распространенность коморбидных состояний у больных псориазом и псориатическим артритом в дерматологической практике. Собственные данные Чамурлиева М.Н.	99
Данные о заболеваемости неинфекционными ониходистрофиями по обращаемости Шахнович А.А., Корчажкина Н.Б.	100
Сочетанное применение радиоволновой технологии и лазера в восстановлении кожи Юсова Ж.Ю.	100
Реабилитация кожи при лазерном воздействии Юсова Ж.Ю., Круглова Л.С.	101
Низкоинтенсивное лазерное излучение в косметологии Юсова Ж.Ю., Потехаев Н.Н.	101

Конкурс молодых ученых

Тактика ведения пациентов с сочетанным течением красного плоского лишая слизистой полости рта и глоссалгией Аматуни Э.А.	102
Дерматоскопические признаки розацеа Арипова М.Л.	102
Особенности характера специфической сенсибилизации у пациентов с дисгидротической экземой Бизунова М.А., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г.	103
Снижение интраэпидермальной плотности нервных волокон при узловатом пруриго Бобко С.И., Львов А.Н., Штендер С., Осада Н.	104
Опыт комбинированной терапии псориаза волосистой части головы Иволга Ю.С., Флак Г.А., Мордовцева В.В.	104
Зоонозный кожный лейшманиоз: курс на эпидемиологическую настороженность врача дерматовенеролога Москвы (Разбор клинического случая) Лебедева Е.В.	105
Особенность кишечной моторики и микрофлоры кишечника у детей с atopическим дерматитом Наринская Н.М., Короткий Н.Г., Бельмер С.В.	105
Мексаметрия как метод оценки уровня меланина на лице и шее у больных с витилиго Пикельгаупт Н.В., Ильина Н.Г., Мустафина С.В., Рымар О.Д., Сергеева И.Г.	106
Экспериментальное моделирование псориаза Толмачева Н.В., Анисимова А.С.	107
IRL-технологии при красном плоском лишае Федотова К.Ю., Потехаев Н.Н., Круглова Л.С.	107
Клинико-серологические особенности течения раннего сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов Фролов А.Ю., Доля О.В., Заторская Н.Ф., Стоянова Г.Н.	108



25-27 June 2015

Saint-Petersburg, RUSSIA

Psychodermatology - bridging the Gak between Body and Mind...

Организаторы

Европейское общество дерматологии и психиатрии (ESDaP)
Национальный альянс дерматологов и косметологов (NADC)

Оргкомитет

Потекаев Н.Н. (Москва, Россия) – профессор,
Президент Конгресса

Смулевич А.Б. (Москва, Россия) – академик, профессор,
член президиума Оргкомитета

Незнанов Н.Г. (Санкт-Петербург, Россия) – профессор, Вице-президент
Конгресса

Разнатовский К.И. (Санкт-Петербург, Россия) – профессор,
Вице-президент Конгресса

Львов А.Н. (Москва, Россия) – профессор, член международного
научного комитета Конгресса

Денис Линдер (Венеция, Италия) – Президент Европейского общества
дерматологии и психиатрии

Основные вопросы научной программы

Общие вопросы и терминология в психодерматологии

Эпидемиологические аспекты в психодерматологии

Классификация в психодерматологии

Расстройства с причинением вреда самому себе

Бредовая убежденность о наличии инвазии

Дисморфофобия

Стресс-индуцированные дерматозы

Сопутствующие психические заболевания в дерматологии (тревожное
расстройство, депрессия, и т.д.)

Психологические аспекты в дерматологии

Психотерапия и психоанализ

Общение и приверженность лечению в дерматологии

Качество жизни и другие исходы, отмечаемые пациентами

Биопсихосоциальный подход в дерматологии

Психовенерология

Психодерматоонкология

Психотрихология

Психосоматическая помощь в косметологии и эстетической медицине

Зуд и сопутствующие расстройства

Нейроиммунологические и нейрофизиологические аспекты

распространенных кожных заболеваний

Психофармакология в дерматологии

Обучение в психодерматологии

Электронная система здравоохранения

Клинические примеры в психодерматологии

Конкурс молодых ученых

Стеновые доклады

Тезисы

Тезисы Конгресса будут опубликованы в Актах Дермато-Венерологии
Скандинавии (ISI Impact Factor 2013: 4.244).

