

III ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

ТЕЗИСЫ
НАУЧНЫХ РАБОТ



КАЗАНЬ

*27 – 30 октября
2009 г.*

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ III ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

Редакционная коллегия Оргкомитета рассмотрела более 250 тезисов научных работ. В представленные тезисы внесены стилистические и орфографические коррективы.

Тезисы, не соответствующие заявленным требованиям, отклонены.

Редакционная коллегия

СОДЕРЖАНИЕ

1. Эпидемиология и организация специализированной дерматовенерологической помощи	4
2. Дерматология	29
3. Опухолевые заболевания кожи	63
4. Клиническая микология	67
5. Урогенитальные инфекционные заболевания	71
6. Эпидемиология, диагностика и терапия сифилиса	92
7. Лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем и болезней кожи	99
8. Косметология и эстетическая медицина	105

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

НОРМАТИВНО–ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КУБАНОВА А.А., КУБАНОВ А.А., ЛЕСНАЯ И.Н., МАРТЫНОВ А.А.
ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (Концепция–2020), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662–р, основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года станет формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. В Концепции–2020 сделан акцент на достигнутых положительных результатах внедрения и необходимости дальнейшей разработки современных медицинских технологий, благодаря которым повышаются возможности управления заболеваемостью населения. Сегодня отечественная дерматовенерология может с уверенностью констатировать значительные положительные результаты реализации мероприятий подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)». Программа мониторинга антибиотикорезистентности гонококка, выполняемая на территории Российской Федерации, признана мировым сообществом и известна под названием RU–GASP (Russian gonococcal antimicrobial susceptibility programme). На состоявшемся в мае–июне 2009 г. в Швеции совещании Восточно–Европейского комитета общественного здоровья была подчеркнута активная позиция Российской Федерации в ее выполнении, высокий организационный и методический уровень, который обеспечивается Государственным научным центром дерматовенерологии.

В соответствии с Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. №1663–р, развитие здравоохранения будет ориентировано на реализацию прав и потребностей человека в этой сфере, строиться на принципах открытости, конкурентности, использования современных технологий и стандартов качества. Правительством Российской Федерации обозначены 6 основных направлений развития здравоохранения на среднесрочную перспективу:

1. Обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и совершенствование страховых принципов.
2. Осуществление структурных преобразований в здравоохранении.
3. Повышение открытости управления организациями здравоохранения.
4. Обеспечение населения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощью.
5. Улучшение лекарственного обеспечения.
6. Укрепление кадрового потенциала и материально–технической базы.

В деятельности специализированных медицинских учреждений дерматовенерологического профиля наибольшее развитие получают следующие направления:

- конкретизация государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной и платной медицинской помощи;
- совершенствование системы стандартизации в области здравоохранения с целью внедрения современных медицинских технологий оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях и заболеваниях, наносящих наибольший ущерб здоровью населения и социальному благополучию страны;
- поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов;
- внедрение преимущественно одноканального финансирования организаций здравоохранения и осуществление оплаты медицинской помощи по полному тарифу за счет средств обязательного медицинского страхования;

- снятие ограничений по доле платных услуг в общем доходе учреждений здравоохранения, что будет способствовать легализации платежей граждан за оказание медицинских услуг;
- расширение хозяйственной самостоятельности бюджетных медицинских учреждений и преобразование их части в автономные (к 2012 году до 15–20% учреждений);
- обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах;
- создание условий для преимущественного оказания специализированной дерматовенерологической помощи на уровне амбулаторно–поликлинических медицинских учреждений, развитие стационаров на дому и дневных стационаров, а также повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям;
- оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости дерматовенерологической койки;
- усиление роли профессиональных общественных ассоциаций в обеспечении процессов сертификации и аттестации медицинских работников, разработке стандартов медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи, оценке ее эффективности;
- развитие инновационной деятельности медицинских и научных организаций для разработки и внедрения эффективных медицинских технологий;
- обеспечение потребности населения в получении высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания, финансирование которого осуществляется с учетом всех необходимых расходов (по полному тарифу) на оказание этого вида помощи;
- увеличение государственных инвестиций, направленных на укрепление материально–технической базы медицинских организаций для оснащения их современными лечебно–диагностическим медицинским оборудованием и техникой в соответствии со стандартами оснащения, обеспечивающими качественное оказание медицинской помощи, развитие информатизации, электронного документооборота и телемедицины;
- формирование правовой базы, обеспечивающей защиту прав пациентов, и страхование профессиональной ответственности работников здравоохранения, рискующих причинить вред своему здоровью при выполнении служебных обязанностей;
- развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации для достижения цели государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года, а также реализации Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года осуществляется комплекс мероприятий, направленных, в том числе, на повышение качества и доступности специализированной дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации. В течение 2008 года Минздравсоцразвития России был подготовлен пакет нормативных правовых актов и методических документов, определивших новые подходы в развитии отечественного здравоохранения, в том числе — специализированной дерматовенерологической помощи.

В целях реализации государственной политики в сфере здравоохранения, повышения роли научных, образовательных медицинских учреждений и общественных организаций в области охраны и укрепления здоровья населения, усиления их ответственности за состояние и развитие системы здравоохранения приказом Минздравсоцразвития России от 5 ноября 2008 г. № 622 создан Экспертный совет в сфере здравоохранения, утвержден его персональный состав, определены его функции, полномочия, порядок работы и внутренняя структура.

Экспертный совет в сфере здравоохранения — совещательный орган Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Основными принципами его деятельности являются коллегиальность, компетентность, гласность, независимость, соблюдение норм профессиональной этики. Экспертный совет в сфере здравоохранения возглавляет Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В состав Экспертного совета вошли: заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации; руководители федеральных служб и агентств, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России; Вице–президент Российской академии наук, Президент Российской академии медицинских наук; Председатель совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России; руководители департаментов Минздравсоцразвития России; главные внештатные специалисты, в том числе — главный внештатный специалист–дерматовенеролог Минздравсоцразвития России, — академик РАМН, д.м.н., профессор А.А.Кубанова.

Основными задачами Экспертного совета в сфере здравоохранения являются:

- а) участие в разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях;

б) участие в разработке предложений по совершенствованию системы оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению;

в) экспертная оценка новых методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и медицинских технологий;

г) участие в выборе приоритетных направлений научных медицинских исследований, их организации и координации;

д) участие в разработке предложений по оптимизации управления медицинскими кадрами, участие в реализации основных направлений кадровой политики:

- участие в комплексной оценке кадрового обеспечения: уровня подготовки врачей, рациональности их размещения, профессионально–должностной структуры и эффективного использования медицинских кадров;
- участие в определении кадрового профиля для каждого субъекта Российской Федерации;
- участие в разработке прогноза развития кадрового потенциала здравоохранения;
- участие в планировании и организации кадрового обеспечения здравоохранения по медицинским специальностям;

е) участие в разработке порядка и условий занятия профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельностью.

Структурой Экспертного совета предусмотрено создание профильной комиссии по специальности «дерматовенерология». Персональный состав профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития России по специальности «дерматовенерология» (далее — профильная комиссия по специальности «дерматовенерология») утвержден Минздравсоцразвития России в установленном порядке. В состав профильной комиссии включены главные внештатные специалисты дерматовенерологии органов управления здравоохранением 73 субъектов Российской Федерации, директора профильных научных организаций, ведущие ученые и специалисты, представители профессиональных медицинских обществ и ассоциаций по специальности. Председателем профильной комиссии по дерматовенерологии назначен главный внештатный специалист–дерматовенеролог Минздравсоцразвития России, — академик РАН, д.м.н., профессор А.А. Кубанова.

В соответствии с определенными приказом Минздравсоцразвития России от 5 ноября 2008 г. № 622 полномочиями профильная комиссия по специальности «дерматовенерология» участвует в:

- разработке стратегии развития дерматовенерологии и выработке тактических решений по ее реализации с целью обеспечения современного уровня оказания медицинской помощи и санитарно–эпидемиологического благополучия населения;
- разработке нормативных правовых документов по профилю «дерматовенерология»;
- организации внедрения современных медицинских и организационных технологий по дерматовенерологии, повышению уровня санитарно–эпидемиологического надзора;
- формировании номенклатуры специалистов с высшим, послевузовским, средним медицинским и фармацевтическим образованием, специальностей научных работников по дерматовенерологии.

Председателем профильной комиссии по специальности «дерматовенерология» создана постоянно действующая рабочая группа по разработке порядка оказания медицинской помощи и стандартов по дерматовенерологии (далее — постоянно действующая рабочая группа по дерматовенерологии). Состав постоянно действующей рабочей группы по дерматовенерологии утвержден Минздравсоцразвития России, в нее входят Председатель профильной комиссии, шесть главных внештатных специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, три представителя профильных научных организаций, ведущие ученые и специалисты в области дерматовенерологии, представитель Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов».

Согласно утвержденному Минздравсоцразвития России положению о деятельности заседания профильной комиссии и рабочей группы проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал. Заседание профильной комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины членов профильной комиссии, заседание рабочей группы — если на нем присутствуют все члены рабочей группы. В течение 2009 г. запланировано проведение трех совещаний профильной комиссии по специальности «дерматовенерология», из которых два уже состоялось в Самарской области (июнь 2009 г.), Иркутской области (сентябрь, 2009 г.).

В соответствии с утвержденным Председателем Экспертного совета в сфере здравоохранения Перспективным планом работы главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России на 2009 год профильной комиссией был разработан проект Порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Процедура подготовки данного документа от момента подачи предложения до издания Министерством определена соответствующими приказами Минздравсоцразвития России от 15.10.2008 № 564 и от 27.05.2009 № 279.

Проектом Порядка оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля предложено сохранить сформированную к настоящему моменту 5–уровневую систему организации оказания дерматовенерологической помощи: 1–й уровень — доврачебная медицинская помощь, врач общей практики, бригада скорой медицинской помощи, врачи других специальностей; 2–й уровень — врач–дерматовенеролог амбулаторно–поликлинического учреждения; 3–й уровень — врач–дерматовенеролог профильного регионального специализированного медицинского учреждения; 4–й уровень — врач–дерматовенеролог федерального государственного учреждения; 5–й уровень — оказание медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации.

В структуре проекта Порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» предусмотрены следующие приложения:

Порядок организации медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля;

Положение об организации деятельности кожно–венерологического диспансера;

Положение об организационно–методической деятельности кожно–венерологического диспансера;

Положение об организации деятельности амбулаторно–поликлинических подразделений для оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля;

Положение об организации деятельности стационара круглосуточного пребывания для оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля;

Положение об организации деятельности подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путём;

Положение об организации деятельности врача–дерматовенеролога;

Требования к организации деятельности лабораторий, организуемых в составе медицинских учреждений дерматовенерологического профиля;

Положение об организации медицинской помощи больным лепрой;

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала дерматовенерологических подразделений круглосуточного стационара, дневного стационара и для амбулаторных подразделений;

Стандарт оснащения оборудованием лабораторий, организуемых в составе медицинских учреждений дерматовенерологического профиля;

Стандарт оснащения кабинета врача–дерматовенеролога, осуществляющего амбулаторный прием пациентов дерматовенерологического профиля;

Стандарт оснащения стационарного отделения дерматовенерологического профиля;

Стандарт оснащения отделения физиотерапии, создаваемого в структуре медицинского учреждения дерматовенерологического профиля;

Стандарт оснащения подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путём.

Проект Порядка организации медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля был обсужден и одобрен членами профильной комиссии Экспертного совета на совещании, состоявшемся в Самаре (июнь 2009 г.). Проект Порядка был заслушан в Минздравсоцразвития России и рекомендован к утверждению в установленном порядке.

Другим приоритетным направлением развития специализированной медицинской помощи населению Российской Федерации является стандартизация медицинской деятельности. Приказом Минздравсоцразвития России от 11 августа 2009 г. № 410н определен новый механизм подготовки порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, в том числе определена структура документов, порядок их разработки и согласования.

К началу 2008 года для обеспечения высокого качества специализированной медицинской помощи было издано 45 федеральных стандартов оказания дерматовенерологической помощи, среди которых: 10 стандартов оказания амбулаторно–поликлинической помощи, 25 стандартов оказания специализированной медицинской помощи, 1 стандарт санаторно–курортной помощи, 9 стандартов оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В современных условиях в соответствии с проектом Концепции развития здравоохранения до 2020 года стандарты оказания медицинской помощи необходимы для:

- гарантии обеспечения населения качественной медицинской помощью;
- обеспечения связи финансовых показателей с качеством медицинской помощи;
- создания списка жизненно важных лекарственных средств;
- формирования регистра стационарных больных (госпитального регистра);
- управления качеством оказания медицинской помощи;
- формирования региональных медико–экономических стандартов;
- создания принципиально новой организационной системы обеспечения населения медицинской помощью.

Основу медицинских стандартов составляют требования к выполнению медицинских услуг в рамках определенной модели пациента, выделенной в пределах определенного заболевания, синдрома или клинической ситуации. Разделение медицинских услуг на услуги обязательного и дополнительного ассортимента обусловлено обеспечением равного доступа всех граждан Российской Федерации на получение необходимого объема медицинской помощи. Перечень медицинских (диагностических и лечебных) услуг обязательного ассортимента является обязательным к выполнению на всей территории Российской Федерации и не может быть уменьшен. Критерием включения медицинских технологий в стандарт являются успешные результаты качественных клинических исследований.

В обновленной структуре стандартов медицинской помощи предусмотрены следующие разделы:

- вид медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, скорая), при которой используется стандарт;
- перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз;
- перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т.д.);
- перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества и частоты его предоставления.

При этом структура стандарта медицинской помощи в каждом случае может быть уточнена исходя из специфики оказания медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 11 августа 2009 г. № 410н ведущая роль в подготовке предложений по разработке Порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в области дерматовенерологии отведена Департаменту организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России и главному внештатному специалисту-дерматовенерологу Минздравсоцразвития России.

С целью рассмотрения порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи приказом Минздравсоцразвития России от 15 октября 2008 г. № 564 создана специальная комиссия, утвержден ее персональный состав, определены ее функции и полномочия, порядок работы. Комиссия по рассмотрению порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи является постоянно действующим координационным органом, созданным в целях повышения эффективности медицинской помощи населению и обоснованности разработки порядков оказания отдельных видов (по профилям) и стандартов медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях.

На основании результатов изучения данных государственной статистической отчетности, проведенной оценки реализации отдельных мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Минздравсоцразвитием России в течение 2009 г. планируется подготовить 10 проектов стандартов оказания специализированной дерматовенерологической помощи. Среди них четыре стандарта оказания медицинской помощи при дерматозах (атопический дерматит, псориаз, экзема, пузырчатка) и 6 стандартов оказания медицинской помощи при ИППП (сифилис, гонококковая, хламидийная, герпетическая и папилломавирусная инфекции, трихомониаз).

С целью оперативного взаимодействия Минздравсоцразвития России с разработчиками стандартов медицинской помощи создана электронная информационная система по разработке стандартов медицинской помощи. Ответственным исполнителем по подготовке стандартов оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» письмом Минздравсоцразвития России от 20 апреля 2009 г. определен Государственный научный центр дерматовенерологии.

В рамках реализации приказа Минздравсоцразвития России от 11 августа 2009 г. № 410н к настоящему моменту оптимизирован порядок разработки стандартов медицинской помощи (приказ Минздравсоцразвития России от 27.05.2009 № 279), предложен к опытной эксплуатации программный продукт в системе Microsoft Access для подготовки и согласования проектов стандартов медицинской помощи в режиме on line. В основе указанного программного продукта заложена матрица стандартов, соответствующая обновленной структуре стандартов оказания медицинской помощи.

Решение задач, направленных на повышение качества подготовки специалистов и реализацию унифицированных программ обучения, к настоящему моменту выделено в отдельное направление развития отечественного здравоохранения. Учитывая, что современная дерматовенерология вплотную приблизилась к освоению принципиально новых направлений, современному врачу необходимы

разносторонние знания. Назрела необходимость разработки и утверждения новой модели врача-дерматовенеролога, владеющего знаниями и умениями, соответствующими прогрессу и достижениям современной науки.

В соответствии с Перспективным планом работы главного специалиста и поручением Минздравсоцразвития России рабочей группой Профильной комиссии была проведена работа по анализу состояния кадрового обеспечения учреждений дерматовенерологического профиля в субъектах Российской Федерации и по федеральным округам. Анализ состояния кадрового обеспечения проводился с использованием бумажных носителей и электронного программного продукта, размещенного на сайте www.monitoring-ipp.ru.

Согласно представленной информации, по состоянию на 1 января 2009 г., число врачей-дерматовенерологов, работающих в специализированных медицинских учреждениях дерматовенерологического профиля государственной формы собственности составило 7157. Показатель обеспеченности врачами-дерматовенерологами на 10 000 населения в целом по Российской Федерации — 0,5; в Центральном ФО — 0,6; Северо-Западном ФО — 0,5; Южном ФО — 0,4; Приволжском ФО — 0,4; Уральском ФО — 0,5; Сибирском ФО — 0,6; Дальневосточном ФО — 0,5.

Потребность во врачах-дерматовенерологах по Российской Федерации составляет 763 специалиста: в Центральном ФО — 404; Северо-Западном ФО — 144; Южном ФО — 70; Приволжском ФО — 39; Уральском ФО — 31; Сибирском ФО — 58; Дальневосточном ФО — 17.

Из общего числа врачей-дерматовенерологов высшую квалификационную категорию имеют 27,4% специалистов, первую — 24,4%, вторую — 8,5%, не имеют аттестационной категории 39,8%.

Преобладающий возраст среди врачей-дерматовенерологов от 40 до 60 лет (46,7%), на возраст от 25 до 40 лет приходится 39,2%, специалисты в возрасте от 60 лет и старше составляют 14,2%.

Последипломное профессиональное образование врачи-дерматовенерологии получали в интернатуре — 50,2%, ординатуре (22,7%) и путем профессиональной переподготовки (27,1%). В течение последних 5 лет на курсах повышения квалификации обучилось 88% врачей.

Число врачей-дерматовенерологов, имеющих ученые степени, составляет в целом по Российской Федерации 289, из них кандидатов медицинских наук — 258, докторов медицинских наук — 31. Звание «заслуженный врач Российской Федерации» имеют 90 специалистов.

Стаж работы по специальности у врачей-дерматовенерологов в среднем 17 лет.

Число врачей клиничко-лабораторной диагностики (КЛД), работающих в структурных подразделениях кожно-венерологических учреждений, — 2458 специалистов. У 75% специалистов основная специальность — врач клиничко-лабораторной диагностики. На должностях врачей КЛД в субъектах Российской Федерации работают 17% биологов, 8% составляют иные специалисты (фармакологи, педагоги и др.).

Первую и вторую квалификационную категорию имеют 55,3% врачей КЛД, высшую — 24%; не имеют аттестационной категории — 20,7% специалистов. Преобладающий возраст среди врачей, работающих в лабораторно-диагностических подразделениях дерматовенерологических учреждений, — 40–60 лет (70%).

Число врачей КЛД, работающих в структурных подразделениях кожно-венерологических учреждений и имеющих ученые степени, составляет 35, из них кандидатов медицинских наук — 29, докторов медицинских наук — 6.

Потребность специализированных медицинских учреждений дерматовенерологического профиля государственной формы собственности в субъектах Российской Федерации во врачах клиничко-лабораторной диагностики составляет 553 специалиста.

Число врачей клинических микологов в целом по Российской Федерации — 80. Обеспеченность врачами клиническими микологами в целом по Российской Федерации крайне низкая и составляет 0,005 на 10 000 населения. Обеспеченность врачами-микологами на 10 000 населения в Центральном ФО — 0,008; Северо-Западном ФО — 0,01; Южном ФО — 0,004; Приволжском ФО — 0,003; Уральском ФО — 0,004; Сибирском ФО — 0,004; Дальневосточном ФО — 0,006.

Потребность во врачах клинических микологах в Российской Федерации составляет 125, их них: в Центральном ФО — 49; Северо-Западном ФО — 22; Южном ФО — 8; Приволжском ФО — 7; Уральском ФО — 5; Сибирском ФО — 20; Дальневосточном ФО — 14.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях обеспечения реализации единой кадровой политики, повышения эффективности научной и образовательной деятельности в сфере здравоохранения создана Комиссия по рассмотрению вопросов развития кадрового потенциала, научной и образовательной деятельности в сфере здравоохранения. Состав комиссии сформирован из представителей Минздравсоцразвития России, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, ФМБА России, Российской академии медицинских наук, федеральных государственных

ственных учреждений, государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования. Основные функции комиссии:

- рассматривает предложения профильных комиссий Экспертного совета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в сфере здравоохранения по вопросам развития медицинской науки, образования и кадровой политики;
- рассматривает и вносит предложения по совершенствованию системы управления кадровым потенциалом отрасли;
- рассматривает и вносит предложения, определяющие порядок занятия медицинской и фармацевтической деятельностью;
- рассматривает и вносит предложения об изменениях и дополнениях в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, а также в номенклатуру специальностей научных работников;
- рассматривает проекты стандартов профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профилей;
- вносит предложения по формированию государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ подведомственными Министерству научными и образовательными учреждениями, планов научно-исследовательских работ в сфере здравоохранения для нужд Министерства, а также научно-исследовательских работ, выполняемых в рамках федеральных целевых программ;
- рассматривает результаты государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ подведомственными Министерству научными и образовательными учреждениями, результаты научно-исследовательских работ в сфере здравоохранения для нужд Министерства, а также научно-исследовательских работ, выполняемых в рамках федеральных целевых программ и готовит предложения по внедрению полученных результатов в практику здравоохранения;
- рассматривает материалы об утверждении новых методов диагностики и лечения для применения в медицинской практике.

Важной составляющей порядка деятельности данной комиссии, определяющего обеспечение единства кадровой политики в сфере здравоохранения, является предварительное согласование документов, планируемых к рассмотрению на заседаниях комиссии, с профильными главными внештатными специалистами Минздравсоцразвития России.

В рамках деятельности Комиссии Минздравсоцразвития России по рассмотрению вопросов развития кадрового потенциала, научной и образовательной деятельности в сфере здравоохранения планируется пересмотр в приоритетном порядке унифицированных программ обучения в интернатуре и клинической ординатуре по специальности «дерматовенерология».

Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» по основной специальности «дерматовенерология» введена новая специальность, требующая дополнительной подготовки, — «косметология». Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н утверждены квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, в том числе отдельно по специальностям «дерматовенерология», «клиническая микология» и «косметология».

Таким образом, к настоящему моменту Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации сформированы принципиально новые подходы к реализации государственной политики в области здравоохранения. Привлечение к разработке проектов нормативно-правовых актов и методических документов федерального уровня специалистов-практиков, хорошо знающих не только достижения, но и проблемы профессиональной деятельности, позволит создавать правовую базу, отвечающую потребностям современного здравоохранения.

Указанные нововведения только в части развития специализированной дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации позволят приступить к реализации полного комплекса организационных и финансово-экономических мероприятий, намеченных Правительством Российской Федерации. В целом это будет способствовать качественному прорыву в системе здравоохранения — созданию инновационных разработок в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективной системы подготовки и переподготовки медицинских кадров.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ДЕРМАТОЗАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2008 ГОДУ

КУБАНОВА А.А., КУБАНОВ А.А., ЛЕСНАЯ И.Н., МАРТЫНОВ А.А.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Данные официальной государственной статистики свидетельствуют о стабилизации эпидемиологического процесса по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в течение последних 5 лет.

В 2008 году всего было зарегистрировано 611 634 случая заболеваний ИППП. Показатель заболеваемости по всем инфекциям, передаваемым половым путем, в целом по Российской Федерации в 2008 году составил 430,7 на 100 тыс. населения, что на 5,8% ниже, чем в 2007 году. Структурное распределение инфекций, передаваемых половым путем, сохраняется неизменным на протяжении нескольких лет. Самые высокие показатели заболеваемости регистрируются по трихомониазу (167,5*), далее — хламидийной инфекции (89,6*), сифилису (59,9*), гонококковой инфекции (56,4*), аногенитальным (венерическим) бородавкам (34,3*) и аногенитальной герпетической вирусной инфекции (23,0*).

Заболеваемость сифилисом в 2008 году в Российской Федерации составила 59,9 на 100.000 населения. С 2004 по 2008 гг. уровень заболеваемости сифилисом снизился на 24,6%.

Анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации позволяет выделить наиболее неблагоприятные субъекты, которые определяют высокий уровень заболеваемости соответствующего федерального округа.

Наиболее сложная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сифилисом в 2008 сложилась в республиках и автономных областях Сибирского федерального округа: республика Тыва — 488,4* и республика Хакасия — 191,9*; Дальневосточного федерального округа: Чукотский автономный округ — 179,1* и Еврейский автономный округ — 171,9*.

В 2008 году показатели заболеваемости сифилисом в Приволжском (60,6*), Сибирском (101,4*) и Дальневосточном (97,8*) федеральных округах превышали аналогичные показатели как в целом по Российской Федерации (59,9*), так и в Центральном (47,0*), Северо-Западном (58,4*) и Южном (34,9*) федеральных округах.

За истекший период, в рамках реализации мероприятий подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» федеральной целевой программы «Борьба с заболеваниями социального характера», проделана большая работа по организации центров специализированной помощи детям и подросткам с ИППП. Масштабная профилактическая работа в группах риска среди молодежи определенным образом повлияла на положительную динамику заболеваемости ИППП среди данной группы населения.

Всего в 2008 г. у детей было зарегистрировано 85 018 случаев сифилиса, из них на детей 0–14 лет приходилось 766 случаев (3,7%), 15–17 лет — 2 555 случаев заболевания (45,7*). В сравнении с 2004 годом заболеваемость сифилисом детей в 2008 году снизилась на 31,5%.

Анализ заболеваемости сифилисом детей (0–14 лет) в федеральных округах свидетельствует, что наиболее сложная ситуация на протяжении последних десяти лет складывается в Сибирском (7,1*) и Дальневосточном (5,8*) округах, где уровень заболеваемости превышает среднероссийский показатель (3,7*) почти в два раза.

Число случаев врожденного сифилиса в 2008 г. снизилось с 404 случаев в 2004 году до 249 случаев в 2008 году. Процент снижения числа случаев врожденного сифилиса за последние пять лет составил 38,4%.

Показатель заболеваемости гонококковой инфекцией в целом по Российской Федерации составляет — 56,4*, что ниже показателя заболеваемости сифилисом (59,9*). Заболеваемость гонореей в большинстве федеральных округов регистрируется на уровне, превышающем российский показатель: в Дальневосточном Федеральном округе — 111,5*; Сибирском — 96,7*; Уральском — 63,7*; Приволжском — 62,8*. Только в Центральном федеральном округе показатель заболеваемости ниже общероссийского и составляет 30,5 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость урогенитальным хламидиозом и трихомониазом на протяжении последних нескольких лет имеет тенденцию к снижению. За период 2007–2008 гг. показатели заболеваемости трихомониозом снизились на 11%, урогенитальным хламидиозом на 2%.

В 2008 году в Российской Федерации выявлен всего 8 972 641 первичный случай болезней кожи и подкожной клетчатки, что составило 6 318,4 на 100 000 населения. В сравнении с 2007 годом в целом по России произошло некоторое снижение показателей заболеваемости дерматозами в Центральном (5 677,4* в 2007 и 5 593,2* в 2008 году), Южном — 5 587,6* и 5 460,0* — соответственно, Приволжском — 7 341,1* и 7 281,2, Сибирском — 6 445,2* и 6 280,4* федеральных округах. Незначительный рост заболеваемости относительно 2007 года зарегистрирован в Северо-Западном (6 907,0* и 6 933,7*), Уральском (5 090,9* и 5 144,3*) и Дальневосточном (5 065,4* и 5 244,2*) федеральных округах. Наиболее высокая заболеваемость дерматозами в 2008 году отмечена в Ямало-Ненецком автономном округе (10 795,6)* и Республике Ингушетия (10 031,2*).

В Российской Федерации последние 5 лет отмечается постоянно высокий уровень заболеваемости дерматозами детского населения. У детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2008 году зарегистрировано 1 988 076 случаев болезней кожи и подкожной клетчатки, выявленных впервые, что составляет 9 546,9 на 100 тыс. детского населения. По частоте выявленных дерматозов, подлежащих учету, на первом месте находится контактный дерматит — 1 672,8*, затем в порядке убывания — атопический дерматит (1 095,6*), чесотка (269,8*), микроспория (234,4*) и трихофития (6,9*). Заболеваемость чесоткой детей в 2 раза превосходит заболеваемость среди взрослого населения (101,6*). Наибольший уровень заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте от 0 до 14 лет отмечался в Дальневосточном (11 237,8*) и Северо-Западном (11 696,9*) федеральных округах.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗАМИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ЕРМОШИНА Е.А., СОНИН Д.Б.

ГУ РОККВД, г. Рязань

Проведен анализ заболеваемости дерматозами, сопровождающимися временной утратой трудоспособности, в амбулаторно-поликлиническом отделении ГУ РОККВД за период с 2004 по 2008 годы. Количество ежегодно выдаваемых листов нетрудоспособности в среднем составило 786 (43% от общего числа листов нетрудоспособности по диспансеру). Средняя длительность

* Заболеваемость на 100 000 соответствующего населения.

одного случая временной нетрудоспособности — 8,4 дня. Число женщин и мужчин было примерно одинаковым — 48% и 52% соответственно. Основное количество (73%) составили лица, находящиеся в периоде наиболее активной трудовой деятельности, в возрасте от 21 года до 40 лет.

В первую пятерку заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами временной нетрудоспособности амбулаторных больных, вошли различные формы экземы, контактно-аллергические дерматиты, токсикодермия, крапивница и опоясывающий герпес. При этом экзема всегда занимала лидирующее первое место, остальные дерматозы ежегодно менялись местами, но никогда заболеваемость ими не опускалась ниже пятого рангового места. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности с экземой составила 10,8 дня, с контактно-аллергическими дерматитами — 5,6 дня, с токсикодермией — 9,7 дня, с крапивницей — 5,9 дня, с опоясывающим герпесом — 11,3 дня.

Средняя длительность пребывания на листке нетрудоспособности по каждой нозологической форме, за исключением контактно-аллергического дерматита и опоясывающего герпеса, в целом соответствует ориентировочным срокам временной нетрудоспособности (Рекомендации, утвержденные Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21.08.2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П).

Уменьшение сроков временной нетрудоспособности связано с применением современных высокоэффективных схем лечения, включающих при опоясывающем герпесе назначение ациклических нуклеозидов, системных кортикостероидов, НПВС, витаминов группы В; при контактно-аллергических дерматитах — широкое использование нового поколения антигистаминных препаратов, топических кортикостероидов, пролонгированных системных кортикостероидов, что позволяет добиться выздоровления пациентов в более короткие сроки.

Отклонение средних ориентировочных сроков временной нетрудоспособности от установленных стандартов при контактно-аллергических дерматитах и опоясывающем герпесе считается обоснованным и диктует необходимость их пересмотра с учетом клинических характеристик данных дерматозов и применения современных методов лечения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ЗЕМЦОВ М.А., ЧЕБОТАРЕВ В.В., МАЖАРОВА М.И.