Тезисы необходимо отправить не позднее **29 марта 2015 года**

Официальный язык Конгресса - **Английский**

Registration
Is Open
NOW!

Добро пожаловать в Санкт-Петербург!

2015

Место проведения

Park Inn by Radisson Pribaltiyskaya Hotel
ул. Кораблестроителей, 14

www.esdap2015.org

Секретариат

НП «ИДМА»

г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 722-64-20

электронная почта: mail@interforum.pro

Научный секретариат

Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии

Научный секретарь - доктор Светлана Бобко

телефон: +7 (985) 210-02-19, +7 (906) 703-34-64

электронная почта: esdap2015@yandex.ru

Туристический партнер

Райзебюро ВЕЛЬТ

Координатор Конгресса - Дмитрий Алексеев

телефон: +7 (812) 449-45-64, ext. 109

электронная почта: ads@spb.welt.ru

ГАММА-D-ГЛУТАМИЛ-D-ТРИПТОФАН

ТИМОДЕПРЕССИН®

СЕЛЕКТИВНЫЙ ИММУНОСУПРЕССОР
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ¹

РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ
У ДЕТЕЙ С 2Х ЛЕТ³

ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ
БЕЗОПАСНОСТИ²

СТОЙКИЙ ЭФФЕКТ²

ТИМОДЕПРЕССИН®

СТЕРИЛЬНО

Раствор для
внутримышечного
введения 1 мг/мл
5 ампул по 1 мл

М БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

ПСОРИАЗ
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ
ЭКЗЕМА
ПУЗЫРЧАТКА
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДОСТУПНАЯ ЦЕНА⁴

Tds_mod 24.02.2014

Две формы выпуска:

ампулы

спрей



1* - "Препарат Тимодепрессин® в лечении миеломной болезни" / Бударин А.М. и др. Лечащий врач. 2006; N1; 2* - Новые технологии дифференцированного применения Тимодепрессина® в терапии больных псориазом и атопическим дерматитом. Лечебные и правовые аспекты: пособие для врачей / Н.В. Кунгуров, М.М. Кохан, Н.Н. Филимонова, Ю.В. Кеникфест, Е.В. Гришаева. — Екатеринбург, 2012; 3* - инструкция по медицинскому применению; 4* - IMS 13. Фармакотерапевтическая группа: иммунодепрессивное средство. Лекарственная форма: раствор для внутримышечного введения; спрей назальный дозированный. Показания к применению: хронические рецидивирующие дерматозы (псориаз, пузырчатка, атопический дерматит, экзема, симптоматическое лечение Т-клеточных лимфом кожи). Аутоиммунная патология соединительной ткани (ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания соединительной ткани. Вторичный ревматоидный синдром на фоне лимфатических и других опухолей) Гематологические заболевания (аутоиммунная гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, дух- и трохостовые цитопении, в том числе вторичные на фоне лимфоцитарных лимфом и хронического лимфолейкоза). Цитостатическая химио- и лучевая терапия для защиты и сохранения стволовых клеток и ускорения выхода из гранулоцитопении. Профилактика отторжения трансплантата при пересадке органов и тканей. Пересадка костного мозга для предотвращения отторжения трансплантата. Противопоказания: беременность, лактация, неконтролируемая артериальная гипертензия, инфекционные и вирусные заболевания в острой фазе, индивидуальная непереносимость препарата. Побочное действие: после второго курса лечения Тимодепрессин® возможно транзиторное снижение количества лейкоцитов с сохранением лейкоцитарной формулы периферической крови. Срок годности: раствор - 3 года; спрей — 2 года. Условия отпуска из аптеки: по рецепту врача. Подробная информация о препарате содержится в инструкции по применению (от 18.10.12; 01.11.12). Информация для специалистов здравоохранения. ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chemie.ru>

БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