Гуз «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», г. Ставрополь

Гуз «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», г. Буденновск

Графическая кривая динамики заболеваемости сифилисом в Ставропольском крае (показатель на 100 тыс. населения) с 1991 по 2006 год практически повторяла заболеваемость в РФ, но имела некоторую особенность. В благополучном 1991 году показатели в Ставропольском крае составили 13 и 7, в пик эпидемии (1997 г.) — 236 и 277, в 2005 году — 34,3 и 69,0. В 2006 году — 33,6 и 65,2. В 2007 и 2008 годах в Ставропольском крае соответственно 32,4 и 31,6. Таким образом, при исходном показателе, почти в два раза превышавшем российский, на пике заболеваемости в нашем крае он был ниже в сравнении с российским на 14,8%, в 2005 году — на 50,3%, в 2006 году — на 53,0%, практически оставаясь стабильным последние 3 года. В эти годы стабильность отмечалась и по формам инфекции. Из общего числа больных сифилисом в 2006 году процент первичного составил 14,0, в 2007 году — 14,2, в 2008 году — 16,9. Вторичного соответственно — 36,4%, 33,0%, 34,0%; скрытого раннего — 40,0%, 43,0%, 37,5%.

Подобную тенденцию можно объяснить тем, что в Ставропольском крае продолжает функционировать система по раннему активному выявлению больных сифилисом: при «вассерманизации» пациентов соматических стационаров (выявлено 37,6% больных сифилисом, в основном скрытыми формами, нейросифилисом как ранним, так и поздним); при трехкратном обследовании беременных на сифилис (выявлено 19% больных). Четырехкратное обследование декретированных контингентов профилактические осмотры дали 18% активного выявления больных. Среди контактных лиц сифилис установлен у 19,4%.

Затрудняет работу: недостаточная нормативно-правовая база, отсутствие оплаты профилактической работы, недостаточный объем финансирования, который помог бы улучшить материально-техническую базу.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ (1988–2008 ГГ.)

ИБРАГИМОВА Р.З., МАВЛЮТОВА Г.И., ГАРАЕВА З.Ш.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Казань

Цель: Изучить закономерности роста и снижения заболеваемости сифилисом в РТ за последние 20 лет.

Методы: Формы статистической отчетности № 5, 9, 34, 65, унифицированные отчеты РККВД РТ с 1988 по 2008 гг., математический и статистический анализ.

Результаты: В 1988–1991 гг. в РТ максимальный интенсивный показатель заболеваемости сифилисом составил 4,4 (1990 г.). В 1992 г. начался резкий подъем, пик которого пришелся на 1996 г. (интенсивный показатель 263,2). За 5 лет заболеваемость увеличилась в 90,8 раза, превышая в 1994–1995 гг. среднероссийскую. Всего с 1992 по 2008 год зарегистрировано 71 422 больных (около 1,75% населения). Удельный вес первичного сифилиса составил 27,4%, вторичного — 44,0%, скрытого раннего — 28,4%, скрытого позднего — 0,1%, заразных форм — 71,4%, третичный сифилис не регистрировался. Поражение нервной системы выявлено у 32 пациентов, внутренних органов — у 7. В сельской местности проживали 28,7% больных, доля которых постоянно росла и увеличилась за изучаемый период в 8 раз. В период подъема (1992–1996 гг.) первичный сифилис составлял 35,3%, вторичный свежий — 30,9%, вторичный рецидивный — 18,1%, скрытый ранний — 15,4%. У подавляющего числа больных (84,64%) фиксировались заразные формы, скрытый ранний сифилис составлял 1/6 часть, поздний — единичные случаи. За время общего снижения заболеваемости (1997–2008 гг.) удельный вес первичного сифилиса уменьшился в 1,9, заразных форм — в 1,3, вторичного — почти не изменился, раннего скрытого — вырос в 2,3 раза. Из 130 больных скрытой поздней формой 84,7% — выявлены в период с 2000 по 2008 год. Удельный вес беременных увеличился в 2,5 раза. Зарегистрировано 80 детей с ранним врожденным сифилисом, из них с поражением кожи и слизистых — 41,0%, поздняя форма не диагностировалась.

Выводы: С 1992 г. в РТ продолжается эпидемия сифилитической инфекции, которую отличают высокие коэффициент вариабельности, темпы роста, интенсивность, продолжительность. Несмотря на снижение регистрации случаев сифилиса, на-

чавшееся в 1997 г., имеются косвенные доказательства скрытого эпидемического процесса: увеличение доли ранней скрытой формы, заболеваемость сельских жителей, высокий удельный вес сифилиса беременных. Отсутствие позднего врожденного сифилиса свидетельствует об эффективности антенатального скрининга, осуществляемого в Республике Татарстан, после вспышки сифилитической инфекции 1970–1980 годов.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2004–2008 ГГ.

КИТАЕВА Н.В., МЕЛЕХИНА Л.Е.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Оценка динамики заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за 2004–2008 гг.

Материал и методы: Анализ данных форм государственной статистической отчетности по инфекциям, передаваемым половым путем, за 2004–2008 годы.

Результат: Показатель заболеваемости всеми формами сифилиса в целом по Российской Федерации в 2008 году составляет 59,9 случая на 100 тыс. населения, что на 24,6% ниже аналогичного показателя 2004 года (79,4 на 100 тыс. населения). В федеральных округах также постепенно происходит снижение заболеваемости сифилисом, однако ее уровень колеблется от 34,9 до 101,4 на 100 тыс. населения. На показатель заболеваемости непосредственно оказывает влияние интенсивность снижения: чем выше интенсивность, тем ниже уровень заболеваемости. Например, в Уральском федеральном округе интенсивность снижения заболеваемости почти в 4 раза выше, чем в Сибирском, и соответственно показатель заболеваемости ниже в 2 раза.

Анализ структуры клинических форм сифилиса в целом по Российской Федерации показал, что на фоне снижения ранних манифестных форм сифилиса на 18% в 2008 году (43,4% от всех форм) по отношению к 2004 году (52,7% от всех форм) отмечается рост раннего скрытого сифилиса на 10% (соответственно 49,8% и 44,9% от всех форм) и поздних форм сифилиса в 3,1 раза (соответственно 6,5% и 2,1% от всех форм).

Заболеваемость сифилисом детей (0–17 лет) в целом по Российской Федерации сохраняет прежние тенденции, отмечается дальнейшее снижение показателя заболеваемости: в 2008 году данный показатель у детей (0–14 лет) составил 3,7, у подростков — 45,7 на 100 тыс. соответствующего населения. Разброс показателя заболеваемости у детей (0–14 лет) в федеральных округах колеблется от 3,2 до 7,1, у подростков — от 13,6 до 104,0 на 100 тыс. соответствующего населения. По сравнению с 2004 годом в целом по России уровень заболеваемости детей (0–14 лет) снизился на 31,5%, подростков (15–17 лет) — на 34,9%. На фоне снижения показателя заболеваемости врожденным сифилисом на 33,3% в 2008 году (1,2 на 100 тыс. детского населения) по отношению к 2004 году (1,8 на 100 тыс. детского населения) его удельный вес среди сифилиса детей (0–14 лет) практически остался на уровне 2004 года (33,3%) и составил 32,4%. Обращает на себя внимание, что за анализируемый период происходили резкие колебания в удельном весе врожденного сифилиса среди детей (0–14 лет): разница в показателе удельного веса между 2004–2005 гг. — (–7,0%), 2005–2006 гг. — (+9,0%), 2006–2007 гг. — (+22,0%), 2007–2008 гг. — (–15,0%).

Вывод: На основании проведенного анализа по данным форм статистической отчетности, заболеваемость сифилисом в Российской Федерации, в том числе детей, продолжает снижаться. Однако рост эпидемиологически опасного раннего скрытого сифилиса может снова привести к ухудшению эпидситуации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

КУЗНЕЦОВА Н.П., ЧАЩИН А.Ю., ДОЛЖЕНИЦИНА Н.А., АФАНАСЬЕВА И.Г.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

В последние годы увеличилось количество больных с нейросифилисом, в том числе поздних его форм. Так, по данным А.А. Кубановой и др., в РФ удельный вес позднего нейросифилиса в 2007 году составил 0,52.

Цель нашего исследования: Анализ заболеваемости нейросифилисом в Иркутской области за 5 лет (2003–2007), по данным областного кожно-венерологического диспансера.

Всего за 5 лет в Иркутской области было зарегистрировано 176 случаев нейросифилиса, в том числе ранний нейросифилис выявлен у 144, поздний — у 32. Наибольшее число случаев выявлено в 2005 году, среди них 35 раннего и 8 позднего. В 2007 году отмечено снижение случаев нейросифилиса до 28. Удельный вес нейросифилиса среди всех форм сифилиса составлял от 0,8 в 2003 году до 1,5 в 2005. Среди клинических форм преобладал ранний нейросифилис (81%).

Клинические проявления нейросифилиса в настоящее время претерпели значительные изменения. Патоморфоз обусловлен широким использованием антибиотиков, ухудшением экологических и социальных аспектов жизни населения, снижением иммунитета, ростом алкоголизма и наркомании. Особенно высок риск развития нейросифилиса у ВИЧ-инфицированных, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Сифилитический менингит у ВИЧ-инфицированных пациентов часто протекает асимптомно, вместе с тем у них может развиваться полирадикулопатия, менингомиелит, повреждение базальных ганглиев с развитием гемипареза.

Анализ клинических проявлений по данным обследования 176 больных нейросифилисом показал, что у 64,4% нейросифилис имел асимптомное (38,8%) и малосимптомное (25,6%) течение. У 11,1% больных были проявления острого менингита, так же часто (11,1%) встречался менингovasкулярный сифилис. Тяжелая форма менингоэнцефалита обнаружена у 7,8%, менингомиелит у 2,3%, цереброспинальная форма менингита у 3,3%. Таким образом, у наблюдаемых нами больных чаще встречалось асимптомное и малосимптомное течение раннего нейросифилиса. Поздний нейросифилис регистрировался реже, но в более тяжелых формах. Так, из 16 больных поздним нейросифилисом выявлено 6 случаев сухотки спинного мозга, 7 случаев прогрессирующего паралича, 2 случая претабеса и 1 случай полирадикулоневрита.

Учитывая характер контингентов, болеющих сифилисом, многие из которых злоупотребляли алкоголем, имели в анамнезе черепно-мозговые травмы, вели асоциальный образ жизни, можно прогнозировать увеличение числа случаев позднего нейросифилиса. Это выдвигает необходимость обязательного неврологического обследования больных групп риска, имеющих серорезистентность или скрытые формы сифилиса, для ранней диагностики поражения нервной системы.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

КУЛАГИНА Л.М., ЮЦКОВСКИЙ А.Д.

ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава, г. Владивосток

На сегодняшний день актуальным является адекватная специализированная лечебно-профилактическая помощь больным дерматозами в кожно-венерологических учреждениях, заболеваемость которыми по-прежнему высока. По данным государственной официальной статистической отчетности МЗ РФ, с 2003 года по 2007 год заболеваемость дерматозами у детей возросла на 17,6% (а у взрослых на 6,8%). Рост заболеваемости дерматозами у детей в целом по РФ почти в 3 раза превышает рост заболеваемости у взрослого населения.

Цель исследования: Изучить структуру заболеваний кожи у детей, проживающих в Приморском крае, госпитализированных в отделения краевого кожно-венерологического диспансера (ККВД) с 2004 по 2008 год. Определить возможности использования полученных данных в практическом здравоохранении.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ обращаемости детей в ККВД по данным учетно-отчетной документации отделений г. Владивостока с 2004 по 2008 год.

Результаты и их обсуждение: За 5-летний период общее количество госпитализированных детей составило 2147 человек, общий процент по годам колебался от 18,2% до 22% с тенденцией к росту. Нозологическая структура дерматозов включала более 30 заболеваний, число пациентов с отдельными из них было от 423 человек (чесотка) до 1–2 с редкими дерматозами, которые объединили в группу «прочие» (197) человек. Стационарная помощь детям оказывается в 3 отделениях стационара ККВД: микологическое отделение на 40 коек (10 детских коек), женское кожное на 35 (детских коек нет), мужское кожное на 35 (детских коек нет).

Анализ нозологической структуры заболеваний дерматозами показал, что максимальное число больных страдали дерматомикозами — 34,1% (из них микроспория гладкой кожи и волосистой части головы у 91,9%). На втором месте по частоте госпитализации — больные с кожными заразными заболеваниями — 25,2% (из них чесотка — 78,2%). На третьей позиции были больные с аллергодерматозами — 19,7%, больший удельный вес имели пациенты с экземой — 37%, затем следовали больные с атопическим дерматитом — 31,5% и по убывающей были больные псориазом — 9,9% и больные с диффузными заболеваниями соединительной ткани — 2%, прочие заболевания — 9,1%. В структуре диффузных заболеваний соединительной ткани настораживают высокие показатели госпитализации детей со склеродермией с 17,5% в 2006 году, в 2007 году — 25% и в 2008 году — 22,5%. Таким образом, стационарные отделения ККВД работают с превышением нормативно-учетных показателей, что является обоснованием для структурного реформирования дерматологических отделений, совершенствования оказания специализированной лечебной помощи детям с заболеваниями кожи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА ЙОШКАР–ОЛЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП

ЛУЧНИНА Д.Г., ФРИЗИН Д.В., ФРИЗИН В.В.

ГЛПУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», г. Йошкар-Ола
ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава»

В исследовании приняли участие 193 (115 юношей и 77 девушек) студента учреждений среднего профессионального образования. Участникам была предложена специально разработанная анкета, которая включала в себя следующие блоки вопросов: обстоятельства дебюта половой жизни; количество и контингент половых партнеров; особенности сексуального поведения; уровень знаний по вопросам контрацепции; пути передачи, клинические проявления и осложнения ИППП.

Активную половую жизнь к 17–18 годам ведут 75% юношей и 40% девушек, обучающиеся в учреждениях среднего специального образования, причем дебют у некоторых приходится на 13 лет и младше.

Опрошенные показали удовлетворительные знания по контрацепции. Все студенты, ведущие половую жизнь, заявили об умении пользоваться презервативами, при этом 63% юношей и 41% девушек используют презерватив время от времени. Примечательно, что все девушки и половина юношей, не ведущие половую жизнь, не умеют пользоваться презервативом, при этом 10% юношей и 30% девушек испытывают смущение перед покупкой презервативов, из-за чего иногда отказываются от покупки.

Большинство опрошенных заявили, что с ними в школе проводились занятия на тему контрацепции и профилактики ИППП, при этом 70% считают, что «при оральном сексе заразиться венерической болезнью нельзя», 87% думают, что «использование женщиной оральных контрацептивов или местных спермицидов защищает партнеров от ИППП», только 10% дали вразумительные ответы на вопрос о негативных последствиях венерических болезней, 75% относят посещение бассейнов, бань, саун и общественных туалетов к возможным путям передачи ИППП.

Половина подростков, ведущих половую жизнь, указывают на имевшие место в их жизни эпизоды дизурических явлений, необычных выделений, зуда и высыпаний на половых органах; 76% хотели бы обследоваться на ИППП, остальные считают себя абсолютно здоровыми.

Таким образом, необходимо создание эффективной системы сексуального образования, которая охватывала бы подростков с 12–13 лет, предполагала формирование практических навыков по специальным методикам и позволяла каждому подростку построить свое сексуальное поведение без риска для жизни и здоровья.

АНАЛИЗ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ ПО ДАННЫМ ОГУЗ «АМУРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

*МЕРКУЛОВА С.А., ПЛАТОНОВ А.В., БАЗАНОВ Е.К., МЕЛЬНИЧЕНКО Н.Е., ПОПОВА Н.И.,
ПЛАТОНОВ А.А., ТУРАЕВ Р.Г.*

ОГУЗ «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»,
ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», г. Благовещенск

В целях изучения заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными заболеваниями и хроническими дерматозами среди призывников и планирования мероприятий, направленных на улучшение своевременности, полноценности обследования и лечения, реабилитации и качества оформления врачебно-экспертных документов, нами проведен анализ по обращениям данной группы населения в 2007–2008 гг.

За данный период был обследован 571 призывник, в том числе по поводу заболеваний кожи — 78,9% от всех случаев, по поводу заболеваний, передаваемых половым путем, 21,1% от всех случаев. Из общего числа жители областного центра составили 93,6%, в том числе: по поводу заболеваний кожи 73,2%; по поводу заболеваний, передаваемых половым путем, 20,4%. Жители других территорий области — 6,8%, в том числе: по поводу заболеваний кожи 6,1%; по поводу заболеваний, передаваемых половым путем, 0,7%. Обследование в амбулаторно-поликлинических условиях прошли 65,0% пациентов, в стационаре — 35,0%. Из числа призывников, получивших обследование и лечение в стационаре, более 60,0% — больные с заболеваниями кожи. Для обследования и лечения призывников с ИППП в амбулаторно-поликлинических условиях созданы необходимые условия. При необходимости лечения ИППП пациенты получают лекарственные препараты бесплатно по рецепту врача.

Для обследования и лечения призывники направлялись с диагнозом псориаз в 19,6% случаев, с атопическим дерматитом в 15,8% случаев, с инфекциями, передаваемыми половым путем, в 28,7% (в том числе: 7,2% — гонореей, 5,7% — сифилисом, 6,7% — урогенитальным хламидиозом, 2,9% — аногенитальными бородавками, 6,2% — прочими ИППП), оказались здоровы в 5,7% случаев.

Результаты данного анализа будут использованы в дальнейшей организации работы дерматовенерологической службы области по своевременному обследованию, лечению, профилактике болезней кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ И ГОНОРЕЕЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ (0–17 ЛЕТ) В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 15 ЛЕТ

МИКЕШИНА А.В., СТОЛЯРОВ А.А.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань

Наряду с общей динамикой роста или снижения заболеваемости ИППП в 90–е годы XX столетия среди населения РТ аналогичная ситуация складывалась и среди детей. Так, пик заболеваемости сифилисом среди детей был отмечен в 1996 году (612 случаев), гонореей — в 1993 году (840 случаев). Заболеваемость сифилисом с 1997 года и гонореей с 1996 года стабильно снижается в среднем на 7–36%. По итогам 2008 года среди детей зарегистрировано 24 случая сифилиса и 108 случаев гонореи, то есть в сравнении с пиковыми годами по сифилису разница составила 25,5 раза, по гонорее — в 7,8 раза.

Доля переболевших детей среди всех возрастных групп уменьшилась: сифилисом с 6,2% в 1996 году до 1,6% в 2008 году; гонореей — с 7,5% до 3,0% соответственно.

Все подростки (15–17 лет) в 100% случаев заражаются половым путем. Среди детей до 14 лет ежегодно заражаются сифилисом бытовым путем от 50% до 56%, гонореей от 45% до 66%. Преимущественно это дети в возрасте до 9 лет, заразившиеся от родителей или близких родственников, ведущих асоциальный образ жизни и имеющих низкий уровень гигиенических навыков и знаний.

Если источники заражения сифилисом у детей до 14 лет удается выявить в 67–85% случаев и гонореей в 47–55%, то среди подростков этот показатель в 2–3 раза ниже из-за скрытого характера поведения.

Ежегодно дерматовенерологи, акушеры-гинекологи и педиатры активно выявляют от 45 до 72% больных сифилисом среди детей. Активность выявления больных гонореей ниже и составляет ежегодно около 40%.

С 1997 года в республике регистрируется от 2 до 10 случаев раннего врожденного сифилиса среди новорожденных, матери которых ведут асоциальный образ жизни, скрывают свою беременность и не состоят на учете в женских консультациях.

Употребление алкоголя, наркотиков, курение, ранняя беспорядочная половая жизнь, детская проституция — реалии сегодняшнего дня. Это основные причины высокой заболеваемости венерическими инфекциями среди детей.

Таким образом, высокая заболеваемость сифилисом и другими ИППП в Российской Федерации и Республике Татарстан связана не столько с вопросами медицинского характера, сколько с глубоким социальным и экономическим кризисом в стране, недостатками в нравственном воспитании и законодательстве. Без решения этих задач трудно ожидать снижения заболеваемости ИППП до уровня 70–80 годов XX столетия.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗАМИ В Г. МОСКВЕ ЗА 5 ЛЕТ

ПОЛЯКОВА А.А., АЛМАЗОВА А.А.

Оргметодотдел по дерматовенерологии Департамента здравоохранения города Москвы

По данным КВУ г. Москвы, заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2008 г. составила 2 859,9 на 100 тыс. нас., что на 10,4% выше по сравнению с показателем 2004 г. и на 0,98% ниже по сравнению с 2007 г. В структуре общей заболеваемости, зарегистрированной в КВД столицы, дерматозы составили 66,1%. До настоящего времени несовершенство и малоинформативность годовой формы статистического учета № 12 не позволяют в полной мере охарактеризовать эпидемиологические тенденции как в целом, так и по возрастному критерию в частности. Ценность сведений графы «Состоит под диспансерным наблюдением» неоднозначна и во многом спорна. Оргметодотдел по дерматовенерологии Департамента здравоохранения г. Москвы в течение ряда лет регистрировал городскую заболеваемость дерматозами по отдельным нозологиям, что позволило выявить определённые закономерности.

В период 2004–2008 гг. по данным КВД г. Москвы среди дерматозов наибольшая заболеваемость зарегистрирована в 2004 г. пиодермией, в 2008 г. — экземой. В 2008 г. заболеваемость экземой составила 397,6 на 100 тыс. нас., что на 42,4% превышает показатель 5-летней давности и на 4,7% — показатель 2007 г. Максимальная заболеваемость экземой зарегистрирована у подростков и детей (699,5 и 608,8 соответственно).

Заболеваемость пиодермией в 2008 г. заняла 2-е место и составила 305,4 на 100 тыс. нас., что практически не отличается от показателя 2004 г., но превышает на 16,25% показатель 2007 г. Максимальная заболеваемость пиодермией зарегистрирована у детей и подростков (1 060,2 и 918,4 соответственно).

3-е место по уровню заболеваемости занимал атопический дерматит — 252,7 на 100 тыс. нас., что на 5% выше, чем в 2004 г., и на 0,7% выше, чем в 2007 г. Максимальная заболеваемость атопическим дерматитом зарегистрирована у подростков и детей (1 315,7 и 683,8 соответственно).

Общая заболеваемость псориазом (154,6 на 100 тыс. нас.) в течение 5 лет снизилась на 7,6%, но повысилась по сравнению с 2007 г. на 2,3%. Максимальная заболеваемость псориазом зарегистрирована у подростков и взрослых (487,7 и 161,9 соответственно). Угрожающим выглядит существенный рост (на 35,5%) заболеваемости артропатическим псориазом у взрослых: 6,0 на 100 тыс. нас. — в 2004 г. и 8,13 — в 2008 г.; у подростков данный показатель имел «нулевое» значение 5 лет назад, и составил 0,8 на 100 тыс. нас. в 2008 г. Удельный вес больных артропатическим псориазом в 2008 г. составил 7,8%, в 2007 г. — 4,15% от общего числа больных псориазом. Количество больных за 5 лет увеличилось на 33,1%, что, видимо, связано с упорядоченностью регистрации случаев данной формы заболевания в связи с внедрением дорогостоящих высокотехнологичных методов лечения.

Заболеваемость красным плоским лишаём в течение 5 лет имеет вид «волны» с максимумом в 2005–2006 гг. В 2008 г. она составила 15,8 на 100 тыс. нас., что на 36,2% выше показателя 2004 г. Максимальная заболеваемость КПЛ традиционно регистрируется у взрослых, причём за последние 3 года практически на одном уровне (18,3%).

Обращает на себя внимание увеличение заболеваемости новообразованиями кожи за 5 лет на 33,3% с 27,6 — в 2004 г. до 36,8 — в 2008 г.; однако по сравнению с 2007 г. наметилась тенденция к снижению данного показателя (–10%). Следует отметить, что количество случаев злокачественной саркомы Капоши и лимфомами кожи в течение 5 лет имеет регрессивный характер и затрагивает только взрослых. Максимальная заболеваемость опухолями кожи за этот период выявлена у подростков, минимальная — у взрослых (в 2008 г. у подростков — 110,0 на 100 тыс. нас., у детей и взрослых 43,1 и 33,5 соответственно). Такое распределение, очевидно, связано с возрастными особенностями характера опухолей и наблюдением в связи с этим взрослого населения у онкологов. Данный показатель превышает уровень заболеваемости 2004 г. у взрослых — на 25%, у подростков — на 114%, у детей — на 62,6%.

Заболеваемость акантолитической пузырчаткой в течение 5 лет не претерпела существенных колебаний, регистрировалась только у взрослых и составила 3,24 на 100 тыс. нас. Одновременно уровень заболеваемости дерматитом Дюринга (по обращаемости) за этот же период снизился на 33,3%. Следует отметить, что проблема обеспечения в столице препаратами сульфонового ряда этих больных до сих пор не решена.

Заболеваемость коллагенозами, а именно: эритематозом, ограниченной склеродермией, — в течение 5 лет регистрируется на одном и том же уровне и в 2008 г. составила 2,2 и 7,9 на 100 тыс. нас. соответственно.

Отмечается увеличение заболеваемости витилиго как в целом — на 20%, так и в группах: взрослых — на 42,3%, подростков — на 6,8%. В 2008 г. общая заболеваемость составила 14,0 на 100 тыс. нас.

В 2008 г. зарегистрировано некоторое снижение заболеваемости алопецией (23,2 на 100 тыс. нас.) за счёт всех возрастных групп на 8,7%. Максимальные показатели заболеваемости выявлены у подростков и детей (52,5 и 46,8 на 100 тыс. нас. соответственно).

Существенным является увеличение за 5-летний период заболеваемости аномалиями развития кожи у подростков — на 33,3% (в 2008 г. — 66,5 на 100 тыс. подрост. нас.). В целом этот показатель снизился на 29% и в последние 3 года удерживается на одном уровне — 9,3 на 100 тыс. нас.

Заболеваемость алопецией по данным последних трёх лет несколько уменьшилась (на 8,7%), причём за счёт снижения её у подростков и детей. В целом в 2008 г. этот показатель составил 23,2 на 100 тыс. нас.; максимальное его значение зарегистрировано у подростков (52,5) и детей (46,8). Следует отметить, что во всех возрастных группах первичные случаи заболевания составили 85%, что на 5% выше, чем ранее.

Всялем оптимизм снижение заболеваемости болезнями слизистой оболочки полости рта во всех возрастных группах, которая в целом в 2008 г. составила 12,4 на 100 тыс. нас., что на 6,8% ниже показателя 2004 г. и на 17,3% — по сравнению с 2007 г. Максимальные показатели за весь период регистрировались у детей, минимальные — у взрослых.

Таким образом, наибольшие динамические изменения в сторону увеличения претерпели показатели заболеваемости пиодермией, причём во всех возрастных группах. Существенно возросла заболеваемость инфекционными эритемами — на 22%, т.е. патологией, патогенетически связанной с инфекцией. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости контактным дерматитом (на 0,2%) и крапивницей (на 8,7%), произошло увеличение заболеваемости хроническими нервно-аллергическими заболеваниями кожи — атопическим дерматитом и экземой, причём у детей и подростков. В 2008 г. выросла заболеваемость витилиго, одновременно произошло существенное снижение её в группах заболеваний: слизистой оболочки полости рта, аномалиями развития. По нозологиям не претерпела динамических изменений заболеваемость системными заболеваниями соединительной ткани: склеродермией, красной волчанкой и снизилась заболеваемость опухолевой природы: саркомой Капоши, лимфомами кожи. Существенным является и снижение заболеваемости буллезными дерматозами: дерматитом Дюринга, в меньшей степени — пузырчаткой.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ЛПУ Г. МОСКВЫ В 2004–2008 ГГ.

ПОЛЯКОВА А.А., АЛМАЗОВА А.А.

Оргметодотдел по дерматовенерологии Департамента здравоохранения города Москвы

При анализе данных годовой статистической отчётности по форме № 12 в 2008 г. всего было зарегистрировано 454 859 случаев заболеваний, т.е. составило 4 328,3 на 100 тыс. нас., что на 5,2% больше показателя 2004 г. Рост общей заболеваемости, по данным КВД столицы, обусловлен увеличением заболеваемости кожи и подкожной клетчатки: 2 859,9 на 100 тыс. нас.,

что на 10,4% выше по сравнению с показателем 5-летней давности. Одновременно заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями кожи за 5 лет снизилась на 12,6% и составила 1 234,0 на 100 тыс. нас., что обусловлено, скорее всего, снижением официальной регистрации сифилиса и гонорее в г. Москве.

Болезни кожи и подкожной клетчатки в 2008 г. составили 66,1% от всей заболеваемости, зарегистрированной в государственных КВУ на территории г. Москвы (в прошлом году эта цифра составляла 67,3%). Если заболеваемость дерматозами по сравнению с 2004 г. возросла на 10,4%, то по сравнению с 2007 г. она снизилась на 0,98%. Одновременно следует отметить, что в 81,1% из всех зарегистрированных случаев дерматозов диагноз был установлен впервые в жизни, в 2007 г. — в 80,8%, в 2004 г. — в 79,6%.

В 2008 году общая заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет составила 6 724,5 на 100 тыс. нас., что на 10,6% ниже по сравнению с показателем 2004 г., но выше на 3,2% таковой предыдущего года. Первичная заболеваемость детей составила 88,7%, что также выше, чем в предшествующие 5 лет. В структуре общей патологии кожи возросла и заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями кожи у детей (1 361,0 на 100 тыс. нас.): на 1,7% — по сравнению с 2004 г. и на 13% — по сравнению с 2007 г. Заболеваемость дерматозами детей в 2008 г. составила 5 236,8 на 100 тыс. детского населения, что на 12,8% ниже показателей 2004 г., но превышает данные 2007 г. на 0,8%. При этом первичная обращаемость по поводу дерматозов у детей в 2008 г. — максимальная за 5 лет и составила 87,9%.

Общая заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет в 2008 г. составила 9 215,0 на 100 тыс. нас., что превышает показатели предыдущих 5 лет: по сравнению с 2004 г. — на 37,1%, по сравнению с 2007 г. — на 6,2%. Максимальной за 5 лет оказалась и первичная обращаемость подростков в КВД — 76,2% (в 2004 г. — 67,4%, в 2004 г. — 70,4%). Среди этой категории больных возросла и заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями кожи (1 568,0 на 100 тыс. нас.): на 4,8% — по сравнению с 2004 г., на 3,8% — по сравнению с 2007 г. Заболеваемость дерматозами у подростков за 5 лет существенно возросла (на 50,1% — по сравнению с 2004 г. и на 6,3% — по сравнению с 2007 г.) и к 2008 г. составила 7 437,8 на 100 тыс. нас. Такая эпидситуация обусловлена демографическим провалом в 90-х гг.

Общая заболеваемость среди взрослых в 2008 г. составила 3 690,9 на 100 тыс. нас., что незначительно отличается от показателей прошлых лет. Первичная заболеваемость составила 78,7% (в 2004 г. — 74,9%, в 2007 г. — 78,2%). Заболеваемость взрослого населения инфекционными и паразитарными заболеваниями кожи в 2008 г. оказалась самой низкой за последние 5 лет (снижение по сравнению с 2004 г. составило 18,6%). Заболеваемость дерматозами за этот же период у взрослых повысилась на 13,7%, а по сравнению с 2007 г. — снизилась на 1,5%, составляя 2 302,1 на 100 тыс. населения.

Учитывая, что заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки — это в основном хронические, трудно поддающиеся лечению заболевания, снижение общего показателя заболеваемости дерматозами за 2008 г. выглядит как мнимое благополучие. Подтверждением тому является уменьшение удельного веса дерматозов (в 2008 г. — на 1,2% по сравнению с 2007 г., в 2007 г. — на 2,7% по сравнению с 2006 г.) в общей структуре заболеваемости на фоне высокого процента впервые диагностированных случаев — 81,1% (в 2004 г. — 76,5%, в 2007 г. — 80,8%) и одновременном росте заболеваемости среди подростков, более половины из которых составляют юноши. Сложившаяся ситуация, вероятно, связана с утратой доверия врачам государственных ЛПУ (больные вынуждены обращаться за оформлением листа нетрудоспособности и направлением на МСЭ), а также по причине неадекватного объема лекарственных препаратов в рамках ДЛО.

СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СРЕДЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

ТАИШЕВА Л.А., ВАЛИЕВА А.З.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань

Республика Татарстан (РТ) является одним из наиболее динамично развивающихся и привлекательных с точки зрения трудовых мигрантов субъектов России. На протяжении последних пяти лет число иностранных граждан, зарегистрированных в РТ, ежегодно увеличивается. В 2008 г. было выдано 19 736 разрешений на работу. При этом в сфере строительства работает 68,9% трудовых мигрантов, оптовой и розничной торговли — 9,1%, общественного питания — 5,2%, коммунальных и бытовых услуг — 3,7%. Лидирующие позиции среди лиц, получивших разрешение на работу, занимают граждане Узбекистана, Таджикистана, Турции, Азербайджана.

Важным аспектом для общественного здравоохранения республики являются риски для здоровья, которые несут мигранты. Мигранты прибывают с собственными эпидемическими профилями, уровнем контакта с инфекционными агентами, факторами риска, определяемыми образом жизни и уровнем гигиенической грамотности. В РТ проводится мониторинг инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в среде трудовых мигрантов, и существуют определенные условия получения разрешения на работу, особенно по декретированным профессиям.

Работа по медицинскому освидетельствованию трудовых мигрантов в РТ проводится на основании постановлений Правительства Российской Федерации от 02.12.2004 № 715, от 02.04.2003 № 188, от 01.11.2002 № 794, совместного приказа МЗ РТ, Управления Роспотребнадзора по РТ, МВД по РТ от 26.07.2005/15.09.2005 № 706–145–583 «О порядке взаимодействия МЗ РТ, Управления Роспотребнадзора по РТ, МВД по РТ по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения РТ и обследованию иностранных граждан и лиц без гражданства на носительство инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» и других документов.

За 2008 г. прошли медицинское освидетельствование 26 245 въехавших в РТ иностранных граждан и лиц без гражданства. Выявлено ИППП в 582 случаях (2,22%), в том числе сифилис — 90 случаев (0,34%), другие инфекционные заболевания — 492 случая (1,87%), что выше, чем среди постоянного населения республики. Причем за текущий период 2009 г. отмечается тенденция к росту случаев выявления ИППП.

Таким образом, возрастающие миграционные потоки оказывают негативное влияние на уровень заболеваемости ИППП в регионе, увеличивают риск возникновения групповых заболеваний и вспышек. Своевременное выявление, лечение и профилактика ИППП среди трудовых мигрантов требуют скоординированных действий служб здравоохранения, миграционного контроля, правоохранительных органов, руководителей организаций и предприятий, привлекающих иностранных работников, а также общественных организаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ДЕРМАТОЗАМИ, ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ

ТОРОПОВА Н.П., ОЛОНЦЕВА Т.В.

ФГУ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий
ОГУ НПЦ детской дерматологии и аллергологии МЗ Свердловской области, г. Екатеринбург

Диспансеризация больных на Среднем Урале с редко встречающимися дерматозами с дебютом в детском возрасте проводится более 40 лет. Проведен анализ частоты обращаемости детей с редкими дерматозами в КВУ 5-го уровня сравнительно за 2 периода: 1961 — 1995 гг. и 1996 — 2008 гг. Всего у больных диагностированы 42 нозологические формы дерматозов, в частности энтеропатический акродерматит (2), врожденный буллезный эпидермолиз (11), врожденный дискератоз Zinsser Cole — Engmann (1), реакция трансплантат против хозяина (РТПХ, гистологически подтвержденный проф. И. Персиной — 1), недержание пигмента (Syndrome Sulzberger — Bloh — 11, в том числе в трех и четырех поколениях) и др.

В последние 12 лет увеличилось число больных и расширилась нозология редких дерматозов среди наблюдаемых детей, в том числе достигших совершеннолетия. Летальный исход наступил у 3 больных: врожденным буллезным эпидермолизом в 2 года 8 месяцев; врожденным дискератозом Zinsser Cole — Engmann в 42 года и распространенным красным плоским лишаем (атрофическая форма) — в 11 лет.

Основные направления в работе врача-дерматовенеролога в процессе диспансерного наблюдения больных редкими (чаще — генодерматозами) дерматозами: диагностика (гистологическое и др. исследования); медико-генетическое консультирование; организация медико-социальной экспертизы; выбор адекватной местной и общей терапии, санаторно-курортное лечение. Обязательно участие психолога или психотерапевта, особенно при диагностировании тяжелого дерматоза, в т.ч. с выраженным косметическим дефектом (гигантские пигментные невусы, нейрокожный меланоз, генерализованные формы пигментной крапивницы и др.)

Большинству больных редкими дерматозами требуется обоснованная наружная терапия: противовоспалительная (например, афродерм при недержании пигмента, энтеропатическом акродерматите, синдроме Джанотти — Крости и др.), антимикробная и противокандидозная (например, белогент при осложненных формах герпетиформного дерматита Дюринга, энтеропатического акродерматита, лимфатоидного папулеза и др.); с кератолитическим и кератоластическим эффектом (например, белосалик при эритрокератодермии вариацилис, болезни Дарье и др). При наблюдении больных по месту жительства имели место ошибки в диагностике на протяжении длительного времени (трихотиломания, Hand — Foot — Mouth Disease и др.). Разработан и успешно применяется «Алгоритм действий врача-дерматовенеролога при редких дерматозах у детей».

ПАЦИЕНТЫ ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Г. САМАРЫ, КАК ГРУППА РИСКА ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИППП

ШАКУРОВ И.Г., КОРЯКИН С.А. *, КУЗНЕЦОВА Е.Д., ТИТУГИНА А.Ю.

ГУЗ СОКВД, ГУЗ СОНД*, г. Самара

Опыт работы за последние 10–15 лет показывает нам изменение структуры групп риска — «ядерных групп». Изменение традиционного образа жизни молодежи, информационная революция, разрушение старых идеалов и несформированность новых создают стрессовые ситуации, способствуют дезориентации личности, бегством от чего является сексуальное экспериментирование, алкоголь, наркотики (Франкемберг А.А.) В то же время нельзя сказать, что создававшаяся ситуация в достаточной мере изучена специалистами и находится под их контролем. В доступной литературе имеются лишь единичные сообщения по некоторым аспектам эпидемиологии и течения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) среди указанных контингентов. Это связано с тем, что и алкоголики, и наркоманы избегают контактов с государственными лечебными организациями и остаются вне зоны их наблюдения.

Целью нашей работы было изучение эпидемиологической ситуации в среде наркозависимых, влияния наркотиков и алкоголя на половое поведение, определение степени риска заражения ИППП. Проведено анонимное обследование и анкетирование 292 пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ СОНД, среди обследуемых были как лица, употребляющие наркотики (37%), так и лица, злоупотребляющие алкоголем (57%), а также находящиеся на реабилитации (6%). Обследование проводилось следующими методиками: на сифилис (ИФА+МР), гонококковую инфекцию (бактериоскопия, бактериологический метод-забор на транспортную 199 среду с полимиксином, с последующим пересевом на плотные питательные среды), хламидийную инфекцию (ПИФ+ПЦР), уrogenитальный трихомоноз (бактериоскопия+ПЦР), уреа—микоплазменная инфекция (ПИФ+ПЦР), уrogenитальный герпес (ПЦР). Всего было обследовано 292 пациента, из них 226 — мужчин (75%), 66 — женщин (25%). Возрастная группа распределилась следующим образом: 18–30 лет — 33 человека (42%), из них 19 — женщин, 14 — мужчин; 30–45 лет — 31 человек (39%), из них 24 — женщины, 7 — мужчин; старше 45 лет — 15 человек (19%), из них 4 — женщины, 11 — мужчин. Следует отметить, что наличие постоянного полового партнера у лиц с выявленными ИППП составляет 17%, состоящих в браке — 22%, ведущих беспорядочные половые контакты (промискуитетный образ жизни) — 85%. Социальный портрет лиц с выявленными ИППП: высшее образование имеют 9 человек (5 — женщин, 4 — мужчины), среднее и сред.специальное — 70 (42 — женщины, 28 — мужчин), из них 59% — безработные, 38% — рабочие и служащие, 3% — инвалиды и пенсионеры. Количество пациентов с выявленными ИППП и инфекциями, обусловленными условно-патогенной микрофлорой — 79 (27% от обследуемых), женщин среди них — 47, мужчин — 32. Следует отметить, что у 27 пациентов (34%) выявлено наличие *mixt*-инфекции, из них 25 женщин (53%) и 2 мужчины (6%). Структура заболеваемости получилась следующая: сифилиса и гонококковой инфекции у обследуемых не выявлено, хламидиоза (31%) — 31 случай (26 — мужчин, 5 — женщин), трихомоноза (12%) 12 случаев (1 — мужчина, 11 — женщин), герпеса уrogenитального (2%) 2 случая у женщин, уреа—микоплазменной инфекции (56%) 56 случаев (12 — мужчин, 44 — женщины). После прохождения курса лечения и реабилитации все пациенты взяты на лечение и диспансерное наблюдение в ГУЗ СОКВД.

Выводы: Социально обусловленные заболевания (наркозависимость) являются фоном или группой риска — «ядерной группой», скрытым резервуаром при возникновении и распространении социально обусловленных инфекций. Все социально обусловленные инфекции опасны не только для заболевшего, а в значительной степени для окружающих лиц, поэтому эти заболевания требуют организации системы активного поиска и выявления больных среди населения.

Все социально обусловленные заболевания подлежат лечению и наблюдению у врачей специализированных диспансеров, такая ситуация привела к тому, что специализированные службы не могут обеспечить комплексное лечение «микстовых» заболеваний (например, ИППП и наркозависимость; туберкулез или ВИЧ и наркозависимость). Эта проблема в настоящее время требует решения.

Созрела необходимость разработки оптимальной стратегии диагностики, лечения и долгосрочных программ профилактики ИППП среди наркозависимых пациентов, поскольку в современных условиях на фоне наркозависимости проявляются самые опасные и сложные болезни, которые отрицательно влияют на генофонд всего общества, приводя к его деградации.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ШАКУРОВ И.Г., ТИТУГИНА А.Ю., КУЗНЕЦОВА Е.Д., ВАСИЛЬЧЕНКО А.В., МОРОЗОВА Е.В.

ГУЗ СОКВД, г. Самара

Наркологические заболевания наряду с ИППП являются социально значимыми.

Тесная взаимосвязь наркологических заболеваний и ИППП имеет не только выраженную социальную, но и медицинскую, и экономическую значимость, так как их распространение происходит в основном среди населения, определяемого профессиональной дееспособностью и сексуальной активностью.

Как известно, у лиц, употребляющих наркотики и алкоголь, ИППП возникает в результате рискованного сексуального поведения, связанного с:

- с растормаживанием полового влечения;
- снижением критики при выборе сексуального партнёра;
- игнорированием средств предохранения;
- проституцией как средством заработка денег.

Поэтому мы решили провести обследование на ИППП больных, находящихся на лечении в ГУЗ «Самарский областной наркологический диспансер». Следует отметить, что среди обследуемых были как лица, употребляющие наркотики, так и лица, злоупотребляющие алкоголем.

Нами производился забор анализов для мазка, ПИФ на *Chlamidia trachomatis*, ПЦР на хламидиоз, гонорею, трихомониаз, урогенитальный герпес, а также на условно-патогенную микрофлору.

Всего было обследовано 292 человека, из них мужчин 226 человек (75%), женщин 66 (25%). Было выявлено 79 человек (27% всех обследуемых) с ИППП и инфекциями, обусловленными условно-патогенной микрофлорой. Следует отметить, что женщин среди них было 47 человек (72% всех женщин), а мужчин только 32 (14% всех мужчин).

Структура заболеваемости получилась следующая: всего обнаружен 101 случай ИППП и инфекций, обусловленных условно-патогенной микрофлорой. 55% из них (56 случаев) обусловлены *U.urealiticum*, *M.hominis*, *Candida albicans* (причём 44 — у женщин); 31% (31 случай) — хламидиоз (причём 26 — у мужчин); 12% (12 случаев) — трихомониаз (11 — женщины, 1 — мужчина); 2% (2 случая) — урогенитальный герпес (у женщин).

Микст-инфекция зарегистрирована у 19 человек (5 — мужчин, 14 — женщин), причём трихомониаз всегда выявлялся в сочетании с условно-патогенной микрофлорой.

Выводы:

1. Женщины, употребляющие наркотики и алкоголь, достоверно чаще, чем мужчины данного контингента имеют инфекцию, обусловленную условно-патогенной микрофлорой;
2. Хламидийная инфекция встречается чаще у мужчин, чем у женщин;
3. Трихомониаз всегда выявляется в сочетании с условно-патогенной микрофлорой.

РАБОТА ЦЕНТРА «ДОВЕРИЕ» КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

АМОЗОВ А.М.

Областной центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Оценить эффективность работы центра «Доверие» в Мурманской области в части уровня осведомленности несовершеннолетних в вопросах, касающихся путей передачи и клинических проявлений инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Материалы и методы: Уже более 10 лет специалисты Мурманского центра медико-социальной помощи детям и подросткам с ИППП «Доверие» ведут лечебную, консультативную, методическую и образовательную работу с молодежью города и области. Цель нашей деятельности — не столько лечить, сколько предупредить болезнь. На персонал центра возложено множество функций: совершенствование системы знаний об ИППП среди социально уязвимых групп населения — детей и подростков с целью предотвращения распространения заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, оказание медико-психологической помощи, охрана репродуктивного здоровья и др. За время работы разработана действенная система мероприятий, направленная на информирование целевой аудитории о возможности получения бесплатной и конфиденциальной медицинской и психологической помощи.

Ежегодно в исследованиях, проводимых специалистами Центра, принимают участие более 400 несовершеннолетних. Анализ результатов проведенного анкетирования, позволяет отметить, что большое количество несовершеннолетних отмечает дефицит информации об ИППП (49%); об учреждениях, где можно пройти обследование (19%). Подростки по-прежнему хотят получать информацию по вопросам сексуального поведения и ИППП не от своих сверстников, а на занятиях в школе с компетентными в этих вопросах специалистами (51%) и в медицинских учреждениях (37%). Обращает на себя внимание тот положительный факт, что среди ответов по поводу обращаемости в случае заражения ИППП — обращение в специализированный подростковый Центр занимает первое место (59%).

Благодаря постоянно проводимой санитарно-просветительской работе отмечается тенденция к снижению заболеваемости ИППП, среди молодежи формируется ответственное отношение к своему поведению, что подтверждается тем, что 49% пациентов, прошедших обследование, обратились в центр «Доверие» с профилактической целью и оказались здоровыми.

В настоящее время продолжается усовершенствование методологии по проведению профилактической работы среди детей и подростков.

Вывод: Работа центра «Доверие» является эффективным механизмом повышения качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним, координации профилактической деятельности, оказывающим влияние на социальную адаптацию, профилактику заболеваемости ИППП и сохранение репродуктивного здоровья молодежи.

МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ

БЕРДИЦКАЯ Л.Ю., СЫРНЕВА Т.А.

ФГУ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург

Заболеваемость сифилисом беременных (в расчете на 100 тыс. женщин, закончивших беременность родами) в федеральных округах региона Урала, Сибири и Д. Востока в 2002–2003 годах варьировала от 255,6 (УрФО) до 1093,3 сл. (СибФО) и в 7–10 раз превышала уровень общей заболеваемости в этих регионах. Удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин фертильного возраста в 2002–2008 годах составлял от 12,6 до 25,4%, т.е. у каждой 4–8 фертильной женщины сифилис сочетался с беременностью. Примененный комплексный методологический подход к оценке факторов риска развития врожденного сифилиса выявил в социально–личностной характеристике беременных, больных сифилисом, в том числе отсутствие большинства социально–негативных черт, им присущих в предыдущей эпидемиологический период, а именно: промискуитетного поведения, уклонения от родового наблюдения, отсутствия постоянного места жительства и регистрации (статус нерезидента), непланируемая и нежеланная беременность, употребления наркотических и психоактивных веществ. На основании изучения социально–эпидемиологических, медицинских и психологических характеристик беременных, больных сифилисом, по сравнению с условно здоровыми беременными (без сифилиса), установлены факторы риска развития врожденного сифилиса: отсутствие профессиональной занятости (55,3%), невысокий уровень материального дохода (до 3 тыс. рублей на 1 члена семьи) — 67,7%, наличие вредных привычек, в том числе курения и алкоголизации — 66,7% и 88,3% соответственно, ранний сексуальный дебют (66,7%). Определен социально–личностный портрет беременной, больной сифилисом: возраст 18–24 года (76,8%), лицо резидентного типа (96,8%), состоящая в законном (44,0%) либо гражданском браке (24,6%), безработная (55,3%). Социальный статус беременной, больной сифилисом, был ассоциирован с рядом черт личностной дезадаптации, в том числе невысоким уровнем интеллекта (37,9%), жестокостью (32,5%), зависимостью от референтной группы (30,2%). На основании проведенного исследования разработана организационная модель межведомственного взаимодействия ЛПУ, общественных организаций и образовательных учреждений по первичной и вторичной профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, а также комплекс алгоритмов межведомственного взаимодействия на различных этапах оказания медицинской помощи акушерско–гинекологических и дерматовенерологических учреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ, ПРОВЕДЕННОГО НА САЙТЕ WWW.IPPP.RU

ВАСИЛЬЕВА М.Ю.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Провести анализ результатов анкетирования посетителей сайта www.ippp.ru.

Материалы и методы: Данные анкетирования, проведенного на сайте www.ippp.ru, в котором приняли участие 1486 респондентов.

Результаты: Согласно данным проведенного анкетирования наиболее активной группой пользователей сайта www.ippp.ru являются лица в возрасте от 21 до 25 лет (29% от общего числа опрошенных); подростки в возрасте 15–16 лет и 17–18 лет составляют 15% и 18% соответственно. Наиболее активными пользователями являются девушки и молодые женщины (87% от всех респондентов, задающих вопросы в рубрике «вопросы — ответы»). Несмотря на численное преимущество, девушки и молодые женщины задают вопросы уже при наличии какой–либо патологии, в то время как юноши и молодые мужчины чаще интересуются профилактикой ИППП.

Первый сексуальный опыт посетителя сайта www.ippp.ru, по данным опроса, чаще происходит в возрасте 17–18 лет, при этом 26% респондентов готовы вступить в сексуальные отношения в первый день знакомства.

Самым распространенным методом предохранения от ИППП (по данным опроса) является презерватив, тем не менее 27% респондентов не применяют средства индивидуальной защиты. Среди источников информации относительно полового воспитания и ИППП наибольшей популярностью пользуется Интернет (27% респондентов) и общение с друзьями (22%). С родителями обсуждают тему сексуального воспитания лишь 7,5% респондентов, а специализированные уроки в школах есть лишь у 4% опрошенных. Большинство опрошенных имеют общее представление об ИППП и знают, что заражение возможно при всех видах незащищенных половых контактов. При этом наиболее защищенными от ИППП считают себя 31% респондентов, которые вступают в отношения только с постоянным половым партнером, а наиболее незащищенными считают себя респонденты, у которых нет постоянного полового партнера.

Выводы: На основании проведенного анкетирования была изучена актуальность информации по вопросам профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), размещенной в сети Интернет, определены наиболее актуальные темы для публикации на сайте и выявлены возрастные и поведенческие особенности пользователей.

Полученные данные позволяют сделать заключение о востребованности информации профилактического характера на тему сексуального здоровья и ИППП среди подростков и молодежи. Интернет на сегодняшний день является одним из наиболее востребованных источников получения информации среди подростков и молодежи, в то время как роль школы и родителей в вопросах сексуального воспитания и информации о профилактике ИППП играет незначительную роль. В основном интерес на тему ИППП проявляют девушки и молодые женщины, а тот факт, что обращения происходят уже при наличии жалоб, указывает на недостаток профилактической информации, а следовательно, указывает на необходимость постоянного обновления и увеличения источников информации относительно сексуального здоровья и ИППП.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧЕЙ–ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ СВОЕЙ РАБОТОЙ

ВАФИНА Г.Г., МИНУЛЛИН И.К.

ГМУ «Республиканский клинический кожно–венерологический диспансер», г. Казань

Цель работы: Изучить мнение врачей–дерматовенерологов, работающих в ГМУ РККВД, относительно удовлетворенности своей работой. Методы исследования: проведено анкетирование 75 врачей–дерматовенерологов, работающих в поликлинических, стационарных, хозрасчетных отделениях, кабинетах профилактических медицинских осмотров ГМУ РККВД, в том числе 16 руководителей структурных подразделений.

Результаты: Большинство опрошиваемых (61%) — врачи со стажем работы по специальности дерматовенерология более 10 лет, 20% — от 3 до 10 лет, 12% — от 1 до 3 лет, менее 1 года — 7%. На вопрос об удовлетворенности врача профессиональной деятельностью положительно ответили 76%, отрицательно — 2,7%, не совсем — 21,3%. Удовлетворены условиями труда — 33,3%, нет — 12%, не совсем — 54,6%. На вопрос «что хотелось бы изменить в условиях труда» — большинство респондентов указали «улучшить материально–техническую базу и оснащение кабинетов», «провести компьютеризацию рабочих мест». По 1,3–2,0% опрошенных лиц указали на желание увеличения зарплаты, иметь доступ в Интернет, уменьшение нагрузки на врачей. Интересным показалось то, что только 30% врачей, имеющих стаж работы менее 5 лет, хотели бы впоследствии стать руководителями. Занимаются самообразованием 100% респондентов, по 5,3% — очень редко, ввиду отсутствия времени. Наиболее доступные и популярные источники получения информации — монографии, учебники, клинические рекомендации, конференции — 90,6%, публикации в журналах, сборниках тезисов конференций, курсах повышения квалификации — 69%, Интернет — 61,3%. В качестве причин, мешающих реализации профессиональных знаний, 38,7% респондентов указывают на отсутствие адекватной зарплаты труда, социальных стимулов — 26,7%, отсутствие времени — 16%, плохое здоровье — 6,7%, отсутствие желания — 1,3%, иные причины — 16%. 67% опрошенных врачей ценят больше всего в качестве стимула в работе улучшение условий труда, 36% — публичную положительную оценку своего труда, 25,3% — получение грамот, благодарностей, 14,7% — расширение полномочий, 12% — повышение в должности, 13% — иное.

Выводы: Кадровый вопрос в любом учреждении является наиболее значимым. Анализ проведенного анкетирования позволил выработать план мероприятий по улучшению условий труда, организации труда в разрезе подразделений. Стимулирование врачей (материальное, социальное, моральное) является очень важным рычагом управления персоналом ЛПУ, особенно в период экономического кризиса.

ПРОБЛЕМЫ ЭТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ–ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

ГАЛЛЯМОВА Ю.А., ЧЕРНЫШОВА М.П.

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва

В современном российском обществе под влиянием многих факторов формируется новая ценностная парадигма, когда кардинально переосмысливаются главные этико–правовые нормы. Особенно остро процесс девальвации ценностей традиционной морали происходит в отечественной медицине. Сложившиеся взаимоотношения между врачами–дерматовенерологами и их пациентами нельзя признать оптимальными. Учитывая актуальность данной проблемы, основными задачами нашего исследования являлось выявление основных этических проблем в системе взаимоотношений дерматолог — ребенок — родители. В исследовании приняли участие 77 детских врачей–дерматологов и 96 матерей больных дерматозами детей. По результатам исследования, довольны врачом, наблюдающим ребенка, и оценивают его как специалиста высокой квалификации только треть (35,4%) опрошенных матерей. Среди причин недовольства врачом чаще всего называются излишняя торопливость (56,7%) и непосредственно связанное с ней недостаточное внимание к ребенку (56,7%). Из первых двух причин вытекает также и неумение расположить к себе ребенка (36,7%) и родителей (30%). Особенно тревожно, что 34% из них отмечают равнодушие по отношению к ребенку и 23,4% — по отношению к себе. Каждая десятая мать отмечает низкую компетентность врача и только каждая четвертая полностью ему доверяет. Особенно печальным является факт, что уверены в сохранении врачебной тайны только 22,9%. Обращает на себя внимание, что не верят в сохранение врачебной тайны чаще матери старшей возрастной группы и имеющие высшее образование, которые, вероятно, встречались с ее разглашением медицинскими работниками. По–видимому, с низкой оценкой врача как специалиста связано и то, что лишь 41,7% матерей выполняют рекомендации по лечению ребенка. На втором месте находится непонимание того, что же действительно нужно делать, на третьем — недоверие врачу. Обращает на себя внимание, что для 16,7% матерей препятствием к выполнению рекомендованного лечения является его высокая стоимость. Таким образом, основными проблемами медицинской этики являются: равнодушие и недостаточное внимание к больному ребенку и его родителям со стороны врача, неуверенность родителей в сохранении врачебной тайны, что обуславливает недоверие к врачу, его невысокую оценку как специалиста родителями и, как следствие, неудовлетворенность качеством медицинской помощи и невыполнение назначений и рекомендаций.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

ГАРИФУЛЛИНА И.В., МИНУЛЛИН И.К., БИЛЬДЮК Е.В., ВАФИНА Г.Г.

ГМУ «Республиканский клинический кожно–венерологический диспансер», г. Казань

На сегодняшний день уровень заболеваемости ИППП и ЗКЗ в целом по России продолжает оставаться высоким. В связи с этим система профилактических медицинских осмотров является наиболее эффективным профилактическим мероприятием, дающим возможность охватить максимальное количество трудоспособного населения.

Профилактические медицинские осмотры, как одно из направлений по сохранению и охране жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, регламентируются трудовым законодательством. Статья 213 Трудового кодекса Российской Федерации предусматривает медицинские осмотры некоторых категорий работников, а именно:

- в целях предупреждения профессиональных заболеваний;
- в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

Таким образом, в указанной статье сконцентрированы две группы медицинских осмотров, объединенных одним названием, но являющимися по своим целям, задачам, контингенту абсолютно разными видами медицинской деятельности. Цель медицинских осмотров, указанных в ч. 2 ст. 213 ТК РФ — это прежде всего предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Правительство Российской Федерации в декабре 2004 г. Постановлением № 715 утвердило Перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В указанный перечень наряду с чумой, холерой, сибирской язвой и др. инфекциями вошли и ИППП. В большинстве регионов в регламенте медицинского освидетельствования на ИППП и ЗКЗ создан правовой вакуум. В сложившейся ситуации в Республике Татарстан была разработана и эффективно действует модель медицинского освидетельствования лиц декретированных категорий, которая позволяет оперативно осуществлять взаимодействие между кабинетами профилактических медицинских осмотров и поликлиническими отделениями кожно-венерологической службы. Учитывая важность и высокую социальную значимость медицинского обследования на ИППП и ЗКЗ, а также в рамках Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» на территории Республики Татарстан кабинет министров Постановлением от 15.02.2008 № 89 (в ред. от 28.02.2008 № 126) «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров (обследований) определенных категорий работников на ИППП и ЗКЗ» утвердил Временный перечень категорий работников, а также порядок проведения медицинских осмотров на базе кожно-венерологических учреждений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ГИЛЬМУТДИНОВА И.В., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ВЫГОВСКАЯ Т.Л., АЮПОВА В.З.

Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Уфа

Цель работы: Усовершенствовать методы современной реабилитации больных хроническими дерматозами.

Методы и технологии: Общеклинические, лабораторные, функциональные, статистические, бальнеологические.

За последние четыре года в РБ наметился существенный подъем заболеваемости хроническими дерматозами: среди взрослого населения заболеваемость псориазом выросла на 18%, а атопическим дерматитом и нейродермитом — на 25%. Вместе с тем выявлен рост показателей инвалидности по РБ по причине заболеваний кожи хроническими дерматозами. Причем наибольший удельный вес в структуре причин инвалидности взрослых составил псориаз (45%) и атопический дерматит (15,6%), что указывает на большую социальную значимость проблемы хронических дерматозов в РБ.

Проведенное анкетирование показало, что 82% опрошенных больных этой группы не удовлетворены и разочарованы стандартными видами лечения. В соматическом стационаре обследованы 120 больных псориазом и 60 больных атопическим дерматитом. У всех пациентов были достоверно выявлены признаки нарушения функции гепатобилиарной системы и дисбиоз толстого кишечника совместно с лямблиозом. С учетом полученных данных этим больным с целью элиминации эндотоксинов на стационарном этапе были назначены энтеросорбенты, антипротозойные препараты, гепатопротекторы и диетотерапия. С целью восстановления микробиотоза толстого кишечника у 110 больных псориазом и 35 больных атопическим дерматитом использовалась курсовая терапия препаратом йогурлакт. На постклиническом этапе у 105 больных с псориазом и 30 с атопическим дерматитом использовались местные бальнеологические факторы курорта Красноусольск — высокоминерализованные сульфидно-хлоридные ванны с содержанием радона и иловые грязи в трех режимах, а также слабощелочные сульфатно-кальциевые и хлоридно-натриевые питьевые воды в комбинации с кумысолечением. Отдаленные результаты (3 года) позволили достоверно подтвердить эффективность метаболического подхода к патогенетической терапии больных хроническими дерматозами.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП В СОВРЕМЕННОЙ ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

ДОЛЖЕНИЦИНА Н.А., ГРУДЦЫНА И.В., ШПАКОВА Н.А.

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Иркутск

Современный уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, характеризуется высокими показателями инфицированности подростков 15–17 лет и молодежи 18–29 лет с преимущественно высокими показателями заболеваемости в возрасте 18–19 лет.

На протяжении пяти последних лет в Иркутской области заболеваемость сифилисом среди подростков 115,0 на 100 тысяч населения данной возрастной группы, что на 20% превышает областные показатели, среди молодежи 18–19 лет 271,1, в 2 раза превышает показатели заболеваемости в области. Наше учреждение на протяжении последних семи лет активно занимается разработкой эффективных технологий профилактики ИППП.

На базе детско-подросткового центра в течение последних 3 лет при проведении различных профилактических программ проводилось анкетирование подростков и молодежи. Общее количество анкетированных более 500 человек. В результате анкетирования отмечено, что среди подростков и юной молодежи стабильно укоренилось поведение сексуального риска. Раннее начало сексуальных отношений 78%, краткосрочное сексуальное партнерство от 1,5 месяцев (23%) до 6 месяцев 54%, до года 18% и более года устойчивые сексуальные отношения (5%). Для заболеваемости данных возрастных групп характерна половая диспропорциональность с резким уклоном в сторону девочек и девушек (75%) в возрасте 15–18 лет. В данной группе преобладают половые контакты с более старшим возрастом (64%).

Особенностью отношения к вопросу профилактики ИППП в юном возрасте является безразличие (48%), объясняя это тем, что проблема преувеличена, половые инфекции лечатся, последствий нет. До 40% подростков и юниоров знают о ИППП, но не придерживаются под предлогом неудобства или нежелания использовать средства индивидуальной защиты.

Наряду с этим подросткам и молодежи неинтересна наглядная информация: буклеты, памятки, брошюры — 87% «прочитал и бросил».

С 2003 года в области активно используются компьютерные обучающие программы, обучающие фильмы, онлайн-консультирование на сайте www/venega.irk.ru. В 2009 году изданы профилактические радиоинсценировки, дискосценарии.

Постоянно работая над широкомасштабными формами профилактики ИППП, Иркутская область с 2008 года стала использовать профилактические акции с проведением дискотек или развлекательных программ в популярных молодежных клубах.

Разработан сценарий, который предусматривает три направления: чем опасен сексуальный риск, самолечение и его последствия, меры индивидуальной профилактики. Анкетирование участников акций — 480 человек, в том числе 220 учащихся школ, 80 училищ, 180 участников дискотеки развлекательного центра, показало 100%-ный интерес к данной форме медицинского просвещения. Наиболее популярна презентация средств индивидуальной профилактики. Для желающих раздаются приглашения на профилактический осмотр. Из розданных приглашений в мае 2009 года на профилактический осмотр явились 38 человек (7,9%), выявлена патология у 24 человек (63%) от числа обратившихся.

Повторное анкетирование в школах, проведенное через 3 месяца, показало, что 47% опрошенных ответили положительно на вопросы использования средств личной профилактики при сексуальных контактах, лечение только у врача в специализированном медицинском учреждении и 70% отказались от случайных контактов в первый день знакомства на улице, дискотеке или в баре.

Учитывая высокий интерес юной молодежи к данной форме санитарного просвещения, целесообразно в рамках ФЦП создать методический центр современных обучающих технологий с привлечением профильных специалистов для разработки программ профилактики ИППП для работы в различных аудиториях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В ДРУЖЕСТВЕННЫЕ КАБИНЕТЫ, ОРГАНИЗОВАННЫЕ НА БАЗЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.ТАШКЕНТА

ИБРАГИМОВ Ш.И., ЮЛДАШЕВ К.А., АТАБЕКОВ Н.С., МАНГИТОВ А.К., ИЗВЕКОВА О.В.

НИИ дерматологии и венерологии, РЦ СПИД, г. Ташкент

Для изучения обращаемости и наиболее часто встречающихся причин, по которым обращаются в ДК, нами была изучена деятельность нескольких дружественных кабинетов, расположенных на базе кожно-венерологических учреждений г. Ташкента, — НИИ ДиВ, РККВБ, при КВД № 7 и при КВК ЦРП Бектемировского района.

В течение 3 лет (2006–2008 гг.) в дружественные кабинеты обратились 3 394 человека, среди которых в целом отмечалось превалирование женщин (1 894 человека, 55,8%).

Практически в 100% случаев у обратившихся пациентов были выявлены различные синдромы, причем в подавляющем числе — одновременно 2, реже — три. В среднем на одного пациента выявлено 1,38 синдрома.

При этом у 83,2% из числа обратившихся женщин отмечен синдром «выделения из влагалища», у 19,1% из числа обратившихся мужчин — «отечность мошонки».

Подробный анализ с определением полового состава пациентов при различных синдромах проведен по данным двух ДК, функционирующих при НИИ дерматологии и венерологии и Республиканской клинической кожно-венерологической больнице.

В отчетном периоде в эти два кабинета всего обратилось 1 969 пациентов, 1 579 — в ДК при НИИДиВ и 390 — в ДК при РККВБ. Подавляющее количество обратилось впервые — 98,9%, повторное обращение зарегистрировано в 1,9% случаев.

Проведенный анализ выявления различных синдромов показал следующее.

Синдром «выделения из влагалища» был выявлен у 89,9% женщин. Частота выявления синдрома «отечность мошонки» у обратившихся пациентов составила 26,2%, т.е. данный синдром зарегистрирован у каждого четвертого обратившегося мужчины. Синдром «паховый бубон» выявлен у 14% обратившихся пациентов.

Синдром «выделения из уретры» в 99 и 97% случаев выявляется у мужчин, а синдром «боль внизу живота» — в 88% и 96% — у женщин. Синдромы «генитальная язва» и «генитальный герпес» зарегистрированы у 23,2% и 6,7% обратившихся лиц.

Таким образом, проведенный анализ показал, что практически у всех обратившихся зарегистрированы различные синдромы, характеризующие наличие заражения ИППП и их активное проявление, что значительно повышает риск их передачи при незащищенных половых контактах. Проведение синдромной диагностики и лечения пациентов из групп рискованного поведения будет способствовать профилактике инфекций, передающихся половым путем, а также ВИЧ/СПИД.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

КЕНИКСФЕСТ Ю.В., КУНГУРОВ Н.В., ЗИЛЬБЕРБЕРГ Н.В.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

За период реформирования здравоохранения 2004–2008 гг. произошли изменения структуры финансирования специализированной медицинской помощи, в том числе и при оказании ее детям и подросткам. Возникла необходимость в разработке и внедрении комплексных программ, подкрепленных нормативными документами, направленных на повышение доступности и результативности оказания специализированной помощи детям и подросткам, страдающим хроническими дерматозами. Единичные приказы в отдельных регионах носят узконаправленный характер, не предусматривают взаимосвязь и преемственность амбулаторно-поликлинического, госпитального и восстановительного этапов, диспансеризации в целом. Вместе с тем только за последние 3 года отмечается рост в 1,7 раза регистрируемой заболеваемости болезнями кожи среди детей и подростков, в структуре которой существенно возрос удельный вес хронических дерматозов, остается высоким уровень инвалидизации по причине заболеваний кожи и подкожной клетчатки среди детского населения. Кроме того, увеличилось число обоснованных жалоб родителей, обусловленных неудовлетворенностью качеством и эффективностью оказания специализированной помощи детям, больным дерматозами.

ФГУ УрНИИДВиИ разработана научно обоснованная модель организации специализированной помощи детям, страдающим хроническими дерматозами, которая включает в себя маршрутизацию пациентов на этапах оказания амбулаторно-поликлинической помощи на уровне первичного медицинского звена — врачей общей практики (семейных врачей) и врачей дерматовенерологов, а также на этапе специализированной медицинской помощи в условиях стационара.

Внедрение разработанной ФГУ УрНИИДВиИ системы взаимодействия между первичным медицинским звеном и врачами дерматовенерологами при оказании специализированной помощи детям и подросткам, больным хроническими дерматозами позволит повысить качество и доступность специализированной помощи детям.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ КОЖИ

КОХАН М.М., КУКЛИН И.А., МАРЦИНКОВСКИЙ Д.А., РИМАР О.Г.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Проведен анализ данных стандартизованных анкет по состоянию заболеваемости и организации специализированной дерматологической помощи больным злокачественными лимфомами кожи (ЗЛК) в 33 кожно–венерологических диспансерах (КВУ) Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов.

Изучен кадровый состав врачей–дерматовенерологов КВУ, вопросы диагностики, регистрации и характера организации диспансерного наблюдения за пациентами с верифицированными диагнозами и подозрением на наличие ЗЛК, а также качество оказания медицинской помощи, в том числе с использованием утвержденных национальных стандартов и технологий; лечебные методы, используемые в КВУ; особенности взаимодействия со специалистами онкологами и гематологами; численность больных, имеющих инвалидность различных групп по ЗЛК.

Установлены трудности в определении общей и госпитальной заболеваемости, патологической пораженности ЗЛК на территориях вследствие отсутствия адекватных статистических учетных форм. Фактические данные свидетельствуют также о недостаточном объеме организационной, диагностической, лечебной и диспансерной работы с контингентом больных ЗЛК и категорией пациентов, находящихся в преддиагностическом периоде. Выявленные недочеты, в том числе и при взаимодействии со смежными специалистами, в оказании медицинской специализированной помощи указанным группам пациентов требуют дальнейшего комплексного анализа и формирования научно–обоснованных рекомендаций, в том числе для подготовки предложений по принятию управленческих решений.

К ВОПРОСУ О КООРДИНАЦИИ РАБОТЫ КОЖНО–ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ШТАБОВ И МЕЖВЕДОМСТВЕННЫХ КОМИССИЙ

КУНГУРОВ Н.В., ЗИЛЬБЕРБЕРГ Н.В., УФИМЦЕВА М.А.

«Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Современная эпидситуация по заболеваемости сифилисом на территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока характеризуется негативными тенденциями, на высоком уровне остается заболеваемость сифилисом среди беременных, продолжают регистрироваться случаи раннего врожденного сифилиса. В структуре общей заболеваемости сифилисом отмечен высокий удельный вес ранних латентных форм, рост поздних форм и нейросифилиса, что диктует необходимость разработки и внедрения новых, соответствующих требованиям современной эпидситуации профилактических и противоэпидемических мероприятий. УрНИИДВИИ была создана комплексная программа, координирующая работу КВУ, штаба (при Министерстве (Департаменте) здравоохранения субъекта Федерации) и Межведомственной комиссии (МВК) (при Правительстве субъекта Федерации по проблемам соц. инфекций), направленная на стабилизацию и снижение заболеваемости сифилисом. В рамках данной программы решаются следующие задачи: на уровне КВУ — мониторинг заболеваемости; контроль за адекватным и своевременным применением медицинских технологий в соответствии с лицензионными требованиями и условиями; контроль за результативностью противоэпидемических мероприятий (через систему оценки целевых индикаторов качества); оперативная подготовка внутри–учрежденческих приказов по КВУ; подготовка аналитических справок, проектов документов исполнительных органов в сфере ЗО субъекта Федерации. На уровне штаба — обеспечение эффективного взаимодействия дерматовенерологов и врачей первичного звена (в т.ч. скринингового серологического обследования населения на сифилис): подготовка аналитических справок и разработка проектов приказов по внедрению комплекса профилактических и противоэпидемических мер для рассмотрения на МВК; своевременное и адекватное ресурсное обеспечение ЛПУ (кадровое, финансовое, материально–техническое) для выполнения вышеперечисленных задач. На уровне МВК — обеспечение эффективного взаимодействия министерств и ведомств по противоэпидемической и профилактической работе среди различных групп населения; контроль за выполнением главами муниципальных образований функций профилактики сифилиса и организация адекватного и эффективного взаимодействия государственных, муниципальных и негосударственных структур; подготовка проектов законов, постановлений правительства, региональных программ, направленных на снижение заболеваемости сифилисом и защиту населения от других ИППП.

АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ КОЖНО–ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОВРЕМЕННЫМ ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ И УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КУНГУРОВ Н.В., УФИМЦЕВА М.А., ЗИЛЬБЕРБЕРГ Н.В.

«Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Происходящие в последние годы стремительные изменения в экономике страны привели к созданию новых условий, в которых приходится функционировать лечебным учреждениям. Поскольку одной из приоритетных задач института является осуществление научного и организационного сопровождения работы специализированных лечебно–профилактических учреждений, методом экспертной оценки был проведен анализ показателей, характеризующих соблюдение лицензионных требований в 42 КВУ Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО. Распространенной причиной нарушений лицензионных требований и условий оказания специализированной медицинской помощи явилось неудовлетворительное состояние материально–технической базы КВУ. В 2007 г. в 22 (52,4%) КВУ износ здания составил более 50,0%, а в 11 из них — более 80,0%. В капитальном ремонте и реконструкции нуждались 37 (88,1%) КВУ. Кроме того, отделения в 4 (9,5%) КВУ располагались в приспособленных помещениях, не имеющих водоснабжения и отопления. Приведенная экспертная оценка медицинского оборудования и правильности его эксплуатации показала, что в 28 (66,6%) КВУ износ медицинского оборудования составил свыше 50%, причем в 21 из них — более 70%. Обращает внимание, что договор на сервисное обслуживание медицинского оборудования и план его проведения, а также план и договор на проверку измерительного оборудования имели не все учреждения (90,6 и 93,8% соответственно). Получили предписания санитарно–эпидемиологической службы в 2007 г. 14 (33,3%) КВД и лишь 6 (42,8%) из них выполнили данные предписания в полном объеме. Предписания МЧС и пожарной службы были выданы 27 (64,3%) КВД; лишь в 5 (18,5%) из них были

полностью реализованы. В 39 (90,5%) КВУ на июль 2008 г. использовались не утвержденные в соответствии с действующим законодательством медицинские технологии. Лишь в 4 (9,5%) КВУ данные о медицинских технологиях были размещены в доступном для пациентов месте. В 2007 г. лишь в 9 (47,4%) из 19 субъектов Федерации все врачи КВУ вовремя (в течение последних пяти лет) подтвердили свою квалификацию на ФПК, в 12 (66,6%) из 18 территорий врачи-лаборанты своевременно прошли соответствующее обучение, в 9 (56,3%) из 16 территорий — лаборанты и в 6 из 17 (35,3%) территорий — медицинские сестры. Приведенный анализ позволил обосновать комплексную программу, обеспечивающую организацию работы КВУ в строгом соответствии с действующими лицензионными требованиями и условиями функционирования специализированных дерматовенерологических медицинских учреждений.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОТАНОВ С.В., СОЛОМКА В.С., ПОЛЕВЩИКОВА С.А., ФРИГО Н.В., ЛЕСНАЯ И.Н.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Разработка стандартных требований к организации деятельности специализированных лабораторий лечебно-профилактических учреждений дерматовенерологического профиля (КВД) субъектов Российской Федерации, осуществляющих диагностику ИППП.

Методы и технологии: Для реализации поставленной цели исследования в 2007 году в ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» было проведено анкетирование 86 специализированных лабораторий КВД субъектов РФ. Анкета включала перечень вопросов по состоянию организации, материально-технических и кадровых ресурсов лабораторий, видам выполняемых исследований.

Результаты: Анализ результатов анкетирования выявил: недостаточную обеспеченность специализированных лабораторий КВД основным и вспомогательным лабораторным оборудованием с преобладанием значительной доли устаревшего оборудования; неполную комплектацию квалифицированными кадрами высшего и среднего звена, что может оказывать большое влияние на качество диагностики ИППП, привести к неполной регистрации ИППП и получению неточных данных при осуществлении контроля над этими заболеваниями. В соответствии с результатами анализа состояния специализированных лабораторий КВД субъектов РФ были определены стандартные требования к организации деятельности специализированных лабораторий КВД: требования к помещениям; к оснащенности лабораторий испытательным и вспомогательным оборудованием; к персоналу и режиму работы специализированных лабораторий КВД с учетом санитарных правил и норм, принятых в РФ; к проведению серологических, микробиологических и молекулярно-генетических исследований по диагностике ИППП с использованием современных регламентированных методов исследования, разрешенных к применению диагностических наборов и тест-систем; к проведению на постоянной основе внутрилабораторного контроля качества и участию во внешнем контроле качества лабораторных исследований по диагностике ИППП.

Выводы: Внедрение стандартных требований к организации деятельности специализированных лабораторий КВД субъектов РФ, осуществляющих диагностику ИППП, будет способствовать: улучшению материально-технического состояния; повышению квалификации персонала высшего и среднего звена; внедрению в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения ИППП, что позволит поднять диагностику ИППП на более высокий уровень и будет способствовать снижению показателей заболеваемости.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ И ВИРУСНЫМИ ИППП В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

РАЗУМОВА С.А., МАСЮКОВА С.А., ШЕГАЙ М.М.

Кафедра дерматовенерологии ГИУВ МО РФ, медицинский центр Астерии, г. Москва

В условиях реформирования системы здравоохранения возникают определенные трудности, препятствующие повышению качества услуг. В последние годы были опубликованы несколько национальных и межнациональных согласованных заявлений по оптимальной оценке и лечению ИППП.

Одним из наиболее перспективных способов повышения эффективности профилактики и лечения бактериальных и вирусных ИППП является внедрение в медицинскую практику методологии клинического аудита (КА). Клинический аудит предполагает проведение циклической оценки медицинской помощи больным бактериальными и вирусными ИППП с целью выявления недостатков лечебно-диагностических мероприятий для их устранения.

Целью нашего исследования было оценить применение КА для повышения эффективности медицинской помощи больным бактериальными и вирусными ИППП в первичном звене здравоохранения.

Исследование было проведено на базе многопрофильного медицинского центра Астерии в два этапа. Первый цикл аудита — оценка соответствия мероприятий первичной помощи, оказанной больным бактериальными и вирусными ИППП, положениям Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению ИППП; разработка решений по устранению выявленных недостатков. Второй цикл аудита — анализ изменений лечебно-диагностической помощи больным бактериальными и вирусными ИППП после внедрения решений, разработанных в ходе первого цикла аудита. Методика сбора данных — ретроспективный анализ амбулаторных карт больных, имеющих отметку о постановке диагноза вышеуказанных ИППП, собеседование с персоналом и пациентами, осмотр и ведение больных.

Результаты КА документировались, разбирались на конференциях коллектива организации и использовались для улучшения работы.

Для устранения выявленных недостатков был разработан и внедрен в практическую работу медцентра протокол ведения больных бактериальными и вирусными ИППП в первичном звене.

Использование КА в лечебной практике может способствовать совершенствованию первичной помощи больным бактериальными и вирусными ИППП путем перехода от статистического контроля к динамическому улучшению качества.

РАБОТА НА ПЕРСПЕКТИВУ: ИННОВАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП

СЕНЧУГОВ С.В.

ГМУ Республиканский клинический кожно–венерологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Нарастание в современном российском социуме на фоне экономического кризиса социально негативных явлений и тревожная тенденция к увеличению девиантности поведения в самых различных его проявлениях: употребление алкоголя и др. ПАВ, нарастание уровня агрессии, «экстрим» — форм проведения досуга и деятельности, сексуальной вседозволенности и т.д., вызывает настоятельную необходимость многостороннего воздействия при проведении различных профилактических, в т.ч. и по профилактике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), мероприятий. ИППП являются социально значимыми заболеваниями. «Социально значимые заболевания — заболевания, обусловленные преимущественно социально–экономическими условиями, приносящими ущерб обществу и требующие социальной защиты человека». Учитывая концептуальность этого определения, РККВД впервые в РФ приступил к реализации профилактической работы с новых позиций. Руководство Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ (МТЗиСЗ РТ) и Республиканского центра социально–психологической помощи населения «Зеркало» (РЦСППН), РККВД МЗ РТ добились полного и ясного взаимопонимания, позволившего принимать стратегически верные и адекватные управленческие решения, в результате которого сформировался работоспособный и эффективный тандем службы дерматовенерологии МЗ РТ и РЦСППН «Зеркало».

Отдел профилактики РККВД принимал активное участие в мероприятиях, проводимых РЦСППН «Зеркало»:

- разработка и реализация пилотного проекта «Организация специализированной смены по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних из семей группы социального риска в летнем оздоровительном лагере»;
- разработка и апробация подпрограммы «Социально–психологическое сопровождение семейных форм жизнеустройства приемных детей» в рамках республиканской программы «Дети Татарстана»;
- реализация пилотного проекта «Программа комплексной реабилитации социально–психологического здоровья семей, находящихся в социально опасном положении»;
- реализация республиканской программы «Психолого–педагогическая реабилитация несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию»;
- проведение республиканского «круглого стола» «Законодательство и правоприменительная практика защиты прав пациентов при получении медицинской помощи и услуг» и проведение мастер–класса «Юридическая защита врача и ЛПУ», проведенных под патронажем АНО «Исследовательский центр по проблемам прав человека и народов», МТЗ и СЗ РТ и Уполномоченным по правам человека в РТ;
- проведение республиканского научно–практического семинара «Инновационные технологии в социальной сфере», проведенного в рамках республиканской комплексной программы «Интеграция инвалидов в общество» с пленарным докладом «Геронтологические аспекты приверженности лечению» и проведение мастер–класса «Профилактика ИППП в учреждениях социальной защиты» для руководителей учреждений, психологов и социальных работников системы МТЗ и СЗ РТ;
- обучение на научно–практических семинарах (тренинги) «Система первичной профилактики аддиктивного и девиантного поведения» и «Программа психосоциальной работы с женщинами, находящимися в трудной жизненной ситуации» (под патронажем НП «Ассоциация психологов РТ»);
- научное консультирование создания методического пособия «Практическое руководство по внедрению «Технологии социально–консультативной службы по вопросам защиты прав ребенка» для учреждений социальной сферы, оказывающих помощь семьям и детям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации (под патронажем МТЗ и СЗ РТ и НИИ семьи и воспитания Российской академии образования, г. Москва);
- супервизорская деятельность для сотрудников РЦСППН, в т.ч. проведение тренингов, ролевых игр и пр.

Опыт совместной работы позволил реализовать профилактическую деятельность с позиций системности, последовательности, целостности, повышая её эффективность, способствуя снижению социально негативных явлений в обществе и, в перспективе, позволит снизить заболеваемость ИППП.

КЛИНИКО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ГУЗ «ГОРОДСКОЙ КВД» САНКТ–ПЕТЕРБУРГА

СМИРНОВА И.О., СМОРНОВА Т.С., ГРИГОРЬЕВА Н.С., ТУХТАРОВА М.В., САВОСЬКИН А.Н., ПЕТРОВА Н.Н., ДУДКО В.Ю.

Санкт–Петербургский государственный университет, медицинский факультет, ГУЗ «Санкт–Петербургский Городской КВД», г. Санкт–Петербург

Психосоматическое отделение (ПСО) создано в ГУЗ «Санкт–Петербургский Городской КВД» (СПб ГорКВД) в 2003 году для стационарного лечения больных дерматологического профиля с психосоматическими расстройствами. Врачебная помощь оказывается врачом–психиатром и дерматологом. Среди получающих лечение в ПСО СПб ГорКВД преобладают больные в возрасте старше 60 лет (более 40% в год). Подавляющее большинство пациентов (до 78,8%) не работают, в том числе около 30% в связи с инвалидностью по психическому заболеванию. В ходе анализа структуры дерматологической патологии выявлено абсолютное преобладание больных с «классическими» психосоматическими дерматозами — экземой и псориазом (33% и 31,4% соответственно). В то же время удельный вес атопического дерматита не превышает 6,0%. По–видимому, пациенты молодого возраста, страдающие этим заболеванием, не создают очевидных проблем в плане социальной адаптации и не направляются на госпитализацию в ПСО. Доля пациентов с психическими расстройствами с преимущественной проекцией на кожные покровы (патомимией, невротическими эксфолиациями и др.) составляет около 2% в год. В ходе анализа структуры психической патологии установлено, что расстройства адаптации превышают 30% наблюдений. Ведущим психопатологическим синдромом в этих наблюдениях является тревожный. У 28% больных диагностируется аддикция от психоактивных веществ, как правило, алкоголизм, у 19% — психотические расстройства. Во время госпитализации в ПСО расстройство психики впервые диагностируется у 66,2% человек, в том числе у 13,3% расстройства психики психотического уровня (шизофрения, маниакально–депрессивные расстройства сознания, делирии и др.). Остальные пациенты в прошлом обращались к психиатру и либо поступают по направлению из психиатрических лечебно–профилактических учреждений, либо ранее получали лечение в ПСО.

Таким образом, для пациентов, получающих лечение в ПСО СПб ГорКВД, характерна высокая частота впервые выявляемой психической патологии, коморбидной дерматозам. На госпитализацию направляются больные с «классическими» психосомати–

ческими дерматозами, а также пациенты с различными дерматозами старше 60 лет. Для оптимизации работы ПСО необходима детализация показаний для госпитализации, а также обеспечение преемственности и координации деятельности ПСО и психиатрических лечебно-профилактических учреждений.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ — ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЧЕСОТКА»

СЫРНЕВА Т.А., КОРЮКИНА Е.Б.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

В 2009 году в КВУ Свердловской области впервые был осуществлен мониторинг эффективности стандартизованных медицинских технологий, регламентированных приказом МЗ РФ от 24.04. 2003 г. № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка». Инструментом исследования, с помощью которого осуществлялся мониторинг, явилась стандартизованная карта пациента (приложение 3 протокола). Группа обследованных пациентов составила 250 человек, из них 42,8% мужчин и 57,2% женщин. Средний возраст пациентов составил $23,4 \pm 5,6$ лет. В соответствии с требованиями протокола рандомизация пациентов не проводилась. Критериями и признаками, являющимися основанием для включения в протокол, были: зуд, усиливающийся в вечернее время, высыпания полиморфного характера на туловище и конечностях, наличие на коже «чесоточных ходов». Микроскопическое исследование осуществлялось с частотой $0,8 \pm 0,08$ исследований на одного пациента. Неосложненная форма чесотки была зарегистрирована в $78,00 \pm 0,26\%$ случаев. У $15,2\% \pm 0,26\%$ чесотка сочеталась с пиодермией, у $6,8 \pm 0,26\%$ — с различными алергодерматозами. Алгоритм и особенности оказания немедикаментозной помощи (первичный осмотр, сбор анамнеза, дерматоскопия) полностью соответствовали нормативному показателю и проводились однократно всем 250 пациентам ($p < 0,023$). Количество приемов с целью установления диагноза, назначения терапии и для контроля эффективности лечения составило в среднем $3,3 \pm 0,09$ посещений при эталонном показателе, равном пяти осмотрам ($p < 0,001$). Лечение больных проводилось регламентированными протоколом: Бензилбензоатом ($66,8 \pm 0,56\%$), Спрегалем ($26,0 \pm 0,37\%$), Медифоксом ($7,2 \pm 0,48\%$). Осложнений при лечении Спрегалем и Медифоксом зарегистрировано не было. При использовании крема либо мази Бензилбензоата у $22,75 \pm 0,48\%$ пациентов отмечен контактный дерматит. У $26,8 \pm 0,36\%$ основное лечение дополнялось назначением антигистаминных, седативных препаратов, антибиотиков, стероидных мазей, анилиновых красителей. В соответствии с классификатором исходов выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса зарегистрировано у $71,6 \pm 0,56\%$ больных, восстановление здоровья с частичным нарушением функции (наличие посткабиозного зуда) у $10,8 \pm 0,56\%$, отсутствие эффекта у $2,4 \pm 0,56\%$, развитие ятрогенных осложнений (контактного дерматита) у $15,2 \pm 0,56\%$ ($p < 0,001$). Соответствие лечения требованиям протокола наблюдалось в $76,4 \pm 0,41\%$. Таким образом, мониторинг реализации практических действий врача, регламентированных протоколом ведения больных «Чесотка», показал, что требования специалистами выполняются практически в полном объеме.

2. ДЕРМАТОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ УФА-1 ДИАПАЗОНА (320–400 НМ) У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

АВДИЕНКО И.Н., КУБАНОВ А.А.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Оценить влияние дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии на динамику кожного процесса у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: Обследовано 40 больных атопическим дерматитом в возрасте от 17 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении клинической дерматологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий». Из них 16 мужчин и 24 женщины в возрасте от 18 до 60 лет (в среднем $27,2 \pm 8,7$ лет) и давностью заболевания от 17 до 38 лет. Для оценки тяжести кожного статуса использовали индекс SCORAD. Всем больным проводили дальнюю длинноволновую ультрафиолетовую терапию, которую назначали наряду с комплексным медикаментозным лечением: антигистаминные, дезинтоксикационные, седативные препараты, наружная терапия. Процедуры дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии проводили 4–5 раз в неделю.

Результаты: Количество процедур на курс лечения составило $19,3 \pm 4,7$. Процедуры начинали с начальной разовой дозы 5–15,0 Дж/см² с последующим ее увеличением на 5–10 Дж/см² через каждые 1–2 сеанса. При этом максимальная разовая доза облучения равнялась 15–30 Дж/см². Величина кумулятивной дозы облучения на курс лечения составила $386,4 \pm 134,8$ Дж/см². Переносимость УФА-1 у больных атопическим дерматитом в целом по группе была удовлетворительная. Среди побочных эффектов отмечалось усиление сухости кожи у 15 больных, вторичная гиперпигментация — у 28. В то же время при проведении процедур дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии большинство больных отмечали чувство жара, которое было обусловлено тепловым излучением ламп. При анализе полученных результатов было установлено, что после проведенного курса терапии клиническое выздоровление достигнуто у 9 больных, значительное улучшение — у 17, улучшение — у 11 пациентов. Отсутствие эффекта от проводимой терапии наблюдалось у 2 больных. Таким образом, до лечения индекс SCORAD в среднем по группе равнялся $68,84 \pm 13,03$ и статистически достоверно снизился после проведенного курса лечения до $21,33 \pm 16,5$ ($p < 0,001$).

Выводы: Результаты данного исследования указывают на клиническую эффективность дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии в комплексном лечении пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением атопического дерматита.

ВЛИЯНИЕ ДАЛЬНЕЙ ДЛИННОВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

АВДИЕНКО И.Н., КУБАНОВ А.А.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Оценить системное влияние ультрафиолетового излучения УФА-1 диапазона на больных атопическим дерматитом на основании изучения показателей клеточного иммунитета.

Материалы и методы: У 11 больных атопическим дерматитом исходно и после курса УФА-1 терапии исследовано изменение субпопуляционного состава циркулирующих лимфоцитов методом проточной цитофлуориметрии на цитометре Epics XL (Beckman Coulter, США). Среднее количество процедур УФА-1 терапии составило $18,9 \pm 4,4$ со средней курсовой дозой облучения $382,1 \pm 133,5$ Дж/см². Исследовали следующие показатели клеточного иммунитета: В-лимфоциты (CD3–CD19+), Т-лимфоциты (CD3+CD19–), Т-хелперы (CD3+CD4+), цитотоксические Т-лимфоциты (CD3+CD8+), Т-активированные лимфоциты (CD3+HLA–DR+), натуральные киллеры (CD3–CD16+/56+), Т-лимфоциты с функцией натуральных киллеров (CD3+CD16+/56+).

Результаты: При сравнении относительных и абсолютных величин изучаемых показателей иммунного статуса исходно и после проведенного лечения статистически достоверных различий не было выявлено. Обнаружена тенденция к повышению относительных значений Т-лимфоцитов с $77,9 \pm 6,7\%$ до $80,3 \pm 6,6\%$ ($p=0,08$).

Выводы: Полученные данные свидетельствуют об отсутствии действия УФА-1 терапии на иммунологические показатели периферической крови больных атопическим дерматитом.

ЗНАЧЕНИЕ HELICOBACTER PYLORI В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА

АРИФОВ С.С., БАБАДЖАНОВ О.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз, г. Ташкент

В настоящей работе изучена частота встречаемости *Helicobacter pylori* у больных розацеа.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 28 больных розацеа (мужчин — 10, женщин — 18) в возрасте от 18 до 51 года с различными стадиями заболевания. Длительность заболевания колебалась от 2 мес. до 13 лет. Эритематозная стадия диагностирована у 6 больных, папулезная — у 17 и пустулезная — у 5. Сопутствующие заболевания выявили у 12 больных. Из них 9 больных страдали патологией желудочно-кишечного тракта (поверхностный антральный гастрит — 5, язвенная болезнь желудка — 2, хронический холецистит, поверхностный гастродуоденит — 2), 3 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь — 2, ИБС — 1). Контрольную группу составили 14 больных, страдающих другими дерматозами (псориаз — 5, нейродермит — 4, экзема — 5). Наличие *Helicobacter pylori* у больных розацеа определяли специфическими иммуноглобулинами к антигену *Helicobacter pylori* с помощью метода ИФА.

Результаты исследования показали, что у 15 из 28 больных розацеа было определено наличие антигенов *Helicobacter pylori*. Из 15 больных розацеа, у которых были обнаружены антитела к *Helicobacter pylori*, 7 страдали заболеванием желудочно-кишечного тракта и 8 — не имели данную патологию. Из 14 больных, страдающих другими дерматозами, только у 3 были выявлены антигены *Helicobacter pylori*.

Таким образом, наши исследования показали, что частая встречаемость *Helicobacter pylori* у больных розацеа свидетельствует о патогенетическом значении этой инфекции в возникновении данного дерматоза.

СОДЕРЖАНИЕ ФОСФОЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

¹АРИФОВ С.С., ¹СААТОВ Б.Т., ²УМЕРОВ О.И., ¹ИСМАГИЛОВ А.И.

¹ Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,

² Институт биохимии АН РУз, г. Ташкент

Целью настоящей работы явилось изучение содержания общих фосфолипидов и их качественного и количественного состава в сыворотке крови здоровых лиц и больных витилиго. Исследование проводилось в сыворотке крови 10 здоровых лиц и 20 больных витилиго.

О количестве общих фосфолипидов и их отдельных фракций судили по содержанию фосфора (Р) в них, который определяли после минерализации образцов по методике Vaskovsky et al. (1975). Результаты выражали в мкг Р на мл сыворотки крови.

Результаты исследования показали, что у больных витилиго содержание общих фосфолипидов в сыворотке крови имело тенденцию к снижению ($69,01 \pm 5,16$ мкг Р/мл ($p > 0,05$)) по сравнению с показателем у здоровых лиц ($74,67 \pm 5,36$ мкг). Нами выявлены различия в количественном содержании отдельных фракций фосфолипидов в сыворотке крови здоровых лиц и больных витилиго. В отличие от группы здоровых лиц, в крови больных наблюдалось достоверное повышение количества лизофосфатидилхолина (ЛФХ) и фосфатидной кислоты (ФК) на фоне незначительного снижения содержания фосфатидилинозита (ФИ) и кардиолипина (КЛ). Наиболее значительному изменению подвергались фракции ЛФХ и ФК. На наш взгляд, повышение концентрации ЛФХ в сыворотке крови больных витилиго можно объяснить интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, которое в свою очередь может способствовать тем самым повышению активности фосфолипазы A_2 или подавлению рециклирования ЛФХ и увеличению содержания последнего.

Полученные нами данные указывают на участие нарушений фосфолипидного обмена в механизме развития витилиго.

ХАРАКТЕР КОЖНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ТУБЕРКУЛИН У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

БАЛТЕР И.А., ТАБАШНИКОВА А.И.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Самара

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

Цель работы: Оценить результаты и провести анализ массовой туберкулинодиагностики для выявления инфицирования микобактериями туберкулеза детей, больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: Были взяты 110 детей в возрасте 3–17 лет, больных атопическим дерматитом, и 77 детей без признаков поражения кожи, сопоставимые по полу и возрасту, которые составили группу сравнения. Всем детям проводилась кожная проба с туберкулином по Манту с 2ТЕ.

Результаты и обсуждение: При проведении анализа результатов пробы Манту 2ТЕ в группе детей, больных атопическим дерматитом, были выявлены отрицательные кожные реакции при проведении пробы Манту 2ТЕ у 50 (45,5%) обследуемых. При анализе положительных кожных реакций при проведении пробы Манту 2ТЕ у 60 (54,5%) детей и оценке результатов в динамике по годам они распределились на следующие группы: инфицирование — «вираж» у 4 (3,6%) пациентов, гиперергические — у 2 (1,8%), монотонные — у 40 (36,4%), нарастающие — у 14 (12,7%) ($p > 0,05$).

В группе сравнения отрицательные результаты были у 24 (31,2%) обследуемых, положительные — у 53 (68,8%), при этом «вираж» отмечался у 8 (10,3%), гиперергические — у 10 (13%), монотонные — у 17 (22,1%), нарастающие — у 18 (23,4%) детей.

При сравнении размера папулы при положительных реакциях пробы Манту с 2ТЕ у детей, больных атопическим дерматитом, отмечалось преобладание слабopоложительных проб 5–9 мм над 10–16 мм. Особенно такая тенденция отмечалась в группе детей с нарастающими результатами ($p < 0,05$). На фоне применения антигистаминных препаратов отмечено уменьшение размеров папулы в группе с нарастающими результатами у 71,4% (10) детей, больных атопическим дерматитом ($p < 0,05$).

Заключение: При сравнительном анализе было выявлено, что в группе детей, больных атопическим дерматитом, чаще встречаются отрицательные и монотонные кожные реакции, чем у детей группы сравнения ($p < 0,05$). Гиперергические реакции в 7 раз чаще выявлялись в группе сравнения ($p < 0,05$). Антигистаминные препараты при поствакцинальной аллергии уменьшают выраженность кожных реакций на туберкулин. Сохранение кожных аллергических реакций на туберкулин или их нарастание подтверждает инфекционный характер пробы.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН

БАТКАЕВ Э.А., РЮМИН Д.В., ШКОДА С.А., БАДНИНА Е.И.

Кафедра дерматовенерологии и клинической микологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва

Акне — полиморфное мультифакториальное заболевание сальных желез и сально-волосяных фолликулов воспалительного и обструктивного характера. В последнее время достаточно часто у женщин старше 24 лет, перенёсших инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), наблюдаются так называемые поздние акне. Изучение патогенетических механизмов подобных сочетаний весьма актуально, т.к. позволяет применить патогенетически обусловленный подход в лечении угревой болезни. Одним из главных факторов, способствующих развитию поздних акне, является хроническое осложнённое течение ИППП в виде хронических аднекситов, сальпингоофоритов, эндометритов и т.д., что в итоге способствует андрогенизации организма и может привести к угревой болезни. С целью обоснования патогенетического подхода к лечению таких пациенток мы исследовали эндокринный статус у 43 женщин (21–35 лет) с поздними акне на 5–7-й день менструального цикла. Выявлено: снижение содержания эстрадиола у 6 (14%), повышение содержания 17-ок прогестерона — у 8 (18%), нарушение соотношения ЛГ/ФСГ — у 1 (2,3%), увеличение содержания пролактина — у 1 (2,3%), увеличение содержания тестостерона — у 4 (9,3%), повышение экскреции 17-кс в суточной моче — у 2 (4,6%) больных, требующие гормональной коррекции. В то же время изменения гормонального статуса, наблюдаемые у этих пациенток, могут быть следствием недостаточной функциональной активности яичников на фоне хронического течения ИППП и сопровождаться гиперандрогенией. Наши исследования показали, что у этих больных при комплексном обследовании на ИППП (микроскопические и бактериологические исследования, ПЦР) определялись: Tr.vaginalis + Ur.urealyticum — у 14 (33,7%), Tr.vaginalis + C.trachomatis — у 5 (10,8%), Tr.vaginalis + Ur.urealyticum + M.hominis — у 3 (7,6%) больных, что подтверждало высказанную гипо-

тезу и также требовало назначения этиотропной системной терапии (метронидазол, офлоксацин) в соответствии с действующими стандартами лечения. Ближайшие результаты повторных исследований эндокринного статуса у женщин с поздними акне через 3 месяца после проведенного этиотропного лечения ИППП свидетельствуют о возможности полного восстановления гормонального статуса у большинства таких пациенток без дополнительной гормонозаместительной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ, КРИТЕРИИ ВЫБОРА

БЕЗУГЛЫЙ А. П.

к. м. н., доцент кафедры Восстановительной медицины ФДПОП ММА им. И.М. Сеченова

Современные методы инструментальной диагностики кожи человека разделяют на несколько групп.

Неинвазивные методы:

1. Дерматоскопия.
2. Исследование физиологических параметров — влажность, жирность (сальность), pH, температура кожи, уровень меланина, интенсивность эритемы, и др.
3. Исследование морфологии кожи — измерение и визуализация кожного рельефа при помощи микровидеосъемки и силиконовых реплик, измерение эластичности, лазерная томография, конфокальная микроскопия, ультразвуковое сканирование и др.

К инвазивным методам относят биопсию кожи.

До начала 90-х годов XX века наиболее часто применялись такие методы, как осмотр, пальпация и биопсия кожи с последующим исследованием гистологического препарата. Осмотр и пальпация ограничены в определении функциональных параметров кожи и непригодны для распознавания структуры первичных и вторичных элементов.

В настоящее время биопсия и последующее морфологическое исследование являются наиболее признанными методами для оценки структуры кожи, однако связаны с нарушением целостности кожных покровов, последующим рубцеванием и значительными временными и трудовыми затратами.

К неинвазивным методам диагностики функций кожи относят измерение влажности — импедансный и емкостный методы, оценку салоотделения (жирности) — методы адсорбирующих индикаторных полосок и фотометрии, pH-метрию, фотометрическое определение содержания меланина, интенсивности эритемы, определение испарения воды с поверхности кожи, измерение температуры (термометрия и термография, радиотермометрия), лазерную доплерографию для оценки капиллярного кровотока и др.

К неинвазивным методам оценки морфологии кожи относятся дерматоскопия (в т.ч. микровидеосъемка и микрофотографирование), эластометрия, высокочастотное ультразвуковое сканирование.

Диагностическое ультразвуковое сканирование занимает ведущие позиции в современной медицинской диагностике. При помощи данного метода получают более одной трети изображений тканей и органов человека. В акушерстве и кардиологии ультразвуковое сканирование является «золотым стандартом» обследования пациентов.

В дерматологии и эстетической медицине ультразвуковое сканирование длительное время не применялось. Общепринятые методы УЗ-исследования обладают проникающей способностью более 100–150 мм и дают разрешение 0,5–2 мм, что недостаточно для визуализации структуры кожи. Для ультразвукового сканирования кожи применяют датчики с частотой более высокой, чем в традиционных приборах (22–30–50–75 и 100 МГц).

Более высокие частоты сканирования от 20 до 100 МГц повышают разрешающую способность от 80 до 8 мкм, что позволяет получать изображения всех слоев кожи и давать оценку их структурных элементов.

Основные области применения ультразвукового сканирования кожи:

- измерение толщины и изучение структуры эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки;
- определение глубины распространения и характера роста различных опухолей кожи, а также их экзоструктуры;
- контроль и оценка терапевтических эффектов лечения хронических дерматозов и коллагенозов;
- определение признаков старения кожи;
- мониторинг эффективности методов терапевтической косметологии (наружная терапия, аппаратная косметология, фармакотерапия).

В нашей практической работе мы применяли ультразвуковой сканер DUB (Digital Ultrasound Imaging System) производства фирмы Trn GmbH (Германия) для оценки нормальной кожи, кожных новообразований, морщин, рубцов и осложнений после введения препаратов контурной пластики, а также для мониторинга эффективности комплексных методов терапии целлюлита. В ходе нашей работы выявлены важные преимущества ультразвукового исследования кожи — неинвазивность, безболезненность, возможность многократного применения при динамическом наблюдении пациента.

Ультразвуковое исследование может служить одним из основных инструментов для мониторинга состояния кожи при различных заболеваниях и оценки эффективности хирургических и терапевтических методов лечения. Данный метод значительно расширяет возможности клинического обследования пациентов и, несомненно, является новым доступным инструментом для углубленной клинической диагностики и научно-исследовательской работы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА ЛОКОБЕЙЗ РИПЕА В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

БЕЛИКОВ А.Н., КОМЛЕВА Л.Ф., ЧЕКРЫГИНА М.В.

ГУЗ «Калужский областной кожно-венерологический диспансер», г. Калуга

Цель работы: Изучение эффективности применения увлажняющего крема Локобейз Рипеа, способствующего восстановлению функции кожного барьера при atopическом дерматите, сопровождающемся сухостью кожи.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 28 больных детей в возрасте от 1 года 10 месяцев до 15 лет с atopическим дерматитом в различных стадиях заболевания. Все больные предъявляли жалобы на сухость кожи с образованием трещин, сопровождающиеся зудом, покраснением и шелушением.

В качестве наружного средства применяли крем Локобейз Рипеа в сочетании с мазью Локоид (активный синтетический негалогенизированный глюкокортикоидный препарат, оказывающий быстро наступающее противовоспалительное, противоотечное, противозудное действие), и крем Локобейз Рипеа, как монотерапия.

Первую группу составили 19 детей, которым на пораженные участки кожи 1 раз в сутки, утром, наносилась мазь Локоид и увлажняющий крем Локобейз Рипеа — вечером. 9 детей из второй группы получали монотерапию кремом Локобейз Рипеа 1 раз в сутки в течение 4 недель.

Результаты работы: К концу четвертой недели лечения в обеих группах наблюдаемых больных отметились значимое улучшение по всем симптомам атопического дерматита. Наблюдение за пациентами, пользовавшимися Локобейз Рипеа, в течение последующих 6 месяцев ухудшения состояния кожи не выявило.

Выводы: Клинические наблюдения на базе областного кожно-венерологического диспансера позволяют охарактеризовать препарат наружной терапии Локобейз Рипеа как эффективное, безопасное средство в комплексной и монотерапии атопического дерматита в любом периоде заболевания, способствующее быстрому купированию обострения и восстановлению функции кожного барьера в период ремиссии.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ТОПИЧЕСКИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

БЕЛОУСОВА Т.А.

ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Комбинированные топические глюкокортикостероиды (КТГКС) нашли широкое применение как в лечении аллергодерматозов, осложнённых вторичной бактериально-микотической инфекцией, так и при развитии экзематизации на фоне инфекционных заболеваний кожи. В последнее время они стали активно использоваться в терапии иммунозависимых воспалительных дерматозов и прежде всего при атопическом дерматите (АД) и себорейном дерматите (СД). Морфо-функциональные изменения кожи при этих состояниях создают благоприятные условия для роста и активизации бактериальной, кандидозной и малассезиозной микрофлоры, что усиливает степень выраженности воспаления. Учитывая большую роль патологических бактериальных и грибковых ассоциаций в патогенезе этих хронических дерматозов, применение КТГКС является обоснованным и рациональным. Длительное назначение фторсодержащих КТГКС неминуемо приводит к развитию побочных эффектов: сухости, телеангиэктазиям, стероидной розацеи и атрофии кожи. Особенно тщательно выбор ТГКС должен проводиться при локализации высыпаний на высокочувствительных к стероидам зонах кожи: лице, шее, складках, молочных железах, половых органах, а также при назначении детям и беременным. В этих случаях наиболее рациональным является назначение более щадящего и безопасного препарата, в частности Пимафуркта. Состав этого препарата представляет комбинацию 1% гидрокортизона, 1% натамицина и 0,35% неомицина на кремовой или мазевой основе. Благодаря наличию «мягкого» топического кортикостероида гидрокортизона препарат обладает высокой безопасностью. Натамицин, относящийся к полиеновым антибиотикам, оказывает быстрое и активное фунгицидное действие в отношении грибов рода *Malassezia*, дерматофитов и плесневых и, особенно рода *Candida*. Стабильность его фунгицидного действия сохраняется в большом диапазоне pH кожи от 4,5 до 9,0. Сочетание натамицина с антибиотиком широкого спектра действия неомицином позволяет активно назначать препарат при большинстве бактериально-грибковых инфекций кожи до идентификации возбудителя. Несомненным достоинством Пимафуркта является отсутствие резистентности к нему при длительном применении, а также аллергических реакций. Это связано с незначительной тропностью его к белкам и преимущественным связыванием с липидами. Нами на базе клиники кожных болезней ММА им. И.М. Сеченова было проведено изучение эффективности и безопасности крема Пимафуркт у 11 больных АД, осложнённым кандидозом крупных складок кожи и у 10 больных СД в возрасте от 18 до 46 лет. Среди них было 14 мужчин и 7 женщин. Во всех случаях клинический диагноз был подтвержден лабораторными исследованиями. Крем Пимафуркт наносился на очаги поражения 2 раза в день. Наружная терапия проводилась в сочетании с витаминами, антигистаминными, седативными препаратами и физиотерапевтическими процедурами. Длительность лечения в среднем у больных АД составила 16,7 дня, у больных СД — 12,8. Уже на 7–9-й день лечения происходило значительное уменьшение гиперемии и шелушения кожи лица у больных с СД и уменьшение отёчности и покраснения кожи складок, полностью прекратился зуд и жжение. У всех больных в местах применения препарата наступило полное клиническое и микологическое излечение. Ни у одного пациента в процессе лечения не отмечалось каких-либо побочных действий. Таким образом, широкий терапевтический диапазон, оптимальное соотношение эффективности и безопасности делают Пимафуркт препаратом выбора в терапии хронических воспалительных дерматозов, в развитии которых принимают активное участие бактериально-грибковые агенты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАНАВИРА У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИЕЙ

БЛАХНИНА А.В., КУБЫЛИНСКИЙ А.А., УДЖУХУ В.Ю.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

В настоящее время пиодермия является актуальной медико-санитарной проблемой. Обусловлено это в первую очередь чрезвычайной распространенностью этого заболевания, возрастающей резистентностью гнойничкового процесса к антибактериальным препаратам, что остро ставит проблему разработки новых эффективных методов воздействия на патологический процесс.

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность и безопасность панавира в терапии пиодермии.

Панавир — это новое отечественное лекарственное средство, которое обладает способностью повышать неспецифическую резистентность организма и индуцировать синтез эндогенного интерферона.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных пиодермией в возрасте от 19 до 58 лет.

Лечение панавиром проводили пациентам по следующей схеме: препарат применялся с интервалом 48 часов в/в струйно по 5 мл 0,004% раствора. Общая продолжительность курса лечения составила 18–20 дней.

Результаты: После проведенного лечения у 16 пациентов была достигнута клиническая ремиссия, выражавшаяся в полном регрессе клинических проявлений пиодермии, купировании явлений общей интоксикации. У четырех отмечалось значительное

улучшение, характеризовавшееся прекращением появления свежих эффлюоресценций и разрешением большей части гнойниковых элементов. В процессе терапии не было выявлено побочных действий и осложнений.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения клинической эффективности панавира у больных с пиодемией.

ОЦЕНКА КОЖНОЙ ПРОБЫ С ТУБЕРКУЛИНОМ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА

БОРОДУЛИНА Е.А., ОРЛОВ Е.В., БАЛТЕР И.А., ТАБАШНИКОВА А.И.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара
ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Самара

Основным методом раннего выявления туберкулезной инфекции является кожная аллергическая проба с туберкулином. Известно несколько способов постановки накожной и внутрикожной пробы с туберкулином.

Цель: оценить кожную реакцию на туберкулин и выбрать наиболее оптимальный способ.

Материалы и методы: 30 детям проведена оценка положительных проб по Манту (ПМ) 2ТЕ, пробы Пирке и пробы прик-тестом с помощью ультразвукового сканирования на аппарате DUBtrm с частотой датчика 22 МГц: определялась толщина эпидермиса, дермы, плотность дермального слоя (инфильтрата) по сравнению с неповрежденным участком кожи. Проводилась сравнительная оценка показателей скарификационной пробы и пробы прик-тестом по сравнению с ПМ 2ТЕ с использованием статистического пакета Microsoft Access 2000.

Результаты: Средний размер папулы по ПМ был $9,8 \pm 3,4$, на скарификационную пробу Пирке средний размер папулы $3,7 \pm 2,9$ мм, на прик-тест $6,4 \pm 1,2$ мм. При проведении ультразвукового сканирования выявлено: у инфильтрата, полученного на месте постановки ПМ 2ТЕ, плотность кожи снижена, размеры глубины инфильтрата неравномерные и выходят за дермальный слой. Толщина эпидермиса $147 \pm 27,2$ мкм, дермы $2454 \pm 947,4$ мкм, плотность $14,7 \pm 6,02$ мкм. Инфильтрат, полученный на месте пробы Пирке, имел неравномерную форму, отмечалось утолщение эпидермиса ($137,1 \pm 13,3$ мкм), толщина дермального инфильтрата меньше $1788 \pm 251,1$ мкм, плотность инфильтрата $19,3 \pm 4,2$ мкм. Инфильтрат, полученный на месте прик-теста, был четким, толщина эпидермиса ($143 \pm 12,9$ мкм), толщина дермального инфильтрата меньше и в среднем составляет $2148 \pm 209,2$ мкм, плотность инфильтрата $17,1 \pm 2,4$ мкм. При сравнительном анализе отмечено утолщение эпидермиса при скарификационной пробе ($p < 0,05$), при ПМ и прик-тестом разницы нет. В папуле ПМ 2ТЕ и Пирке отмечается снижение плотности дермы, особенно по ПМ, при этом изменения в дермальном слое более выражены, чем в пробе с прик-тестом, что возможно связано с большим повреждением при ПМ и Пирке (скарификационная) в результате постановки пробы ($p < 0,05$).

Заключение: Проба прик-тестом дает наиболее четкую специфическую реакцию: формируется папула с четкими контурами, отсутствует гиперемия, по данным ультразвукового сканирования, воспалительный инфильтрат (папула) ограничен дермальным слоем и меньше влияет на плотность кожи.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

БУТОВ Ю.С., АХТЯМОВ С.Н., ДЕМИНА О.М., ВОРОЖЦОВ Г.Н., КУЗЬМИН С.Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель работы: Оценка влияния фотодинамической терапии (ФДТ) с активацией как эндогенных, так и экзогенных фотосенсибилизаторов (ФС) на клиническое течение вульгарных угрей и некоторые функциональные параметры кожи больных.

Методы: Под нашим наблюдением находилось 78 пациентов с акне. 36 мужчин и 42 женщины в возрасте от 17 до 47 лет. Легкая степень тяжести заболевания диагностирована у 12 (15,4%) больных, средняя — у 28 (35,8%), тяжелая — у 38 (48,8%). Анализ клинико-физиологических показателей до лечения выявил повышенную жирность кожи у 91,4% пациентов, щелочное pH — у 94,8% больных. С целью оценки эффективности ФДТ больные были разделены на две группы. В I (основную) группу вошли 58 больных, которым проводили ФДТ с активацией эндо- и /или экзогенных ФС. Облучение проводили 1 раз в неделю светом длиной волны 630 нм, плотностью энергии 36 Дж/см^2 на курс 4–10 процедур. В качестве экзогенного ФС применяли производное 5-аминолевуленовой кислоты — Аласенс. Во II (контрольную) группу были включены 20 больных, которым назначали традиционное лечение. Оценка уровня порфиринов в коже и контроль ФДТ проводили по спектрам флуоресценции с помощью лазерной электронно-спектральной установки (ЛЭСА-01-БИОСПЕК). По уровню флуоресценции эндогенных порфиринов пациенты основной группы были разделены на две подгруппы. Первая группа включала 28 (48,3%) пациентов с высоким уровнем эндогенных порфиринов, которым не требовалось дополнительного применения ФС, в связи с чем им проводили только облучение кожи. Второй подгруппе, состоявшей из 30 (51,7%) пациентов, после истощения в процессе лечения эндогенных порфиринов применяли ФС Аласенс аппликационно (под окклюзионную повязку) на 1,5–2 часа.

Результаты: В процессе ФДТ клиническая ремиссия и значительное улучшение достигнуты у 56 (96,6%) пациентов, в контрольной группе — у 17 (85%). Из побочных эффектов во время проведения ФДТ с Аласенсом нами отмечены жжение и болезненность кожи, которые носили временный характер, а также эритема и отек, пустулы и корки, самостоятельно разрешавшиеся в течение 3–5 дней. Под влиянием ФДТ констатирована нормализация жирности кожи у 93,1% больных, восстановление pH кожи — у 98,2%.

Выводы: ФДТ с активацией эндогенных порфиринов эффективна при высоком их содержании в коже. ФДТ с использованием Аласенса позволяет усилить фотодинамическую реакцию и достичь клиническую ремиссию и значительное улучшение у 96,6% больных.

ТРИХОДЕРМАТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ВОЛОС И ИХ ТЕРАПИЯ

БУТОВ Ю.С., ВАСЕНОВА В.Ю., ДЕМИНА О.М., ШКОЛЬНИКОВ М.М.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель работы: Провести анализ диагностических возможностей трихоскопии в оценке структуры волос у больных различными формами алопеции.

Методы: Под нашим наблюдением находилось 65 больных себорейным дерматитом и 17 — с андрогенетической алопецией в возрасте от 18 до 70 лет с длительностью болезни от 1 года до 30 лет.

Для визуализированной оценки состояния волос и луковичного аппарата у всех больных применили метод триходиаскопии с использованием оборудования, состоящий из компьютера, видеокамеры и программного обеспечения. Данный метод позволяет оценить плотность расположения, скорость роста волос, их функциональное состояние, а также провести дифференциальную диагностику хронического телогенового выпадения волос и андрогензависимой алопеции. Комплекс терапевтических мероприятий включал санацию очаговой инфекции, зубиотики, ангиопротекторы, витамины. Наружно применяли трихостимулирующие препараты.

Результаты: В активной фазе заболевания преобладали диспластические и телогеновые волосы, составляя до 70%, проявляясь истончением, замедленным ростом и различной степенью жирности волос. Себорейное поредение волос характеризовалось равномерным снижением плотности и диаметра волос по всей поверхности кожи головы с сохранением их нормального количества в теменной зоне. Андрогенетическую алопецию диагностировали при значительном уменьшении плотности и среднего диаметра волос в теменной зоне на фоне нормального количества в затылочной зоне.

Выводы: Триходерматоскопия — современный, неинвазивный экспресс-метод, позволяющий определить интенсивность выпадения и степень истончения волос, а также провести дифференциальную диагностику андрогенного и себорейного выпадения волос. Комплексная терапия, направленная на санацию очаговой, бактериальной инфекции, прием зубиотиков, ангиопротекторов, витаминов и наружная терапия позволяла в короткий срок (3–6 месяцев) стабилизировать процесс и активизировать рост волос.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

¹ БЫЧКОВА Н.Ю., ² ПОЗДЕЕВ О.П., ³ ЮРКИНА А.Н.

¹ Косметологический центр «Альтеос»; ² Ижевский филиал ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России»;

³ ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртия

Рост заболеваемости atopическим дерматитом (АД) и недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставят сегодня это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем. Ряд ограничений, связанных с наличием дерматоза (диета и быт, занятия спортом, выбор профессии), длительное рецидивирующее течение заболевания, вынужденность периодической медикаментозной коррекции, разочарование в эффективности терапии, частое развитие стероидофобии, мучительный зуд, нарушения сна и наличие высыпаний на открытых участках кожи значительно снижают качество жизни и способствуют формированию психосоматических нарушений. В исследование были включены 52 пациента (37 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 18 до 58 лет. Все больные получали лечение в стационарах ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» МЗ УР и Ижевском Филиале ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» в соответствии со стандартом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 432 от 30 мая 2006 года. Все больные оценивались клинически и по шкале **SCORAD**. Наряду с клиническими методами исследования для количественного измерения состояния пациентов и результатов терапии использовались шкалированные методики «Дерматологический индекс качества жизни», «Субъективная шкала оценки астении (MFI-20)», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)». При поступлении все больные предъявляли жалобы на наличие высыпаний, зуд и нарушения сна различной степени выраженности. Среднее значение коэффициента **SCORAD** в нашем исследовании составило **57,1 балла**, средняя степень тяжести АД наблюдалась у 3 больных (36,7 балла), тяжелая — у 42 человек (55,9 балла) и максимально тяжелая — у 7 (73,1 балла) пациентов. Интенсивный зуд (более 5 баллов) регистрировался у $92,6 \pm 2,8\%$ больных. Выраженные нарушения сна (более 5 баллов по шкале **SCORAD**) наблюдались у $44,4 \pm 9,6\%$ человек. Перед началом исследования показатели дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) в обследуемой группе больных колебались от 8 до 30 баллов, в среднем составляя 22,13 балла, что соответствовало средней и высокой степени влияния заболевания на качество жизни пациентов. После месяца терапии субъективная оценка составила 10,67 балла (снижение в 2,2 раза), что свидетельствует о значительном повышении качества жизни пациентов с АД на фоне лечения. По шкале субъективной оценки астении (MFI-20) сумма баллов у обследованных пациентов варьировала от 37 до 86 баллов (среднее значение 52,08). По шкале MFI-20 средний общий балл снизился с 48,85 до 34,33, а по шкалам, отражающим вегетативные изменения, с 28,19 до 20,07 балла. В среднем после 2 недель терапии пациенты отмечали улучшение общего состояния, концентрации внимания, повышение активности, снижение вялости, рассеянности. При анализе госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до лечения значения показателей свидетельствовали о наличии выраженных изменений, составив в среднем 16,5 балла, после завершения терапии наблюдалась двукратное снижение данного показателя. По нашему мнению, успешное лечение больного не должно ограничиваться восстановлением или сохранением только физического статуса без учета качества жизни пациента.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

БЫЧКОВА Н.Ю., ПОЗДЕЕВ О.П.

ООО Косметологический центр «Альтеос»

Ижевский филиал ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», г. Ижевск, Удмуртия

В исследование были включены 38 детей и подростков в возрасте от 14 до 15 лет (22 девочки и 16 мальчиков), учащихся 8 классов средней школы. Угревая болезнь различной степени тяжести диагностирована у 24 (63%) человек (13 девушек и 11 юношей). Для клинической оценки применялся «Дерматологический индекс акне» (ДИА), разработанный в ММА им. И.М. Сеченова. Для определения влияния заболевания на качество жизни мы использовали Cardiff Acne Disability Index (CADI) — кардиффский индекс инвалидизации (социальной дезадаптации, связанной с угревой болезнью), который представляет собой упрощенный опросник из 5 главных пунктов и рекомендован для молодых людей и подростков. Средний возраст детей в нашей работе составил 14,6 лет, и практически все обследованные (97%) оценили данную тему как актуальную лично для себя.

Клинически в большинстве случаев наблюдалась легкая степень акне (ДИА до 5), которая наблюдалась у 20 юношей и девушек (83%), средняя (ДИА 6 — 15) регистрировалась у 4 детей (17%). Индекс социальной дезадаптации составил в среднем 1,9 балла, разброс значений у подростков, страдающих угревой болезнью составлял от 0 до 12 баллов. Практически все опрошенные учащиеся (92%) отмечали влияние данного заболевания на способность получать положительные эмоции от жизни, хотя данный показатель не всегда соответствовал тяжести заболевания. Девушки чаще указывали на выраженную социальную дезадаптацию, даже при легком течении акне, а юноши воспринимали заболевание более позитивно, несмотря на выраженные

клинические проявления. Использование в своей работе стандартных шкал и опросников позволило оценить степень влияния болезни на пациента, повысить эффективность терапии и избежать разочарования, связанного с неадекватными ожиданиями больного, а в случае выраженной дезадаптации — рекомендовать профессиональную помощь.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ ИЗОТРЕТИНОИНОМ

¹БЫЧКОВА Н.Ю., ²ЛОГИНОВА С.П., ³ЛЯПУСТИНА С.В., ³ЛОНШАКОВА Т.М.

¹ООО Косметологический центр «Альтеос»; ²МУЗ «Центр косметологии и пластической хирургии»;

³ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртия

Угревая болезнь — хронический дерматоз со сложным патогенезом и длительным рецидивирующим течением. В популяции данная патология встречается довольно часто: угри наблюдаются у 65,0–85,0% подростков и лиц молодого возраста. Обращаемость в РКВД Ижевска по поводу угревой болезни (L 70,0 — 70,9) ежегодно увеличивается (в 2005 году — 989 случаев, в 2006 — 1299, в 2007 — 1746, в 2008 — 1627 обратившихся). Имеется тенденция к увеличению числа случаев позднего акне и росту его тяжелых и распространенных форм. Целью данной работы было изучение эффективности и переносимости системного ретиноида Роаккутан® (изотретиноин) для лечения тяжелых и распространенных форм акне. Критериями включения пациентов в исследование являлись распространенные и/или среднетяжелые, тяжелые и резистентные к стандартной терапии формы угревой болезни. Методами мониторинга и контроля являлись клиническая оценка, ОАК, ОАМ, биохимические исследования (АЛТ, АСТ, общий холестерин, ЩФ, креатинин, глюкоза сыворотки крови), изучение динамики дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и исследование психологических аспектов течения угревой болезни в ходе терапии (HADS). В ходе лечения Роаккутан® применялся в дозе 0,5–1,0 мг/кг в сутки в течение 4–7 месяцев (до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг). Использовались методы клинической оценки эффективности препарата — уменьшение активности сальных желез, снижение комедонообразования, регресс пустулезных элементов, динамика поствоспалительных изменений. Проведено лечение 42 пациентов (29 мужчин и 13 женщин), средний возраст — 23,3 года (14–33 года). Давность заболевания составила 6,7 года (2 мес. — 19 лет), ранее получали медикаментозную терапию 35 человек (83%). Наблюдались папулопустулезная (48%), индуративная (10%), узловатокистозная (14%), конглобатная (21%) формы заболевания и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана (7%). Распространенные высыпания регистрировались у 26 больных (62%). Дерматологический индекс (ДИКЖ) достигал 30 баллов (МАХ) и в среднем составил 22,7 балла, что свидетельствует о выраженном отрицательном влиянии на качество жизни больных. В ходе терапии средние показатели балльной оценки снизились в 3,4 раза, достигнув у 10 пациентов нормальных величин. Самооценка пациентов не совпала с клинической тяжестью заболевания. Показатели обследования при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) также выявили изменения у 73% обследованных. На фоне проводимого лечения чаще всего регистрировались хейлит, фациальный дерматит, блефароконъюнктивит, корригирующиеся использованием увлажняющих средств. В ходе наблюдения не выявлено значительных отклонений лабораторных показателей, транзиторное повышение трансаминаз было у 17% больных. Исследование показало высокую эффективность терапии акне Роаккутаном, излечение достигнуто у 58%, улучшение — у 42% пациентов. Длительность врачебного наблюдения составила от 6 месяцев до 3 лет. Излечением считали отсутствие рецидивов заболевания не менее 1 года после окончания терапии. Регресс клинической симптоматики сопровождался улучшением качества жизни, снижением выраженности тревоги и депрессивных расстройств. Целесообразно дальнейшее расширение использования препарата в дерматологической и косметологической практике.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ВОЛКОВА Е.Н.

Кафедра дерматовенерологии Московского факультета РГМУ

Угревая болезнь (акне) — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний кожи. По статистике до 85% людей в возрасте 12–24 лет подвержены данному заболеванию. При этом тяжелые формы акне встречаются в 5–14% всех случаев заболевания. В патогенезе заболевания основная роль отводится 4 основным факторам: на фоне гиперандрогении развиваются гипертрофия и повышенное функционирование сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, происходит обструкция СВФ с образованием комедонов, создаются благоприятные условия для размножения *Propionibacterium acnes* и *Propionibacterium granulosum* с последующим присоединением воспалительной реакции. По классификации угревой болезни (УБ) Американской академией дерматологии выделяются следующие формы течения заболевания: *I* степень характеризуется наличием комедонов и единичных папул, при *II* — отмечаются папулезная сыпь и незначительное количество пустул, при *III* — наряду с выраженной папуло-пустулезной сыпью встречается до 3–5 узлов, *IV* — отличается выраженной воспалительной реакцией в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист. На сегодняшний момент наиболее эффективными противоугревыми средствами являются *ретиноиды* для системного применения. Ретиноидами называются любые агенты, способные вызывать специфические биологические ответы в результате связывания и активации рецепторов ретиноевой кислоты. В начале 80–х годов был синтезирован изомер третиноина — изотретиноин (13цисРК), который революционизировал лечение тяжелых форм акне. Изотретиноин является единственным противоугревым средством, обладающим почти 100% клинической эффективностью при любых формах акне. Изотретиноин вызывает выраженное себостатическое действие, нормализует процессы кератинизации корнеоцитов протока СВФ, оказывает выраженное противовоспалительное действие. Препарат абсолютно тератогенен, поэтому всем женщинам до и после терапии делают тест на беременность и берут расписку об их обязанности использовать на протяжении всего курса терапии и спустя 1 мес. надежные средства контрацепции. Классически изотретиноин применяют для терапии акне в суточной дозировке 0,5–1 мг на 1 кг массы тела больного в два приема с пищей, содержащей растительные масла. При этом суммарная доза (СД) препарата в организме на курс лечения равна 120–150 мг на 1 кг массы тела больного. Примерно у 85% пациентов, набравших СД, наблюдается полное излечение или длительная ремиссия. В 2001 году в Бельгии была запатентована новая технология производства изотретиноина для приема внутрь, «LIDOSE», которая позволяет увеличить биодоступность изотретиноина на 20% по сравнению с имеющимися на рынке продуктами. Это позволило, сохранив высокую эффективность препарата, сократить количество принимаемого внутрь изотретиноина на 20%, а следовательно, и снизить как суточную, так и курсовую дозировку изотретиноина. В 2009 году компания «Ядран, Галенский Лабораторий», Хорватия, начала выпуск изотретиноина для системного применения с экстрабиодоступностью — препарат Акнекутан. Терапевтическая дозировка Акнекутана составляет

04,–0,8 мг/кг в сутки, и СД 100–120 мг/кг массы тела на курс терапии. Данные 3 сравнительных исследований биоэквивалентности Акнекутана и Роаккутана, проведенных в США, Канаде и Бельгии, говорят о том, что капсула Акнекутана 8 мг биоэквивалентна капсуле Роаккутана 10 мг, а капсула Акнекутана 16 мг биоэквивалентна капсуле Роаккутана 20 мг. Снижение содержания изотретиноина в каждой капсуле на 20% потенциально должно вызывать меньшее число побочных эффектов у пациентов. Данные исследований показывают, что межсубъектная вариабельность изотретиноина в группе пациентов, принимавших Акнекутан, достоверно меньше, чем в группе принимавших Роаккутан. Акнекутан доступен для большего числа пациентов, так как, снизив содержание изотретиноина в Акнекутане на 20% за счет его экстрабиодоступности, стало возможным уменьшить и стоимость продукта на 20%. Таким образом, инновационная форма изотретиноина для системного применения — Акнекутан — позволит эффективно лечить тяжелые формы УБ у большего числа пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ BALNEUM В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ВОЛКОВА С.Б.

МУЗ «Центральная городская больница», г. Ковров, Владимирская область

Вопросы лечения многих кожных заболеваний по-прежнему остаются важнейшей проблемой современной дерматологии. Первыми симптомами нарушения барьерной функции кожи является её сухость, которая часто сопровождается ряд хронических дерматозов. Следовательно, гидратация кожного покрова является одним из основных направлений терапии дерматозов, что достигается использованием увлажняющих средств.

Крем BALNEUM содержит кокосовое масло, глицерин и липиды, схожие по своему строению с физиологическими липидами. Натуральное кокосовое масло и липиды восполняют недостаток липидов сухой кожи, а глицерин является гигроскопичным увлажняющим средством. Кокосовое масло блокирует трансэпидермальную потерю воды.

Лосьон BALNEUM содержит мочевины, керамины и липиды. Мочевина — физиологический компонент кожи, вызывает распад корнеоцитов, обладает антибактериальной активностью широкого спектра и является гигроскопичным увлажняющим средством. Входящие в состав средств BALNEUM токоферолы, лецитин, молочная кислота, аскорбилпальмитат поддерживают липидный баланс и являются естественными увлажняющими факторами.

Цель исследования: Оценка эффективности применения для ухода за сухой кожей крема и лосьона BALNEUM. Группа наблюдения составила 52 человека в возрасте от 2 до 69 лет (21 мужчина и 31 женщина) с atopическим дерматитом — 24 человека, псориазом — 5 человек, экземой — 11 человек, себорейным дерматитом — 12 человек. Наряду с основной терапией 36 человек применяли в качестве увлажняющего средства крем BALNEUM и 16 человек лосьон BALNEUM. На момент назначения средств BALNEUM (применение 2–3 раза в день) у пациентов диагностировались подострая и хроническая стадии заболевания. Эффективность ухода за сухой, чувствительной кожей оценивалась через 2 недели, 1 месяц и 3 месяца. Выраженная клиническая ремиссия через 2 недели наступила у 28,8% больных (15 человек), значительного улучшения достигли 69,2% больных (36 человек) и лишь у одного пациента — 1,9% не было эффекта. Через месяц группу ремиссии составили 73% пациентов, у 27% наблюдалось улучшение кожного процесса. Через три месяца ремиссия не наступила лишь у 11% больных, но отмечалось значительное улучшение и повышение качества жизни больных. Аллергических реакций и явлений непереносимости не отмечалось. У всех пациентов во время применения BALNEUM фиксировалось исчезновение таких симптомов, как зуд, шелушение, чувство стянутости. Таким образом, препараты BALNEUM (крем и лосьон) являются эффективными средствами по уходу за сухой и раздраженной кожей, хорошо переносятся и полностью удовлетворяют потребностям пациентов, улучшают их качество жизни. Все это позволяет рекомендовать их к широкому применению.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

ВОРОЖЦОВ Г.Н., КУЗЬМИН С.Г., БАТКАЕВ Э.А., БАРАНОВА О.В.

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва

В группу исследования включены 85 пациентов с псориазом, получавших фотодинамическую терапию с препаратом «Фотосенс». Режим ФДТ включал аппликационное нанесение мази и последующее облучение патологических элементов световым пучком на длине волны 675 нм. Для генерации светового излучения использовалось устройство светодиодное видеофлюоресцентное УФФ–01–675–БИОСПЕК ЗАО «БИОСПЕК», Москва. Возраст пациентов в группе исследования от 18 до 60 лет, величина индекса PASI до 30, средняя величина длительности периода ремиссии в группе исследования до лечения методом фотодинамической терапии составляла 10,2 ($p < 0,001$), средняя величина количества обострений в год до лечения методом ФДТ составляла 2,1 ($p < 0,001$). Курс лечения включал 5–40 процедур ФДТ. В прогрессирующей стадии пациентам назначались гипосенсибилизирующие, антигистаминные, дезинтоксикационные препараты, гепатопротекторы и витамины группы В, а также местная терапия. При достижении стационарной стадии применялись отшелушивающие средства (кератолитический крем линии «БАТРИУМ»), после очищения поверхности бляшек от чешуек проводился курс процедур ФДТ. После завершения курса процедур использовались регенерирующие и увлажняющие кремы и мази. В результате исследования клиническая ремиссия была достигнута у 64 (75%) пациентов, клиническое улучшение у 11 (13%), отсутствие положительной динамики отмечено у 10 (12%) больных. При проведении клинического исследования побочных эффектов, аллергических и фототоксических реакций, ожогов, нарушений функции печени и почек отмечено не было. После завершения лечения пациенты находятся под наблюдением и проходят повторный осмотр каждые 6 месяцев. Период наблюдения составляет 20 месяцев. Средняя величина длительности периода ремиссии после ФДТ — 13,4 ($p < 0,001$), среднее количество обострений в течение года — 1,2 ($p < 0,001$), средняя величина индекса PASI до лечения составляла 21,6, при последующих обострениях средняя величина индекса PASI — 17,3. Нарастание значения индекса PASI при последующем обострении не отмечалось. Анализируя отдаленные результаты применения ФДТ, можно сделать вывод о том, что ФДТ является методом выбора лечения пациентов с псориазом. После однократного получения курса ФДТ не отмечалось уменьшения длительности периода ремиссии, увеличения количества обострений в год и нарастания распространенности патологического процесса.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У РАБОТНИКОВ МЕХАНОСБОРОЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

¹ ГАЛАНОВА Е.А., ² МЕЛЬНИК А.П., ² ТВЕРСКОЙ Р.М., ² ЯКОВЛЕВ И.М.

¹ ГУЗ ОКВД № 6, г. Златоуст; ² ГУЗ ОКВД № 4, г. Магнитогорск

Цель исследования: Изучить распространённость и причины развития аллергического контактного дерматита (АКД) в механосборочных цехах металлургических предприятий.

Материалы и методы: Обследованы 54 пациента с АКД, занятых на производстве, прямо или косвенно имеющих контакт с активными веществами. Гальваники на ваннах никелирования и хромирования — 18 чел. (33%), слесари механосборочных работ — 21 чел. (38%), художники по металлу — 4 чел. (7%), шлифовщики — 2 чел. (4%), сверловщики — 2 чел. (4%), токари — 5 чел. (10%), фрезеровщики — 2 чел. (4%). Для диагностики АКД использовали аппликационную тест-систему «Аллертест» (Мекос Лабораториес АС, Дания), официально зарегистрированную в России в 2006 году (№ ЛС-001855). Тестирование проводили в период ремиссии, спустя 1 месяц после обострения. Результаты оценивали через 2 и 4 дня по шкале от 0 до 3+ (от эритемы до везикулы). Определяли общий IgE иммуноферментным способом. Все больные консультированы аллергологом-иммунологом, прошли углублённый медосмотр в рамках дополнительной диспансеризации.

Результаты: Положительный тест был выявлен у 53 пациентов (98,1%). Положительные аллергопробы распределились следующим образом: сульфат никеля — 12 чел. (22,6%), эпоксидная смола — 3 чел. (5,6%), канифоль — 3 чел. (5,6%), хлорид кобальта — 8 чел. (15,3%), этилендиамина дихлорид — 7 чел. (13,2%), меркаптобензотиазол — 6 чел. (11,3%), полисенсibilизация к двум и более аллергенам — 14 чел. (26,4%). В исследуемой группе у 48 чел. (88,9%) зарегистрирован высокий уровень общего IgE ($395,1 \pm 33,4$ МЕ/мл), превышающий в 4,5 раза показатели здоровых людей ($86,2 \pm 24,6$ МЕ/мл, $n = 15$) и в 3 раза возрастные нормы ($0 - 150$ МЕ/мл), ($p < 0,001$). Выявлены статистически значимые, прямые умеренные корреляционные связи количества аллергенов и общего IgE ($n = 54$, $r_s = 0,47$, $p < 0,001$), количества аллергенов и уровня сенсibilизации по степени оценки кожных проб ($n = 54$, $r_s = 0,53$, $p < 0,001$), уровня сенсibilизации и длительности заболевания ($n = 54$, $r_s = 0,39$, $p < 0,001$).

Выводы: Наиболее часто АКД у рабочих механосборочных цехов встречается среди гальваников, слесарей механосборочных работ, в том числе слесарей-оружейников, и художников по металлу. Наряду с моновалентной сенсibilизацией присутствует полисенсibilизация к двум и более аллергенам, что влияет на длительность и выраженность кожного процесса. Комплексное обследование с применением тест-системы позволяет разработать индивидуальные мероприятия по лечению, реабилитации и трудоустройству пациентов с АКД.

ОЦЕНКА ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА В ПЕРИОД МАНИФЕСТАЦИИ И БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА МОДЕЛИ МЫШЕЙ ЛИНИИ HRS

ГАМАЮНОВ Б.Н., КОРОТКИЙ Н.Г., ТИХОМИРОВ А.А., СТЕНИНА М.А., КРИВОВ Л.И.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета и отдел иммунологии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Гнездная алопеция (ГА) остается заболеванием с неясной этиологией и до конца не изученным патогенезом, что обуславливает большие трудности в разработке эффективных методов терапии. Для изучения ГА большой интерес представляет использование экспериментальных моделей. У гомозиготных мышей линии HRS генетический дефект проявляется у взрослых особей тотальным отсутствием волосяного покрова, за исключением вибрисов. В постнатальном онтогенезе этих мышей существуют периоды вылинивания с формированием у них тотального облысения, что напоминает манифестацию и прогрессирующее течение ГА у человека. Мы использовали гомозиготных мышей линии HRS в качестве экспериментальной модели ГА.

Целью нашего исследования являлось определение влияния парентерального введения высоких доз метилпреднизолона в период манифестации и быстро прогрессирующего течения ГА на модели мышей линии HRS. Мы применяли лекарственный препарат Солу-Медрол, который представляет собой инъекционную форму метилпреднизолона, синтетического глюкокортикоидного стероида (ГКС) для внутримышечного (в/м) и внутривенного (в/в) введения. Лечение алопеции у мышей заключалось в трехкратном в/м введении раствора метилпреднизолона в дозе 0,005 мг/г. Препарат вводили мышам из опытной группы в виде трех последовательных инъекций с интервалом 5 дней. Контрольные мыши получали в/м инъекции физиологического раствора по той же схеме, что и в опытной группе. Клинический эффект препарата оценивали ежедневно по степени оволосения.

Согласно полученным нами данным парентеральное введение метилпреднизолона задерживает первичное и вторичное вылинивание у гомозиготных мышей линии HRS. Так уже после первой инъекции в опытной группе нами отмечено сохранение волосяного покрова у мышей на этапе первичного и вторичного вылинивания. При этом в группе контроля у мышей с первичным вылиниванием процесс выпадения волос продолжался, а у мышей с вторичным вылиниванием процесс практически завершился. Взрослые особи в опытной и контрольной группах оставались без изменений. К концу исследования у мышей в группе контроля наблюдалось завершение как первичного, так и вторичного вылинивания, тогда как у мышей в опытной группе сохранялся волосяной покров.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКОБЕЙЗ РИПЕА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ГАМАЮНОВ Б.Н., КОРОТКИЙ Н.Г., СУЧКОВА Т.Н., ТИХОМИРОВ А.А.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва.

Впервые в детской дерматологической практике с целью сравнительной оценки клинической эффективности и безопасности мы использовали Локобейз Рипеа в комбинированной наружной терапии АД средней степени тяжести у детей разных возрастных групп.

Под нашим наблюдением находились 60 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, которые были разделены на 2 группы лечения. В I-й группе пациенты получали комбинированную наружную терапию препаратом Локобейз Рипеа и кремом 0,1% гидро-

кортизона 17–бутирата. Во II группе (группе сравнения) больные применяли крем Унны в качестве традиционного увлажняющего средства наружной терапии и крем 0,1% гидрокортизона 17–бутирата. Крем 0,1% гидрокортизона 17–бутирата наносили только на очаги воспаления, тогда как Локобейз Рипеа и крем Унны больные применяли как в очагах, так и вне очагов воспаления, в т.ч. на участках сухости кожи. Среди пациентов из I группы лечения, применявших комбинацию Локобейз Рипеа плюс гидрокортизон 17–бутират, мы констатировали клиническую ремиссию у 13 детей (43,3%), значительное улучшение у 15 пациентов (50%), улучшение у 2 больных (6,7%). При этом во II группе лечения у больных, использовавших комбинацию крем Унны плюс 0,1% гидрокортизона 17–бутират, нами отмечена клиническая ремиссия в 5 случаях (16,6%), значительное улучшение у 11 пациентов (36,7%), улучшение у 14 больных (46,7%). В ходе исследования была показана более высокая клиническая эффективность комбинации современного препарата для базисной наружной терапии АД и ухода за сухой кожей Локобейз Рипеа плюс 0,1% гидрокортизона 17–бутират в сравнении с комбинацией традиционное средство плюс 0,1% гидрокортизона 17–бутират в лечении atopического дерматита средней степени тяжести у детей. Кроме этого, средняя продолжительность применения крема 0,1% гидрокортизона 17–бутирата в течение исследования у пациентов I группы лечения составила 17 дней, а у больных II группы лечения составила 22 дня, что говорит о снижении потребности в топических ГКС у пациентов, применявших Локобейз Рипеа. Оценка качества жизни, что до начала лечения у больных I группы в сравнении с больными II группы снижение качества жизни было несколько больше и составляло в среднем 29,7% против 24,7%. По окончании исследования среднее значение снижения качества жизни у детей I группы составило 2,6%, а у пациентов II группы лечения 13,6%.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ГАРАЕВА З.Ш., ФОМИНЫХ Т.С.

ГОУ ДПО КГМА, г. Казань

Целью нашего исследования стало создать оптимальный терапевтический алгоритм, максимально отвечающий современным знаниям о патогенезе псориатической болезни. В связи с этим нами была подобрана группа из 30 больных псориазом в возрасте от 23 до 74 лет, резистентных к проводимой стандартной терапии, с различной локализацией патологического кожного процесса, его распространенностью и тяжестью течения. Данные исследований больных до лечения свидетельствуют о достоверном снижении Т–лимфоцитов, Т–хелперов, иммунорегуляторного индекса, на фоне повышения Т–супрессоров, эндотоксинемии, превышающей норму у большинства пациентов в сотни раз. Учитывая полученные результаты, мы решили дополнить стандартную терапию 30 больных псориазом, с выраженными изменениями иммунитета, иммуномодулирующим препаратом Лавомакс и, учитывая сниженные показатели антиэндотоксинового иммунитета, провести коррекцию флоры кишечника наших пациентов препаратом Йогулакт. Таким образом, нами был предложен следующий терапевтический алгоритм лечения: энтеродез по 1 порошку в течение 5 дней, тиосульфат натрия 30% 10,0 в/в 10 инъекций, гепатопротекторы (стандартная терапия, рекомендованная «Протоколом ведения больных»). Лавомакс назначался после отмены энтеродеза по 1 таблетке 2 дня, далее 3 дня перерыв, с целью снизить эффект гипореактивности интерферонов и продолжить курс препаратом Лавомакс с 6–го дня по 1 таблетке через день, всего на курс 12 т, Йогулакт с первого дня терапии в стандартной дозировке в течение 21 дня. Положительного клинического эффекта удалось добиться у всех наблюдаемых больных уже на 4–й день, особенно активная положительная динамика регистрировалась у больных с псориатическим артритом. Лабораторные исследования, проведенные всем больным после лечения, свидетельствуют о достоверных изменениях показателей Т–лимфоцитарного звена: содержание Т–лимфоцитов и Т–хелперов увеличилось, супрессорная активность снизилась, иммунорегуляторный индекс приблизился к значениям здоровых лиц и достоверным снижением эндотоксиновой агрессии. Терапевтический комплекс: стандартная противопсориатическая терапия препаратами Лавомакс и Йогулакт оказывает комплексное лечебное воздействие на основные звенья патогенеза псориаза, что приводит к более быстрому клиническому выздоровлению и сокращению койко–дней, проведенных пациентом в стационаре.

ВЛИЯНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ГАФАРОВ М.М., ЗАЙНУЛЛИНА О.Н., ГАБИДУЛЛИН З.Г., БЛИНОВА Е.С.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Хорошо известна взаимосвязь между болезнями кожи и состоянием желудочно–кишечного тракта. Угревая болезнь (УБ) представляет серьезную проблему в дерматологии. Вследствие неясности этиопатогенеза, сложности терапии больные с УБ представляют актуальную проблему. Роль микрофлоры кожи, гормональных нарушений в развитии УБ изучена хорошо, вместе с тем заболевания ЖКТ, в частности дисбактериоз кишечника, изучены недостаточно.

Задачей нашего исследования явилось определение количественного и качественного состава микрофлоры кишечника с целью коррекции имеющихся нарушений.

Согласно данным литературных и клинических наблюдений, при лечении больных угревой болезнью антибиотиками широкого спектра действия наблюдается развитие тяжелых местных и общих осложнений, возникших в результате дисбактериоза кишечника. Мы определяли состояние микрофлоры кишечника у больных УБ традиционным способом (среда Эндо, Плоскирева и др.). Исследуемую группу составляли 33 больных с разной степенью тяжести УБ, 24 из них получали антибиотикотерапию и отмечали временный успех лечения. В результате исследований были выявлены: снижение количества ферментативной активности кишечной палочки (ниже $3\text{--}4 \cdot 10^8$ б/г), появление гемолизированных кишечных палочек, грамм–вариабельных кокков у 32–36% пациентов. В этой же группе больных наблюдалось снижение количества бифидобактерий (менее 10^7 б/г) и нарастание колоний грибов кандиды в ассоциации с золотистым стафилококком у 5 больных (из 33), длительно страдающих УБ.

Мы считаем, что достижение хороших результатов и длительной ремиссии у таких пациентов невозможно без включения в комплекс лечения препаратов, коррегирующих дисбактериоз кишечника.

Таким образом, дисбактериоз кишечника часто приводит к таким осложнениям у больных УБ, как абсцедирование, келоидизация, и существенно влияет на течение заболевания и выздоровление. С этой целью нами рекомендовано в процессе лечения антибиотиками больных УБ применять пробиотические препараты (Линекс, Хилак форте, Бифидумбактерин, Бион–3 и др.), энтеросорбенты (Полисорб, Полифепам) и противокандидозные препараты по показаниям.

Предложенные нами дополнения в комплексе лечения УБ позволили повысить эффективность и качество терапии больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛЛОПЕЦИЕЙ ГИПНОСУГГЕСТИВНЫМ МЕТОДОМ

ГАФАРОВ М.М., ГАЛИМОВ Р.К., БЛИНОВА Е.С.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Гнездная алопеция является одной из сложнейших проблем дерматологии. Этиология и патогенез алопеции изучены недостаточно. Гнездное облысение составляет от 1,5% до 8% всех дерматозов и нередко принимает длительное рецидивирующее течение. Гнездная алопеция является многофакторным заболеванием.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения гипносуггестивной терапии в сочетании с аутогенной тренировкой при различных формах гнездного облысения у детей, подростков, взрослых больных. Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 64 больных различными формами гнездного облысения. По клиническим формам результаты исследования больных распределялись следующим образом: очаговая алопеция выявлена у 57 человек (89,1%) больных, субтотальная — 4 человека (6,2%), тотальная — у 3 (4,7%).

В результате проведенного лечения у 62 больных гнездной, субтотальной, тотальной алопеции наблюдалось стойкое косметически достаточное восстановление волос, а у 2 больных наблюдали рост единичных или сгруппированных пушковых волос. Для достижения положительных результатов мы рекомендовали минимальное проведение 15 сеансов гипнотерапии (максимальное 25), после 3-го сеанса — активное введение аутогенной тренировки в процесс лечения. Продолжительность одного сеанса составляло 40 минут

Лечение гнездной алопеции методом гипносуггестивной терапии является доступным, может широко использоваться в амбулаторных и стационарных условиях.

Данные исследования показали, что метод гипносуггестивной терапии в сочетании с аутогенной тренировкой способствует восстановлению роста волос, оказывает положительное воздействие на вегетативную нервную систему, выравнивает соотношение тонуса симпатического и парасимпатического отделов, приводит к положительной динамике.

Разработанный нами метод гипносуггестивной терапии позволил достичь стойкого клинического эффекта у 97% больных алопецией.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ И ПОСТАКНЕ

ГЛУБОКОВА И.Б., КУЗНЕЦОВА Е.Д.

к.м.н., зав. центром лечебной косметологии СОКВД;

Заведующая организационно-методическим отделом ГУЗ СОКВД, г. Самара

Угревая болезнь (акне, аспе) — хроническое заболевание сальных желез, проявляющееся часто как следствие себореи и поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет и 11% лиц старше 25 лет. Сложность лечения определяется индивидуальными особенностями организма, в том числе особенностями структуры кожи и сальных желез, гормональным фоном, состоянием общего и местного клеточного иммунитета, а также неблагоприятными воздействиями внешней среды. Акне — проблемное и сложное кожное психосоматическое заболевание, поэтому недопустимо самолечение, проведение косметических процедур в парикмахерских, салонах красоты и других неспециализированных учреждениях. Лечение в ЦЛК СОКВД проводится только врачами-дерматокосметологами. Кожные структуры при постакне претерпевают необратимые изменения, и их уже невозможно привести в нормальное состояние без радикальных дерматохирургических методов.

Сложившаяся общая схема лечения в нашем центре имеет следующие этапы, которые конкретизируются индивидуально:

1. Постепенное очищение кожи от поверхностного и глубокого загрязнения с удалением элементов угревой сыпи с помощью дезинкрустационной, механической, ультразвуковой, вакуумной чисток, электрокоагуляции воспаленных и кистозных элементов, поверхностных лечебных химических пилингов, т. е. санации кожи.

2. Аппаратные физиотерапевтические методы лечения: ультратонотерапия, д'арсанвализация, фонофорез, ионофорез, микроковая терапия, криотерапия.

3. Антибактериальная терапия.

4. Устранение дисбактериоза, дефицитов витаминов А, В₁, В₆, В₁₂, С, цинка, меди.

5. Подавление очагов хронической инфекции и параллельное лечение основных хронических заболеваний соответствующими специалистами.

6. Общее и местное лечение ретиноидами.

При тяжелых случаях заболевания проводятся повторные курсы лечения.

Большое значение уделяется средствам домашнего индивидуального ухода за кожей: очищающим, тонирующим, антибактериальным, бактериостатическим, кератолитическим, поросуживающим, защитным и фотозащитным средствам. Последствия акне и постакне корректируются методами химического пилинга, микрокристаллической дермабразии, мезотерапии. Клинические наблюдения показывают, что лазерная дермабразия при постакне нежелательна, т. к. через 2–3 месяца после ее воздействия возникает обострение угревой сыпи у 68% пациентов. Все процедуры основываются на современных методах диагностики, назначаются и проводятся врачами-дерматокосметологами индивидуально с учетом соматического статуса пациента и особенностей течения болезни.

Процедуры проводятся по разработанной технологии лечения акне (заявка на изобретение РФ. Приоритет от 7.05.2002 г. № 2002111873), позволяющей существенно сократить сроки лечения по сравнению с данными литературы. На завершающем этапе лечения акне рекомендуется проведение круговой механической дермабразии (заявки на изобретения РФ. Приоритеты от 28.05.2001 г. № 2001114571, от 24.04.2002 г. № 2002111211 и от 7.05.2002 г. № 2002111874). Отметим, что разработанные нами способы дермабразии характеризуются следующими эффектами: отсутствие ощущений во время и после операции, отсутствие инфекционных осложнений и выраженной эритемы в послеоперационном периоде, короткий срок регенерации кожи (5–9 дней) и ее полное восстановление (2–3 месяца). Механическая дермабразия позволяет радикально изменить строение кожных структур и архитектуру капиллярной сети дермы, вследствие чего постепенно прекращается появление свежих элементов акне, происходит сглаживание пор, рубцов и устранение застойных пятен и пигментации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОАККУТАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ

ГРАШКИН В.А., ГОРЧАКОВ Д.А., ГОРЧАКОВА М.А.

ММУП «Лечебно-консультативный центр», г. Саратов

Угревая болезнь (акне) — часто встречающееся заболевание кожи молодого и подросткового возраста, характеризующееся поражением сально-волосяных фолликулов. Лечение акне — актуальная проблема дерматовенерологии.

Цель: Изучение клинической эффективности препарата «Роаккутан» в лечении больных акне. Препарат является стерео-изомером трансретиноевой кислоты (третиноина), относится к природным ретиноидам, влияет на все четыре патогенетических фактора акне: избыточную секрецию кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, колонизацию *P.acnes* и воспаление.

Материалы и методы: «Роаккутан» был назначен 22 больным угревой болезнью (9 женщин и 13 мужчин) в возрасте 18–26 лет с давностью заболевания от 2 до 5 лет. У 14 (63,6%) процесс локализовался на коже лица, а у 8 (36,4%) — на коже туловища и лица. Высыпания носили полиморфный характер: комедоны, папулы, пустулы, узловато-кистозные индуративные элементы, гипертрофические рубцы. III степень тяжести была у 12 пациентов (54,5%), IV — у 10 (45,5%). В прошлом пациенты получали различные антибиотики, иммуномодуляторы, наружное и физиотерапевтическое лечение с кратковременным эффектом. Роаккутан (капсулы по 10 мг, 20 мг) назначали 1 или 2 раза в день во время еды в виде монотерапии. Лечение у женщин начинали на 2–3 день следующего менструального цикла при отрицательном тесте на беременность. Пациентки письменно предупредились об опасности наступления беременности в ходе лечения и в течение одного месяца после него. Продолжительность терапии была от 16 до 20 недель. Суточная доза у 12 (54,5%) составляла 0,5 мг/кг веса, у 10 (45,5%) — 1 мг/кг.

Результаты: Клинический эффект констатировали на 1–2 неделе лечения — снижение признаков себореи, на 3–4 неделе — уменьшение воспаления и пустулезных элементов, на 4–8 неделе — уменьшение числа комедонов и кист. Положительный эффект проводимой терапии отмечен у всех пациентов. Стойкая ремиссия наступила у 20 (90,9%) больных. В процессе лечения на первой неделе отмечались побочные действия в виде хейлита у 11 (50%) больных, который носил транзиторный характер. Отклонений от нормы лабораторных показателей не было.

Выводы: Проведенное исследование продемонстрировало значимую клиническую эффективность, хорошую переносимость, стойкий терапевтический эффект «Роаккутан» при лечении больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами угревой болезни.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ АНГИИТОВ

ДАНИЛЕВСКАЯ Р.С., КУЗИНА З.А., ПАВЛЕНКО Т.Я., БАСИЕВА К.Б.

Кафедра кожных и венерических болезней РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Целью работы являлось изучение эффективности метода комплексного лечения ангиитов, заключающегося в использовании помимо базисной терапии препаратов: Цитофлавин (10 мл на 200 мл физ. р-ра в/в кап. медленно, ч/д № 10), Реамберин (400 мл. в/в кап. ч/д № 5), наружно Деринат (Д) и бальзам «Экстрим» (наружно). Базисная терапия включала глюкокортикоидные препараты, антибиотики, аскорбиновую кислоту, аскорутин. Под наблюдением находились 19 больных: из них 7 — с параспориазом Муха—Габермана; 3 — с некротическим ангиитом; 9 — с ангиитом Шамберга. Среди них было 10 детей в возрасте от 7 до 14 лет. Эффективность лечения оценивали по прекращению прогрессирования заболевания, уменьшению воспалительного, прекращению периферического роста язв, отсутствию гнойного отделяемого из них, времени эпителизации язвенной поверхности. Проведенная терапия оказалась эффективной в 89% случаев: у 18 из 19 пациентов отмечалось значительное улучшение клинической картины. Положительная динамика клинической картины сопровождалась снижением в крови больных уровня средних молекул (с $480,0 \pm 20$ усл. ед. до лечения до $280,0 \pm 20$ усл. ед. после лечения $p < 0,01$), а также повышением активности супероксиддисмутазы (на 32%) и глутатионпероксидазы на (20%, $p < 0,01$), а активность каталазы уменьшилась (на 29%). Разработанный комплекс лечения позволил избежать назначения глюкокортикоидных препаратов детям и 40% взрослых больных и снизить дозы у остальных пациентов. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный метод лечения в ряде случаев как возможную альтернативу гормональной терапии ангиитов.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОДЕРМИЙ

ДЖАЛИЛОВ Д.С., РАХМАТОВ Т.П., ИСАБАЕВ Б.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Особое место среди заболеваний кожи с нарушением процессов ороговения занимают кератодермии. В патогенезе заболевания ведущую роль играет нарушение процессов клеточного обновления, что приводит к гиперпролиферации кератиноцитов с последующим нарушением их дифференцировки.

Схожесть клинической картины многих заболеваний, которые сопровождаются поражением ладоней и подошв, вызывает определенные трудности в диагностике дерматозов. Дифференцировка кератодермии основывается на особенностях клиники и симптомах сопутствующих заболеваний.

Кератодермии ладоней и подошв включают обширную группу заболеваний. При всем многообразии клинических проявлений ладонно-подошвенной кератодермии встречаются в виде наследственных (кератодермия Унны—Тоста, кератодермия Меледа, мутилирующая кератодермия и т. д.) и приобретенных форм (симметричная эритематозная кератодермия Бенье, климактерическая кератодермия и т. д.). Ладонно-подошвенная кератодермия может также протекать как симптом некоторых заболеваний (ладонно-подошвенный псориаз, роговая экзема, красный плоский лишай и т. д.).

В патогенетической терапии данных заболеваний большой интерес представляет глутоксим (производитель ЗАО «Pharma VAM», Москва). Это представитель нового класса лекарственных препаратов-тиопозтинов. Он обладает иммуномодулирующим и цитопротекторным свойствами, оказывая дифференцированное воздействие на нормальные (стимуляция пролиферации и дифференцировки) и трансформированные (индукция апоптоза) клетки.

Целью нашего исследования являлась оценка целесообразности включения глутоксима в комплексную терапию кератодермий. Лечение проведено 20 больным различными формами кератодермий.

Препарат применялся внутримышечно в суточной дозе 10 мг в течение 20 дней. В результате лечения у всех больных стали наблюдаться уменьшение субъективных ощущений и шелушение в очагах поражения.

Таким образом, Глутоксим оказывает нормализующее влияние на гиперпролиферацию, нарушения дифференцировки кератиноцитов, метаболические нарушения в клетках, способствует уменьшению площади высыпаний, более быстрой регрессии симптомов.

ДИМЕФОСФОН В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ДЖАНАШИЯ К.П., КУЛИКОВА О.Д., ПЕТРИЧУК С.В.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва
ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва

Проблема терапии atopического дерматита (АД) сохраняет свою актуальность в связи со сложностью патогенеза. Далеко не все механизмы, участвующие в реализации патологического процесса, известны в достаточной мере. Патогномичным для АД у детей является наличие мембранодеструктивных процессов в период обострения дерматоза, что приводит к изменениям ферментного статуса организма. В литературе сравнительно мало освещены особенности метаболизма лимфоцитов. Их изучение значительно расширит возможности терапевтической коррекции основного патогенетического механизма на клеточном и субклеточном уровнях. В последние годы в комплексной терапии детей с АД успешно применяются метаболические препараты. Одним из них является димефосфон (Дф), известный как стабилизатор клеточных мембран, в том числе и мембран иммунокомпетентных клеток. Простым и объективным методом оценки эффективности Дф может являться цитохимический анализ.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния димефосфона на показатели сукцинатдегидрогеназы (СДГ) лимфоцитов периферической крови детей с АД.

Нами обследованы 25 пациентов с АД в возрасте от 8 до 16 лет с разными клиническими формами дерматоза в стадии обострения. Степень тяжести кожного процесса варьировала от 22 до 73 баллов (по SCORAD). В лимфоцитах периферической крови определяли активность (СДГ) цитоморфоденситометрическим методом до лечения и на 11-й день от начала терапии.

Анализ результатов исследований показал, что активность фермента в лимфоцитах достоверно отражает тяжесть состояния пациентов. Терапия димефосфоном способствовала регрессу проявлений АД в короткие сроки. Выявлена корреляция клинических проявлений АД с показателями СДГ (площади, оптической плотности, интегральной оптической плотности гранул-продукта реакции) независимо от исходного уровня активности.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии димефосфона на энергетический метаболизм лимфоцитов периферической крови детей с АД. Цитохимические показатели могут быть использованы в качестве критерия эффективности лечения на клеточном и субклеточном уровнях.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ С ПОМОЩЬЮ РАДИОВОЛНОВОГО АППАРАТА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ДУБЕНСКИЙ В.В.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

Актуальность проблемы: Вросший ноготь (*unguis incarnatus*) — одна из серьезных медико-социальных проблем малой хирургии и дерматовенерологии, что обусловлено распространенностью данной патологии — она составляет от 0,5 до 10% среди больных, обращающихся за амбулаторной помощью к хирургу и дерматовенерологу. Существующие консервативные и ортопедические мероприятия в подавляющем большинстве случаев не приводят к излечению, радикальные же операции сопровождаются временной потерей трудоспособности, выраженным болевым синдромом и неудовлетворительными эстетическими результатами (Дубенский В.В., 2008). Для лечения вросшего ногтя радиоволновая хирургия используется как самостоятельный метод лечения, так и в составе радикальной операции.

Цель исследования: Оценка клинической эффективности радиоволновой хирургии в лечении вросшего ногтя.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 53 больных с вросшем ногтем (29 женщин и 24 мужчин) в возрасте от 23 до 62 лет с давностью заболевания или настоящего рецидива от 7 до 85 дней. Вросший ноготь у 51 больного был только на первом пальце стопы, у 1 — на втором пальце и 1 — на первом и втором пальцах. Вростание ногтевой пластинки с двух сторон выявлено у 5 больных. Степень тяжести вросшего ногтя была различна: в большинстве случаев диагностирована вторая степень — у 32 человек; третья — у 17 и первая степень вростания — у 4 пациентов. Рецидив вростания выявлен у 8 пациентов, которым были выполнены классические хирургические вмешательства (3 больным ранее выполнялась экстирпация ногтевой пластины по Duprütren, 3 — операция по Barlett и 2 — операция по Shmieden).

Техника операции: Оперативное лечение вросшего ногтя проводилось в день обращения. После обработки операционного поля раствором антисептика под проводниковой анестезией по Oberst-Лукашевичу 2% раствором лидокаина или септанеста выполнялась краевая резекция ногтевой пластинки на стороне вростания до ростковой зоны, отступив от видимого края ногтя на 3–4 мм. Затем, используя один из электродов набора Н9 для работы с ногтевым ложем и матриксом для аппарата «Surgitron» («Ellman International», США), выполнялась радиоволновая коагуляция ростковой зоны в области резекции ногтевой пластины. Воздействие проводилось в режиме «коагуляция» с мощностью 30–40% аппарата «Surgitron» и экспозицией 5–6 секунд. При выраженных воспалительных изменениях мягких тканей бокового околоногтевого валика выполняли радиоволновую санацию патологически-измененных тканей. Дальше послеоперационная область обрабатывалась антисептиком и накладывалась асептическая повязка. При вростании с двух сторон аналогичное вмешательство выполнялось с контрлатеральной стороны. После операции рекомендовали ношение свободной и удобной обуви; разъяснялись правила правильного подрезания ногтей и личной гигиены. Первый осмотр производили на пятые сутки.

Результаты и их обсуждение: В результате радиоволнового лечения при первом осмотре состояние вростания и воспалительные изменения бокового ногтевого валика ликвидированы у 51 пациента (у 2 больных период заживления затянулся до 12 и 14 дней соответственно). Болевой синдром после оперативного лечения проявлялся в виде слабовыраженных болей в области

латерального валика и в зоне радиоволнового воздействия на ростковую зону и характеризовался большими как «незначительный». Нарушений трудоспособности как следствие операции — не было.

Заключение: Таким образом, использование радиоволновой коагуляции ростковой зоны на аппарате «Surgitron» с использованием набора электродов Н9 является достаточно эффективным (94,3%) при лечении врастания ногтевой пластинки. Техника радиоволнового воздействия представляется малотравматичной и сопровождается невыраженным послеоперационным болевым синдромом, с сохранением трудоспособности пациента, что позволяет рекомендовать широкое применение указанного метода.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ПРОЦЕССА

ЕРМОШИНА Н.П., ТЕРЕНТЬЕВ С.Ю., ЯКОВЛЕВА Н.В.

РязГМУ, г. Рязань

Цель: Изучение психологических особенностей больных псориазом в зависимости от степени тяжести дерматоза.

Материалы и методы: Оценка психологического состояния пациентов проводилась с помощью экспресс-варианта психодиагностического комплекса «Статус ПСИ»: тест Смишека; тест САН; анкета жизненной удовлетворенности; тест POI; методика Дембо — Рубинштейн. Для оценки степени тяжести псориатического процесса мы использовали индекс PASI. Под нашим наблюдением находилось 50 больных распространенным псориазом в возрасте от 18 до 60 лет (30 мужчин, 20 женщин). В зависимости от степени тяжести кожного процесса все пациенты были разделены на три группы: легкая степень ($0 < PASI < 10$) — у 11 больных, средняя степень ($10 < PASI < 50$) — у 32, тяжелая степень ($50 < PASI$) — у 7.

Результаты: Тест Смишека выявил наличие скрытых акцентуаций характера — у всех пациентов, страдающих псориазом, а явных акцентуаций у 60% (пациенты второй и третьей групп). Среди типов акцентуаций в первой группе больных преобладали лабильный, а во второй и третьей — психастенический и дистимный. Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной пессимистической настроенности пациентов второй и третьей групп относительно своего будущего, а также большей, по сравнению с больными первой группы, пассивности, необщительности, тревожной мнительности, склонности к самоанализу. Пациенты же первой группы обладали повышенной эмоциональностью и восприимчивостью, они одинаково легко поддавались как радости, так и печали, что, возможно, связано со степенью активности дерматоза у этих больных в данный момент. Низкие показатели САН были диагностированы у 72% пациентов, при этом значения показателей возрасали от третьей группы к первой. При анализе данных анкет жизненной удовлетворенности последняя была снижена у 74% больных псориазом, причем самые низкие показатели были у пациентов третьей группы. Тест POI выявил у 30% больных низкий уровень самоактуализации (пациенты второй и третьей групп). Это подтверждает более выраженную зависимость больных среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза от социальных норм и их потребность в одобрении и принятии. Анализ данных самооценки по методике Дембо — Рубинштейн показал её низкий уровень у 75% обследованных, причем наиболее низкие показатели самооценки были у пациентов третьей группы.

Выводы: Псориаз отрицательно влияет на психоэмоциональную сферу пациентов, причем степень этого влияния находится в прямой зависимости от тяжести кожного процесса.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИФФУЗНОГО ТЕЛОГЕННОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС У ЖЕНЩИН

ЗАЙЦЕВА Ю.Н., ГОЛЬЦОВА Е.Н.

Клиника эстетической и лазерной медицины «Нео-Клиник»

Диффузное телогенное выпадение волос является наиболее часто встречающейся формой выпадения волос у женщин. Прогрессирующее диффузное выпадение волос часто наблюдается вследствие соматических или психосоматических заболеваний, а также влияния стрессовых ситуаций, как результат неполноценной, низкокалорийной диеты, приема некоторых лекарственных средств. Кроме того, было показано, что у женщин может наблюдаться и диффузная андрогенетическая алопеция. Четкой причины диффузного телогенового выпадения волос у женщин не удается обнаружить приблизительно в 30% случаев. Предполагается, что взаимодействие нескольких адьювантов создает общую этиопатогенетическую картину, на фоне которой и происходит усиленное выпадение волос.

Нами было обследовано 28 женщин в возрасте от 19 до 45 лет с жалобами на диффузное выпадение волос, длительностью заболевания от 6 месяцев до 15 лет с поредением волос 0–2–й степени по Людвику. Предварительно у всех пациенток были исключены наиболее часто встречающиеся состояния, вызывающие или отягощающие выпадение волос — железодефицитная анемия, латентный железодефицит, гипотиреоз, белково-калорийная недостаточность.

Диффузное телогенное выпадение волос было подтверждено с использованием диагностического оборудования и программного обеспечения, позволяющего определить плотность волос (количество волос на 1 см^2) в стандартных точках теменной и затылочной зон, средний диаметр волос в стандартных точках теменной и затылочной зон, фототрихограммы с контрастированием в стандартных точках с подсчетом количества телогенных и анагенных волос (%).

Всем пациенткам было проведено исследование уровня эстрогенов, тестостерона, прогестерона, пролактина, ФСГ, ЛГ, 17–ОН прогестерона, ДЭА на 4–6–й день цикла. У 24 (85%) обследованных женщин было выявлено повышение уровня 17–ОН прогестерона, у 9 из них (31% обследованных) других отклонений от нормальных показателей не было выявлено. У 5 (17,2%) пациенток повышение уровня 17–ОН прогестерона сочеталось с повышением уровня кортизола. Изолированное повышение уровня кортизола было выявлено у 1 пациентки (3,5%). У 4 (13,8%) пациенток были выявлены сложные гормональные нарушения, включающие повышение тестостерона, кортизола, 17–ОН прогестерона, пролактина, прогестерона, ДЭА ЛГ. Даже изолированное повышение уровня 17–ОН прогестерона сопровождалось диффузным поредением волос до 2–й степени по Людвику.

Для лечения андрогензависимой алопеции применяются стимуляторы роста волос (миноксидил и его аналоги), по показаниям системные антиандрогенные препараты (ципротерона ацетат, диеногест, дроспиренон и др.). Кроме того, в составе комплексного лечения регрессивных алопеций, в частности андрогенетического облысения, можно применять лекарственный препарат

Пантовигар, стимулирующий процессы метаболизма в структурах волосяного фолликула. Лечение пантовигаром пациентов с таким типом облысения дает хороший эффект при наличии частичной синхронизации телогена.

Комплексная диагностика причин диффузного телогенного выпадения волос и дифференцированный подход к лечению позволяют в течение 3–6 месяцев добиться прекращения прогрессирующего диффузного выпадения волос и активизировать рост волос.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

ЗИГАНШИН О.Р., МОКИНА Я.В.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск

Психосоматические расстройства являются актуальной проблемой современной медицины. Врачи–дерматологи отмечают рост количества больных с расстройствами эмоциональной сферы, обусловленной обострениями хронического кожного заболевания. Локализация кожного процесса, площадь поражения, длительность хронического дерматоза у большинства пациентов неразрывно связана со степенью тяжести депрессивных расстройств. В связи с этим появилась необходимость в выявлении и лечении таких состояний, среди которых первое место занимают депрессии.

Целью исследования явился сравнительный анализ депрессивных расстройств у больных хроническими кожными заболеваниями.

Выборка сформирована из 178 больных обоего пола, страдающих кожными заболеваниями: псориаз 45,5% (n = 81), атопический дерматит 25,8% (n = 46), экзема 19,1% (n = 34), розацеа 9,6% (n = 17). Средний возраст больных составляет $37,8 \pm 2,3$ года, длительность заболевания дерматитом 15 ± 5 лет.

Применялась шкала самооценки депрессии Zung W.W. (1965), которая заполнялась до начала лечения и в конце. В ходе исследования у 93,8% обследуемых (n = 167), страдающих хроническим дерматозом, выявлена депрессия следующих уровней: у 32,9% — легкая степень, у 56,9% — средняя степень, у 10,2% — тяжелая степень.

Все пациенты получали комплексную дерматологическую терапию, включающую дезинтоксикационные и десенсибилизирующие методы, антигистаминные препараты, сорбенты, витаминотерапию, а также местное мазевое лечение и физиотерапевтические процедуры.

К концу лечения у 24,7% больных продолжала сохраняться депрессивная симптоматика: у 14,4% — лёгкая степень, у 10,8% — средняя степень, у 1,2% — тяжелая степень.

Учитывая полученные данные, целесообразно говорить о необходимости использования антидепрессантов в комплексном лечении больных с хроническими дерматозами. Современные методы терапии антидепрессантами должны проходить с учётом не только мощности их антидепрессивного действия, но и максимальной переносимости, а также безопасности для широкого контингента больных. Это позволит улучшить соматическое состояние больных с хроническими дерматозами и повысить качество жизни данной категории пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ В–КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ КОЖИ

ИЛЮШКИНА Е.А., ЗВОНКОВ Е.Е., КРАВЧЕНКО С.К.

ГУ ГНЦ РАМН, г. Москва

Первичные В–клеточные лимфомы кожи составляют менее 20% всех первичных лимфом кожи. На настоящий момент в этой группе болезней выделяют 4 нозологии: первичная лимфома кожи из клеток фолликулярного центра, первичная лимфома кожи из клеток маргинального центра, первичная диффузная В–клеточная крупноклеточная лимфома кожи, тип нижних конечностей, и первичные диффузные В–клеточные крупноклеточные лимфомы кожи, не тип нижних конечностей (классификация WHO–EORTC 2004).

Прогноз у больных с первичной лимфомой кожи из клеток фолликулярного центра и первичной лимфомой кожи из клеток маргинальной зоны благоприятный, поэтому в случае единичных элементов возможно хирургическое удаление очага и динамическое наблюдение за больными. При распространенных процессах перспективным является применение полихимиотерапии по программе FMC–R (флудара, циклофосфан, митоксантрон, ритуксимаб).

В ГНЦ РАМН наблюдались 5 больных с диагнозом первичная лимфома кожи из клеток фолликулярного центра и 3 больных — с диагнозом первичная лимфома кожи из клеток маргинальной зоны. 6 больным с единичным элементом проведено хирургическое удаление очага с последующим динамическим наблюдением. На настоящий момент в ремиссии находится 5 пациентов, у 1 пациента рецидив, по поводу которого проводится лучевая терапия. Срок наблюдения 6–24 мес. Полихимиотерапия по программе FMC–R проведена 1 больному с диагнозом лимфома из клеток маргинальной зоны и мультифокальным поражением кожи. Достигнута ремиссия. Срок наблюдения 26 мес. 2–й больной с лимфомой из клеток маргинальной зоны и мультифокальным поражением кожи находится на лечении по той же программе. Первичная диффузная В–клеточная крупноклеточная лимфома кожи, тип нижних конечностей, характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом. 5–летняя выживаемость при применении полихимиотерапии по программе СНОР или лучевой терапии составляет 28%. Учитывая неблагоприятный прогноз и агрессивный характер течения болезни целесообразно интенсифицировать терапию. В ГНЦ РАМН двум больным проведена полихимиотерапия по модифицированной программе NHL BFM90. У одного больного сохраняется полная ремиссия при сроке наблюдения 12 мес. Второй больной находится в процессе лечения. Случаи первичной кожной диффузной В–клеточной крупноклеточной лимфосаркомы, которые протекают только с поражением кожи головы и туловища и имеют более благоприятный прогноз: 5–летняя выживаемость составляет 75%. Морфологически и иммуногистохимически они сходны с первичной кожной диффузной В–клеточной крупноклеточной лимфосаркомой, тип нижних конечностей. В ГНЦ РАМН проходили обследование и лечение двое пациентов. Учитывая факторы плохого прогноза, а именно большую массу опухоли, агрессивное течение, возможную трансформацию из зрелоклеточной опухоли (многолетний анамнез), проведена терапия по модифицированной программе NHLBFM–90 с последующей консолидирующей лучевой терапией. Достигнута полная ремиссия. Срок наблюдения 3 месяца.

На настоящий момент продолжается набор больных для оценки эффективности проводимых программ полихимиотерапии и определения критериев начала ПХТ.

КЛИНИКО–ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

КОННОВ П.Е., НИКОНОВА И.В., ЛИМАРЕВА Л.В.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

В развитии микробной экземы участвуют многие механизмы, однако патогенез заболевания, сложный и многогранный и остается до конца не изученным. Основу нашей работы составили результаты комплексного иммунологического обследования 178 человек: 64 практически здоровых обследованных и 114 больных с развившейся микробной экземой. Анализ показателей клеточного звена иммунитета у лиц обследованных групп показал, что в группе больных микробной экземой отмечается повышение уровней лимфоцитов, экспрессирующих на своей поверхности CD4+, CD25+, CD95+, CD3+, HLA-DR+ маркеры, CD4+/CD8+, и снижено содержание клеток, экспрессирующих, CD8+, CD16+ маркеры, понижена фагоцитарная активность лейкоцитов. Различия по показателям CD25+, CD95+, HLA-DR+ лимфоциты между группами обследованных пациентов достоверны с высокой степенью значимости ($p < 0,05$). Снижение уровня CD8+, возможно, связано с их перераспределением в очаг воспаления в коже. Увеличение HLA-DR+ является адекватной реакцией иммунной системы на антигенную стимуляцию. Согласно данным литературы супрессия В-лимфоцитов приводит к более тяжелым поражениям организма антигеном. Следующим этапом было определение показателей характеризующих гуморальное звено. В исследуемой группе отмечается угнетение гуморального иммунного ответа (снижение сывороточных концентраций IgM, IgG, комплемента). Кроме того, регистрируется повышение уровня IgA и миелопероксидазы. Только различие уровня миелопероксидазы между группами обследованных пациентов достоверно с высокой степенью значимости ($p < 0,05$). Наряду с гуморальным иммунным ответом анализировали участие провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-8, ФНО- α . Исследование уровня цитокинов позволило установить достоверные отличия по всем показателям. Наблюдалось увеличение концентрации ИЛ-8 и ИЛ-1 α ($p < 0,001$) и снижение уровня ИЛ-1 β ($p < 0,01$) и ФНО- α ($p < 0,001$). Концентрация ИЛ-8, ИЛ-1 α увеличена, так как идет активный воспалительный процесс в коже. Учитывая возможное сочетание изменений клеточного, гуморального звена и активацию цитокинов в ходе иммунного ответа, нами были проанализированы закономерности формирования типов иммунных реакций у больных микробной экземой. Проведен кластерный анализ по выявлению различных типов иммунного гомеостаза. Обследуемые четко разделились на два кластера. Первый тип реагирования при микробной экземе характеризовался более высокими уровнями клеток, экспрессирующих CD3+, CD8+, CD95+ и HLA-DR+ маркеры; IgA, IgM, CH50 и ИЛ-1 α . Второй тип — характеризовался снижением этих же показателей иммунитета. Таким образом, больные микробной экземой имеют два типа иммунного ответа: первый тип — с более яркой клинической картиной, второй тип — со склонностью к торпидному течению.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПАНАВИР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

КОРОТКИЙ Н.Г., ЛАЗУТИНА Е.В.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета и отдел иммунологии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрав, г. Москва

Проблема псориаза продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современной дерматологии. Обусловлено это в первую очередь неясностью этиологии, незавершенностью концепций патогенеза, значительной распространенностью, хроническим, а порой и крайне тяжелым течением данного дерматоза, приводящим больных к психологической и социальной дезадаптации, в наиболее тяжелых случаях — к инвалидизации.

В связи с вышеизложенным особую актуальность приобретает разработка и внедрение в дерматологическую практику эффективных и безопасных препаратов для лечения псориаза у детей.

Целью нашего исследования являлась оценка клинической эффективности и безопасности применения препарата «Панавир» в терапии псориаза у детей.

Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 12 до 17 лет, страдающих различными формами псориаза, с давностью заболевания от 1 месяца до 8 лет. Всем детям проводилось иммунологическое исследование с определением показателей Т-клеточного звена иммунитета, а также цитокиновый спектр до лечения и после проведенной терапии. При анализе полученных результатов имело место увеличение числа CD3, CD16, CD95 лимфоцитов при снижении иммунорегуляторного индекса. При определении уровня цитокинов в сыворотке крови отмечалось повышение количества провоспалительных цитокинов Ил-2 и ФНО α , ИНФ.

Лечение препаратом «Панавир» проводили пациентам по следующей схеме: препарат применялся в виде внутримышечных или внутривенных инъекций по 5 мл 0,004% раствора с интервалом 48 часов, наружно проводилась стандартная терапия кератолитическими средствами.

После проведенного курса терапии у 27 детей была достигнута клиническая ремиссия, у 8 пациентов отмечалось значительное улучшение и у 5 больных — улучшение кожного процесса. Данные контрольного иммунологического исследования выявили нормализацию всех показателей.

В процессе терапии не было выявлено побочных явлений и осложнений, лечение препаратом «Панавир» хорошо переносили все дети больные псориазом.

АНАЛИЗ УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ТИМОГЕНОМ У ДЕТЕЙ С ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

КОСТИНА С.В., ШАРОВА Н.М., КОРОТКИЙ Н.Г.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрав, г. Москва

Согласно современным представлениям очаговая алопеция является тканеспецифическим аутоиммунным заболеванием, в основе которого лежит активация преимущественно Т-звена иммунной системы. Гиперактивация иммунной системы сопровождается повышенной выработкой провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α и др.). Терапия иммуносупрессивными препаратами не приносит длительной ремиссии и сопровождается побочными эффектами.

Цель исследования — изучение эффективности препарата «Тимоген» в лечении очаговой алопеции и анализ уровней провоспалительного (ФНО- α) и противовоспалительного (ТФР- β) цитокинов в сыворотке больных с различными формами очаговой алопеции. Под нашим наблюдением находилось: 37 детей (24 девочки и 13 мальчиков) в возрасте от 5 до 17 лет с очаговой алопецией с различной продолжительностью заболевания и тяжестью течения. Очаговая форма отмечалась у 18 (49%) человек, у 9 (24%) — субтотальная форма и офиазис, у 10 (27%) пациентов — тотальная и универсальная форма алопеции. Пациентов делили на две группы. Среди пациентов первой группы I (17 человек) прогрессирующее течение отмечалось у 10 человек, им проводилась традиционная фармакотерапия (сосудорасширяющие средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию в коже, седативные препараты, пищеварительные ферменты, наружная раздражающая терапия), среди пациентов второй группы II (20 человек) прогрессирующее течение отмечалось у 13 человек, им проводилась комплексная терапия с применением препарата «Тимоген». У пациентов I группы отмечалась стабилизация процесса у 6 (60%), клиническое улучшение (оживление фолликулярного аппарата, отрастание пушковых волос) — у 3 (30%) пациентов, во II группе — 10 (77%) и 6 (46%) соответственно. Установлена высокая клиническая эффективность препарата «Тимоген» в комплексной терапии очаговой алопеции у детей. У пациентов I и II группы было выявлено увеличение уровня ФНО α по сравнению со ЗД, уровень ФНО α увеличивался в зависимости от тяжести течения в I и II группах. После проведения терапии уровень ТФР- β во II группе увеличивался, тогда как в I практически не менялся. Таким образом, повышение уровня провоспалительных цитокинов (ФНО α) в сыворотке детей связано с тяжестью течения заболевания, уровень противовоспалительного цитокина (ТФР- β) повышается после терапии «Тимогеном».

ПРИМЕНЕНИЕ НАДВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ НА ПАРАХ ЗОЛОТА

КУБЫЛИНСКИЙ А.А., УДЖУХУ В.Ю., КОРОТКИЙ Н.Г.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Под нашим наблюдением находились 48 больных в возрасте от 18 до 60 лет, страдавших псориазом более 2 лет и имевших в анамнезе как минимум 1 неудачный эпизод системной терапии дерматоза. Все пациенты были разделены на две группы с учетом возраста, пола и формы псориаза.

В первую группу, получавшую лечение согласно стандартам медицинской помощи больным псориазом (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.12.2007 г. № 780), было включено 5 женщин (средний возраст 38 лет) и 19 мужчин (средний возраст 41 год). В этой группе у 13 больных диагностирован распространенный вульгарный псориаз, у 9 — экссудативный псориаз, у 2 пациентов — эритродермия.

Второй группе пациентов, в которую вошли 24 больных: 5 женщин (средний возраст 39 лет) и 19 мужчин (средний возраст 44 года) на проекцию кубитальной вены проводили через день надвенное лазерное облучение крови (НЛОК) с применением лазера на парах золота со следующими характеристиками: длина волны 628 ± 2 нм, мощность излучения ≥ 1 Вт, частота следования импульсов 16 кГц, длительность импульсов 20 нс. В данной группе у 12 пациентов был вульгарный распространенный псориаз, у 9 — экссудативный псориаз и у 3 — эритродермия. Все пациенты в течение 21 дня ежедневно принимали по 1 капсуле мультивитаминного комплекса «Центрум а-Zn».

В результате проведенного лечения клиническая ремиссия отмечена у 10 (41,7%) пациентов первой группы и 11 (45,8%) пациентов второй группы, значительное улучшение — у 6 (25%) пациентов каждой группы, улучшение — у 8 (33,3%) и 7 (29,2%) пациентов соответственно.

Таким образом, применение НЛОК в лечении больных различными формами псориаза среднетяжелой и тяжелой степени тяжести с использованием лазерной установки на парах золота обладает высокой клинической эффективностью и сопоставимо по своим результатам с общепринятыми методами терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ТКАНЕВЫХ ПОВЯЗОК ИЗ ГИДРОАЛЬГИНАТНЫХ ВОЛОКОН, ПОКРЫТЫХ СЕРЕБРОМ, В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

КУЗОВА А.В., ЕФИМОВ Б.А., КУЛАГИНА Е.В., КОРОТКИЙ Н.Г.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Атопический дерматит (АД) часто ассоциирован с колонизацией кожных покровов *S. aureus*. В настоящее время показана эффективность лечения ран, используя перевязочный материал на основе тканей, покрытых серебром и обладающих антибактериальными свойствами.

Целью работы было установление клинической эффективности использования тканевых повязок из гидроальгинатных волокон, покрытых серебром, у детей, страдающих АД.

В исследование были включены 21 пациент в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 8 лет) с клиническим диагнозом АД средней тяжести, находившиеся на стационарном лечении в РДКБ, г. Москва. Индекс по балльной оценке тяжести АД (SCORAD) в среднем составил 35. У всех пациентов до начала лечения было проведено микробиологическое исследование пораженных участков кожи для определения количества стафилококков. Всем больным проводили общее лечение, регламентированное стандартами оказания медицинской помощи в стационарах, включавшее основной уход, а также лечение антигистаминными препаратами. Наружно, локально на область кожи с выраженным патологическим процессом, больным накладывали тканевые повязки, созданные на основе волокон, покрытых серебром (гидроальгинатные повязки SILVERCEL *Johnson&Johnson*), на 7 суток. По истечении этого срока проводили повторное микробиологическое исследование.

Микробиологическое исследование показало, что до лечения у 18 пациентов (86%) кожа в области выраженного патологического процесса была колонизирована стафилококками, среднее количество которых составляло $4,5 \pm 0,3$ КОЕ/см². Причем у всех этих пациентов были обнаружены *S. aureus* ($4,3 \pm 0,4$ КОЕ/см²) и у 9 человек были обнаружены коагулаза-негативные стафилококки (среднее количество $3,5 \pm 0,4$ КОЕ/см²). После проведенного лечения стафилококки были обнаружены на коже только 10 пациентов, в среднем количестве составившем $2,5 \pm 0,3$ КОЕ/см² ($p < 0,05$). *S. aureus* продолжали высеваться только у 8 пациентов ($p < 0,05$), и их количество

уменьшилось до $2,3 \pm 0,2$ КОЕ/см² ($p < 0,05$). Частота обнаружения коагулазанегативных стафилококков достоверно не снижалась, однако их количество уменьшалось до $2,3 \pm 0,26$ КОЕ/см² ($p < 0,05$). У всех детей была хорошая переносимость лечения. У 20 (94%) больных отмечалось улучшение кожного процесса. SCORAD после лечения составил 20 ($p < 0,05$). Таким образом, использование повязок, покрытых серебром, является эффективным и безопасным методом терапии АД, отягощенного бактериальной инфекцией.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЙКОСТИМА НА ПОКАЗАТЕЛИ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИЯМИ

КУКАЛО С.В., УДЖУХУ В.Ю., КОРОТКИЙ Н.Г.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Пиодермии в настоящее время являются наиболее распространёнными дерматозами с частотой встречаемости от 17,9 до 43,9%. Известно, что пиодермия протекает на фоне иммунных нарушений, касающихся как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. Одной из основных задач в современной дерматологии является изучение патогенеза и разработка новых более эффективных методов лечения пиодермий.

Под нашим наблюдением находилось 57 больных пиодермией (35 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 60 лет с различными формами заболевания и тяжестью течения. Контрольную группу составили 20 пациентов с пиодермией, получавших антибиотикотерапию.

Целью работы явилось изучение влияния лейкостима на Т-лимфоциты у больных пиодермиями, показатели их активации.

Лейкостим вводился в течение трёх дней подкожно в дозировке 2,5 мг/кг.

В результате исследования у больных пиодермией выявлено увеличение общей популяции Т-лимфоцитов, повышение уровня Т-хелперов, коэффициента Тх/Тс. Также было выявлено снижение супрессорной функции лимфоцитов. Экспрессия маркеров ранней активации лимфоцитов CD25+ и CD71+ и маркера поздней активации HLA-DR+ достоверно превышала показатели здоровых доноров. Уровень молекул адгезии ICAM (CD54+) почти в 2 раза превышал аналогичный в группе контроля. Вместе с тем количество клеток, несущих Fas-антиген (CD95+), существенно не отличалось от такового у здоровых доноров.

В результате применения лейкостима у больных пиодермией нормализовалось относительное количество Т-лимфоцитов, доля Т-хелперов уменьшилась на фоне неизменного уровня количества Т-супрессоров. Уменьшился иммунорегуляторный индекс — с $2,6 \pm 0,2$ до $2,1 \pm 0,1$. Отмечалось также повышение супрессорной функции лимфоцитов. Нормализовались показатели активации лимфоцитов (CD25+, CD71+, HLA-DR+). В два раза снизилось количество молекул адгезии (CD54+). CD95+ сохраняли прежний уровень практически не отличавшийся от контрольного.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о влиянии лейкостима на иммунокомпетентные клетки, препарат способствовал нормализации популяционного и субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, их функциональную активность.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ХИМЕРНЫМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ К ФНО-АЛЬФА

КУРДИНА М.И., МАКАРЕНКО Л.А.

ФГУ ЦКБП УД Президента РФ, ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Терапия тяжелых форм псориаза представляет собой актуальную проблему современной дерматологии. Мировой опыт лечения этого заболевания предлагает широкий спектр лекарственных средств и физических факторов, однако существует группа пациентов, для которых традиционное лечение малоэффективно, а риск развития побочных эффектов не оправдан. У таких пациентов возможно применение препарата моноклональных антител — инфликсимаба, используемого также в терапии других аутоиммунных заболеваний (ревматоидного артрита, болезни Крона, анкилозирующего спондилоартрита).

Под нашим наблюдением находились 23 больных псориазом (13 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет с тяжелым поражением кожи и суставов. Индекс PASI составлял в среднем 68,3 балла. До начала лечения, а также перед каждым введением препарата и по окончании терапии пациенты проходили тщательное общеклиническое обследование: клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса, контроль артериального давления и ЭКГ, обследование для исключения очагов хронической инфекции, в том числе туберкулезной этиологии.

Препарат вводили в условиях стационара, в соответствии с прилагаемой инструкцией, внутривенно капельно в начале курса лечения, затем — через 2 и 6 недель.

Регресс кожных высыпаний был отмечен у всех больных уже на 3–5-е сутки после первого введения инфликсимаба, положительная динамика клинических признаков артрита наблюдалась у 8 (34,8%) пациентов на 5–6 сутки. Величина индекса PASI после первого введения препарата уменьшилась почти в 2 раза, а по завершении лечения — на 94,6%. 14 (60,9%) пациентов достигли ACR20 по завершении лечения.

В течение всего времени наблюдения самочувствие и состояние больных было удовлетворительным. Побочные эффекты: головная боль неясного генеза отмечена у одного пациента, гипертермия на фоне введения препарата — у одного пациента. При анализе лабораторных данных, значимых изменений зафиксировано не было, за исключением снижения уровня ЦИК с IgA ($P < 0,05$).

Таким образом, короткий курс лечения химерными моноклональными антителами к ФНО-альфа не оказывает иммуносупрессивного действия, являясь эффективным и безопасным при лечении тяжелых форм псориаза.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ

КУРДИНА М.И., МАКАРЕНКО Л.А., МАРКИНА Н.Ю., НАСНИКОВА И.Ю.

ММА им. И.М. Сеченова, ФГУ ЦКБП УД Президента РФ, г. Москва

Использование ультразвукового исследования (УЗИ) в дерматологии стало возможным после появления высокочастотных датчиков, работающих в диапазоне от 15 до 100 МГц.

Целью нашей работы было изучение особенностей ультразвуковой картины типовых патологических процессов в коже (опухоль, хроническое воспаление и нарушение метаболизма).

В первую группу вошли 7 пациентов (трое мужчин и четыре женщины) с меланомой кожи. Возраст их варьировал от 35 до 89 лет. Вторую группу составили 16 больных с псориазом: среди них 10 мужчин и 6 женщин в возрасте от 17 до 72 лет. В третью группу включили 5 женщин и 2 мужчин, страдавших липоидным некробиозом, в возрасте от 49 до 70 лет.

УЗИ проводили на аппарате iU 22 фирмы «Philips» высокочастотным линейным датчиком с частотой 17 МГц в режиме сканирования Sm Parts Superfic в очагах поражения и на симметричных им видимо неизменных участках кожи.

При меланоме УЗИ позволило обнаружить в коже дополнительное объемное образование гипозоногенного характера, преимущественно линзообразной формы с четкими границами, большим количеством неососудов, в том числе в окружающих мягких тканях. Суммарное утолщение эпидермиса, дермы и опухоли превышало таковое видимо неизменных участков кожи в 2,7 раза ($p < 0,05$). УЗ-картина псориаза характеризовалась утолщенным на 80% слоистым эпидермисом ($p < 0,05$), появлением полосы сниженной эхогенности между слоями кожи, гипозоногенной, увеличенной по толщине на 63% дермой ($p < 0,05$), тотальной диффузной гиперваскуляризацией в очагах поражения. При липоидном некробиозе толщина слоев кожи менялась статистически недостоверно, четкая граница между эпидермисом и дермой отсутствует, гиперваскуляризации нет.

Использование высокочастотного датчика при УЗИ позволяет дифференцировать основные патологические процессы, происходящие в коже. Внедрение в практику дерматолога УЗИ кожи позволит объективизировать клинические данные, оптимизировать дифференциально-диагностический поиск и определить адекватную тактику лечения при различных заболеваниях кожи.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАФТАЛАНОЛЕЧЕНИИ (БАЛЬЗАМ НАФТАЛАН ДЛЯ ВАНН)

КЯЗИМОВ Г.А.

НПО «Фармации и медтехники» Минздрава Азербайджанской Республики

Нафталанолечение ваннами — один из самых древних способов борьбы с различными заболеваниями. Традиционный метод применения ванн с нафталановой нефтью имеет ряд недостатков: большой расход нафталановой нефти, наличие противопоказаний и эстетические неудобства. Нами предлагается новый нафталановый продукт — бальзам **Нафталан**. Он намного превосходит своего предшественника и отвечает всем требованиям биофармации: обеспечивает минимальное дозирование, максимальную эффективность и отсутствие побочных явлений.

Нанокapsулы бальзама **Нафталан** — это новый тип лечебно-косметического средства, представляющий собой диспергированные в водной фазе капли-шарики, сформированные однослойной мембраной из натурального материала, органический полимер — желатин и наполненные нафтеновыми углеводородами (активное вещество из состава нафталановой нефти).

Однократная доза содержит 50 мл средства, заключенного в нанокapsулы. Высокие возможности нанотехнологии, применяемой в изготовлении микрокапсул, позволяют максимально повысить их усвояемость и полностью исключить риск передозировки. Бальзам не прилипает к стенкам ванны, в нем нет парфюмерных ароматизаторов и красителей. После наполнения ванны водой туба бальзама Нафталан (50 мл) хорошо взбалтывается, после чего её содержимое выливается в воду и тщательно перемешивается. Время ванны не более 10 минут. Такие ванны глубоко питают и смягчают даже очень сухую кожу, устраняют её шелушение.

Показаниями к применению бальзама Нафталан являются: псориаз (в стадии ремиссии), экзема, нейродермит, себорея, склеродермия, ихтиоз, дерматит различной этиологии.

ГРОПРИНОСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ

ЛЕВОНЧУК Е.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Вирусные заболевания кожи в детском возрасте встречаются повсеместно, особенно большую проблему представляет папилломавирусная инфекция. Заболевание вызывается вирусом папилломы человека (ВПЧ). Инфекция передается от больного человека при прямом контакте или через инфицированные предметы домашнего обихода. Развитию заболевания способствуют травматизация кожи, ее сухость, снижение рН водно-липидной мантии, вегетоневрозы (acroцианоз, гипергидроз). В целом в настоящий момент инфицированность ВПЧ составляет 20–60% населения. Но не все случаи инфицирования ведут к возникновению заболевания. Важная роль в возникновении и прогрессировании заболевания отводится состоянию иммунной системы. Вульгарные бородавки на кистях (до 70% всех бородавок) наиболее часто встречаются в детском и юношеском возрасте. Подошвенные бородавки (34% всех бородавок) располагаются в области подошвы, в местах наибольшего давления и трения при движении. Плоские бородавки (4% всех бородавок) чаще проявляются в детском и юношеском возрасте в виде множественных узелков желто-коричневого или телесного цвета. Терапия бородавок вызывает определенные трудности: несмотря на существование множества методов удаления бородавок, рецидивы заболевания возникают достаточно часто (от 15 до 50%).

Мы поставили перед собой задачу повысить эффективность лечения и уменьшить вероятность рецидива бородавок у детей за счет использования в комплексной терапии препарата Гроприносин. Гроприносин (активное вещество Инозин пранобекс, Гедон Рихтер) обладает противовирусным (подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов посредством связывания с рибосомой клетки и изменения ее стереохимического строения) и иммуномодулирующим действием. Таблетки по 500 мг с целью получения противовирусного эффекта назначаются в максимальных дозах: 500 мг на 10 кг массы тела в сутки в 3–4 приема в течение 5 дней, 2–3 курса с интервалом 2–4 недели.

Под нашим наблюдением находились 38 детей (18 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 5 до 14 лет, у которых были клинически диагностированы множественные (2 и более) бородавки: у 28 — вульгарные, у 7 — подошвенные, у 3 — плоские. Все больные были разделены на две группы: исследуемую — 20 человека (10 мальчиков и 10 девочек), в которой, кроме разрушения бородавок, назначался Гроприносин и контрольную — 18 человек (8 мальчиков и 10 девочек), где проводилось только удаление бородавок. Из всех методов у детей наиболее часто применялись химическая деструкция (солкодерм или суперчистотел) и криодеструкция. Пациенты исследуемой группы отмечали хорошую переносимость проводимого лечения, ни у одного пациента не возникло осложнений и побочных эффектов на фоне приема препарата.

Дальнейшее наблюдение за больными позволило установить, что рецидивы заболевания в сроки 1–6 месяцев были диагностированы у 2 (10%) пациентов исследуемой группы и у 5 (27,7%) — контрольной.

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение в комплексной терапии бородавок Гроприносина значительно снижает вероятность рецидива (более чем в 2,5 раза).

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ И РОЛЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

ЛЕТАЕВА О.В., ФИЛИМОНКОВА Н.Н., ЛЕВЧИК Н.К.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

Проведено иммунологическое исследование больных с различными клиническими формами красного плоского лишая (КПЛ) непрерывно-рецидивирующего течения, резистентного к терапии, с провоцирующим фактором дебюта/обострения заболевания острыми респираторными заболеваниями, обострением очагов фокальной инфекции. Пациенты получали препарат панавир в комплексе со стандартными методами лечения, фотохимиотерапией (ФХТ).

Иммунологические исследования, проведенные в динамике терапии, выявили статистически значимые отличия в направленности и выраженности изменений числа циркулирующих в крови Т-цитотоксических лимфоцитов (CD8+—лимфоцитов). У большей части пациентов, получавших панавир (87,5%), по окончании терапии наблюдали снижение уровня CD8+—лимфоцитов, без значения панавира такое снижение было отмечено лишь у трети больных ($p=0,03$) и было менее выраженным ($4,0 \pm 1,2\%$ против $8,57 \pm 2,9\%$). Полученные данные могут быть расценены как признак уменьшения напряженности противовирусного иммунитета за счет санирующего действия противовирусного и иммуномодулирующего препарата, что может являться благоприятным фактором для разрешения кожного процесса вследствие уменьшения влияния данной популяции лимфоцитов, обладающей выраженным провоспалительным и цитотоксическим действием. Изменения содержания альфа-интерферона в сыворотке крови в процессе терапии носили разнонаправленный характер, наблюдалось как снижение, так и повышение значений данного показателя. Однако в группе пациентов, принимавших панавир, интенсивность прироста содержания альфа-интерферона была выше ($p < 0,1$). Причиной данных результатов может быть совокупное влияние неоднозначной роли альфа-интерферона, индивидуальных особенностей пациента и интерферогенного действия препарата панавир.

Таким образом, исследования показали, что назначение противовирусного и иммуномодулирующего препарата панавир в комбинации как со стандартными методами лечения, так и ФХТ эффективно в терапии больных с распространенной типичной формой красного плоского лишая, с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания, наличием в анамнезе частых ОРВИ, рецидивов герпесвирусной инфекции, подтверждаемое динамикой иммунологических показателей.

ВНЕШНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ЛЯХОВЕЦКИЙ Б.И., ГЛАЗКОВА Л.К., ПЕРЕТОЛЧИНА Т.Ф.

ГОУ ВПО УГМА Росздздрава, г. Екатеринбург

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — генетически детерминированная и/или врожденная аномалия структуры и функции соединительной ткани различных органов и систем, характеризующаяся многообразием клинических проявлений — от до-брокачественных субклинических форм до развития полиорганной и полисистемной патологии с прогрессивным течением. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани (НДСТ) диагностируются в случае, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается в клиническую картину ни одной из установленных коллагенопатий.

Произведен отбор из многочисленной группы дерматологических и терапевтических пациентов для установления диагноза недифференцированной дисплазии соединительной ткани на основании наличия более 6 внешних стигм и 1 и более внутренних аномалий развития согласно национальным рекомендациям. Проведена предварительная оценка изменений кожи у пациентов с установленным диагнозом НДСТ. Группу исследования составили 22 пациента с НДСТ, средний возраст 24,6 (от 18 до 42 лет), из них 12 женщин, 10 мужчин. У 12 пациентов с НДСТ наблюдались стрии (юношеские, приобретенные во время беременности или физических нагрузок) и чрезмерно сухая кожа, у 9 — тонкие рубцы, у 3 — широкие атрофические рубцы, у 1 — шов в виде «папиросной» бумаги; у 2 — повышенная растяжимость, гиперэластичность; у 5 — тонкая, просвечивающая, легко ранимая кожа, у 5 — бархатистая нежная, у 2 — мягкая рыхлая текстура кожи; у 3 — подкожные псевдоопухоли и сферические образования, у 3 — истончение подкожно-жирового слоя, у 3 — варикозное расширение вен; 6 пациентов отмечали возникновение ушибов и кровоподтеков при незначительных ударах, у 4 — легкое возникновение гематом, у 2 — наличие геморрагических проявлений; наличие пролапсов органов (в основном пролапса митрального клапана) отмечали 7 пациентов, у 5 определялись грыжи. Тестирование по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) показало в основном отсутствие снижения качества жизни, за исключением 2 пациентов с дерматологическим заболеванием.

Таким образом, все пациенты с установленным диагнозом НДСТ требуют более тщательного дерматологического обследования для выявления у них изменений кожи и определением тактики ведения с учетом прогрессивного течения НДСТ. У данной группы пациентов выявлено достоверное снижение магния в крови и ротовой жидкости, что требует патогенетически обоснованного назначения препаратов магния для стимуляции неоколлагенеза с целью профилактики дальнейших ускоренных дегенеративных изменений кожи.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

МАКОВА Г.Н.

Лечебно-оздоровительный центр Eurofemme, г. Москва

Социально-эпидемиологический анализ современной популяции больных с акне показывает, что значительная ее часть представлена подростками и молодыми людьми с выраженной социальной дезадаптацией

В 2008–2009 гг. с помощью анонимного анкетирования через сайт www.ugrei.net проводился отбор пациентов в открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности наружной терапии акне. Данные заочного анкетирования были впоследствии сопоставлены с данными наблюдения и анкетирования на 5 визитах к врачу группы из 90 включенных в исследование больных с легкой и средней по тяжести формами угревой сыпи.

В общей выборке 21 726 посетителей сайта, проходивших тесты самооценки, 73% указали, что угревая сыпь влияет на их психосоциальный статус или создает проблемы в общении. Мужчины чаще отмечали это влияние (78,2% против 71,1% у женщин). Около 43% респондентов отметили испытываемые ими проблемы в профессиональной деятельности или трудоустройстве, связанные с заболеванием. Мужчины также отметили большее влияние заболевания на профессиональную деятельность или трудоустройство (50,4% против 40,5% у женщин). В группе из 1 436 респондентов, проходивших отбор в исследование, показатели качества жизни определялись по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) и профильному опроснику психологического и социального воздействия акне на пациента (APSEA). Средние показатели ДИКЖ для всей выборки из 1 436 респондентов составили $10,24 \pm 6,1$; APSEA $67,6 \pm 26,7$ баллов, что соответствует средней степени психологического и социального воздействия акне на пациента. Возраст пациентов оказывал достоверное, но очень слабое влияние на показатели ДИКЖ и APSEA, пол не оказывал достоверного влияния. Несмотря на достоверность различий по ДИКЖ и APSEA в разных подгруппах самооценки тяжести больных и слабую корреляцию с показателем самооценки по индексу TAL, различий среди больных средними и легкими по тяжести вариантами акне при оценке врачом не отмечалось. Пациенты были склонны завышать значения APSEA при заочной самооценке. На фоне снижения APSEA в ходе лечения, на последующих визитах к врачу показатели межочередного согласия выросли.

В общей выборке 21 726 посетителей сайта 82,7% респондентов отметили, что заболевание плохо поддается лечению. В зависимости от самооценки тяжести акне такой ответ дали 67,6% больных с легкой степенью тяжести, 83,2% со средней и 91,5% — с тяжелой. Мужчины были несколько более склонны к таким оценкам. Среди отвечавших на данный вопрос выявлены достоверные различия по ДИКЖ и APSEA. Значения обоих индексов были выше у ранее испытывавших проблемы с лечением.

Комплаентность комбинированной наружной терапии оценивалась в группе из 90 пациентов с легкой и средней тяжестью акне. Общая доля пациентов, сообщивших врачу о хотя бы одном пропущенном дне лечения, составила 20,4% на первом месяце, 26,5% на втором и 42,3% на третьем месяце наблюдения. В среднем, 29% пациентов сообщило о пропущенных днях лечения. Исходная степень тяжести акне по критериям AAD не оказывала влияния на комплаентность. Пол пациентов, исходная и промежуточная тяжесть поражения, оценка переносимости лечения и степень побочных эффектов, а также показатели APSEA и ДИКЖ к началу лечения не оказывали достоверного влияния на комплаентность в течение всего срока наблюдения. Более молодые пациенты были склонны пропускать дни лечения на первом месяце наблюдения, но в последующем достоверной разницы по возрасту не наблюдалось. Результаты исследования показывают необходимость обучения пациентов навыкам оценки тяжести заболевания и качества жизни и возможности удаленной самооценки.

КЛИНИКО–ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СТЕМОКИН® ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

НОВИКОВ А.И., ОХЛОПКОВ В.А., ДОЛГИХ Т.И., СОКОЛОВА Т.Ф., ПРАВДИНА О.В., МЕДВЕДЧИКОВ Е.К., ЗАРАЕВА И.Ф.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, г. Омск

В последние годы приоритетным направлением стало изучение цитокинового профиля у больных псориазом и поиск препаратов, влияющих на реакции иммунитета и цитокиновой системы. К таким препаратам можно отнести новый отечественный иммуномодулятор Стемокин® (ЗАО «Центр «Пептос», г. Москва; регистрационное удостоверение ЛСР–003014/09–160409).

Нами препарат Стемокин® впервые использован при лечении больных псориазом, произведена оценка клинического эффекта и динамика уровня содержания отдельных цитокинов на фоне терапии.

Под наблюдением находились 68 пациентов мужского пола с прогрессирующей стадией вульгарного псориаза легкой и средней степени тяжести (значения PASI варьировали от 6,4 до 20,0). Основная группа (34 пациента) наряду с традиционной терапией получала Стемокин®. Группа сравнения (34 пациента) получала только традиционную терапию. В основной группе среднее значение PASI составило 11,6, в группе сравнения — 12,2. На 21–й день лечения среднее значение PASI в основной группе было 2,66 (снижение на 77,1%), а в группе сравнения — 6,13 (снижение на 49,4%).

В основной группе больных проведено исследование содержания отдельных цитокинов (спонтанный и индуцированный IFN γ , IL1 β , IL6, TNFa) до лечения и на 21–й день лечения. Полученные данные уровня указанных цитокинов позволяют выделить варианты реагирования иммунной системы. Первый вариант характеризуется высоким уровнем провоспалительных цитокинов, у которых по окончании терапии определялось достоверное снижение показателей; при втором варианте иммунного ответа исходно были низкие показатели цитокинов, а после лечения отмечалось увеличение TNFa, и особенно IL 1 β , IL 6, при этом различий по выраженности клинического эффекта не было.

Полученные данные позволяют утверждать о неоднородности реагирования цитокиновой системы при сходных клинических проявлениях вульгарного псориаза, что обуславливает актуальность поиска различных Ко–факторов, влияющих на течение заболевания.

Новый отечественный фармакопрепарат Стемокин® показал высокую клиническую эффективность при легких и среднетяжелых формах псориаза, независимо от исходного уровня исследованных цитокинов.

ДИСГОРМОНАЛЬНАЯ КЕРАТОДЕРМИЯ КАК ПОЛИЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ

¹МЕЛЬНИК А.П., ¹ТВЕРСКОЙ Р.М., ¹ЯКОВЛЕВ И.М., ²СМОЛИНА Е.Р.

¹ГУЗ ОКВД № 4; ²МУЗ ГБ № 1, г. Магнитогорск

Эстрогенная недостаточность связана с нарушением функции яичников, которая находится под контролем гипоталамо–гипофизарной системы, ЦНС, надпочечников, матки, а также других эндокринных желез. В климактерическом периоде дисбаланс гормонов приводит к развитию дисгормональной кератодермии (ДК) или синдрома Хакстхаузена (1934).

Цель исследования: Установить взаимосвязь и взаимообусловленность ДК с полиэндокринным синдромом и оценить результаты пероральной гормональной заместительной терапии (ПГЗТ).

Материалы и методы: За период 2004–2008 гг. обследованы с последующим лечением 43 женщины с ДК в возрасте от 39 до 58 лет с длительностью заболевания от 1 года до 9 лет, состоящие на учёте у гинеколога–эндокринолога. Все больные связы–

вают начало заболевания с менопаузой, когда появились нервозность, приливы, артериальная гипертензия, приступы тахикардии, потливость. Исследовали Т₃, Т₄, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО проводили УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) и органов малого таза, определяли уровни тестостерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, сахара крови и мочи. Все больные консультированы эндокринологом, неврологом наряду с гистологическим и микологическим обследованием.

Результаты: На фоне увеличения концентрации ФГ и ЛГ при снижении уровня эстрадиола наблюдали снижение функции ЩЖ у 32 больных (74,4%), причём в дебюте заболевания у 9 из них изменение функции происходило по типу АИТ и тиреотоксикоза с исходом в гипотиреоз, ожирение — у 12 чел. (27,9%), сахарный диабет II типа — у 17 чел. (39,5%), миалгии и артралгии — у 18 чел. (41,9%), остеопороз — у 24 чел. (55,8%), в том числе с явлениями гипопаратиреоза — у 5 чел. (11,6%). Клинически на ладонях и подошвах наблюдался гиперкератоз на местах давления, эритема на боковых поверхностях, глубокие болезненные трещины, сухость, зуд. При гистологическом исследовании в эпидермисе отмечались акантоз, массивный гиперкератоз, участки паракератоза, гранулёз. В дерме — периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат. При отсутствии противопоказаний, после предварительного короткого курса эстрогенизации проводили лечение комбинированными эстроген-гестагенными препаратами по известным схемам терапии минимальными дозами, не добиваясь менструальноподобной реакции. ПГЗТ сочетали с витаминотерапией (В₁, В₆, РР, С), особенно в весеннее время, а также наружными средствами. Стойкая ремиссия была достигнута у 41 чел. (95,3%) и продолжалась 247,2 ± 21,4 дня без поддерживающей терапии производными эстрогена и 532,4 ± 41,6 дня с поддерживающей терапией (p < 0,05).

Выводы: ПГЗТ высоко эффективна для лечения ДК и симптомов менопаузы за счёт нормализации функции эндокринной системы в целом.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ (БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГХАУЗЕНА), ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ГРАЖДАН НА ВОИНСКИЙ УЧЁТ

МОЛЧАНОВ Ю.А., ПЛАТОНОВ А.В., СОЛОВЬЕВА Е.Г., КУЗИНА И.Т.

Военный комиссариат Амурской области, ОГУЗ «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», г. Благовещенск

Во время медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учёт нами выявлены два случая нейрофиброматоза в 2007 году.

При освидетельствовании для определения категории годности к военной службе граждан Т., 17 лет, с восьми лет состоял на учёте у психиатра по поводу олигофрении в степени выраженной дебильности, обусловленной хромосомными абберациями. Объективно: сознание ясное, ориентирован приблизительно, контакт формальный. Лицо гипомимично. Словарный запас беден. Нарушено звукопроизношение. Читает по слогам, неосмысленно. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Память развита слабо, внимание истощаемое. Эмоционально монотонен. Лицо асимметричное, сглажена левая носогубная складка, в позе Ромберга не устойчив. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием. Высыпания носят распространённый характер: на коже лица, туловища и конечностей множественные пятна от 0,2 до 5 см, цвета кофе с молоком, имеющие чёткие границы, не сливающиеся между собой.

Диагноз: Нейрофиброматоз 1-го типа. Умственная отсталость лёгкая (олигофрения в степени выраженной дебильности). Не годен к военной службе.

Обращает внимание следующее: диагноз установлен лишь в возрасте 7 лет при обследовании в ОПНД, медицинская помощь оказывалась психиатрами, другими специалистами коррекция и профилактика по синдромам не проводились.

Второй случай: гражданин М., 17 лет, студент, у которого на коже туловища и конечностей выявлены большое количество пигментных пятен цвета кофе с молоком размером от 0,2 — 0,3 до 5 — 6 см, сколиоз 1-й степени, умеренная асимметрия лица. По этому поводу молодой человек ранее за медицинской помощью не обращался. После обследования поставлен диагноз: нейрофиброматоз 1-го типа. Заключение: ограниченно годен к военной службе. Рекомендовано наблюдение неврологом, дерматологом, онкологом.

Повторное медицинское освидетельствование в 2007 г. при прохождении призывной комиссии. На коже туловища выявлены единичные нейрофибромы, увеличилось количество пигментных пятен, усилилась асимметрия лица за счёт костной деформации черепа, сколиоз достиг 2-й степени, отмечено снижение остроты зрения.

При обследовании в неврологическом отделении выявлено: РЭГ — тенденция к повышению артериального тонуса, КТ головного мозга — киста прозрачной перегородки.

Обращает внимание следующее: диагноз установлен лишь в 17 лет, что говорит об отсутствии у врачей настороженности в отношении факоматозов.

В предупреждении осложнений у больных при нейрофиброматозе важна ранняя диагностика. Ребёнок должен находиться на учёте у педиатра, который обязан координировать его консультации врачами-специалистами: психиатром, эндокринологом, офтальмологом, неврологом, хирургом, дерматологом, онкологом для своевременного обнаружения и лечения патологии. Взрослый пациент должен находиться на учёте у невролога, который обязан координировать его консультации.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТАМИ РОАККУТАН И КЛЕНЗИТ

МОХАММАД С. С., МАКЛЯКОВ Ю. С., ГРЕБЕННИКОВ В. А., ВОЛОШИН Р. Н.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Цель работы: Изучение эффективности комплексной терапии больных угревой болезнью II–IV степени тяжести с использованием препаратов Роаккутана и Клензит.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 49 человек, из которых 45 наблюдались в течение всего курса лечения (10 мужчин и 35 женщин), средний возраст — 20 лет. Критерии включения пациентов в исследование: угревая болезнь II — IV степени тяжести, устойчивость к лечению. Критерии исключения: больные с наличием осложнений, беременные и кормящие женщины, лица с аллергией на используемые препараты. Патологический процесс оценивали клинически по 8-балльной адаптированной шкале Кука. Пациентам назначали внутрь препарат Роаккутан по 10 мг 1 раз в день (независимо от массы тела) в течение 16 недель, наружно — гель Клензит-С 1 раз в день (через 15–20 минут после очищения кожи) в течение

2–4 недели с последующим применением геля Клензит ещё 10–12 недель. Пациентам рекомендовали в течение всего курса лечения применять фотозащитные средства. Эффективность терапии оценивали на 8 и 16-й неделях лечения. На 8-й неделе отмечали уменьшение количества воспалительных и невоспалительных элементов на 65%. На 16-й неделе лечения — клиническое выздоровление достигнуто у 17% больных, значительное улучшение — у 70%, отсутствие эффекта — у 11%. Переносимость лечения была хорошей, хотя наблюдались и некоторые побочные явления: слабо выраженные сухость кожи, гиперпигментация, хейлит, ксероз. Только у 3 пациентов отмечались умеренные изменения лабораторных показателей — печеночных ферментов и триглицеридов.

Выводы: Комплексная терапия препаратами Роаккутан и Клензит является перспективным подходом к лечению больных угревой болезнью.

АНТИАНДРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ЯРИНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

НАБОКА М.В., ИВАНЮК В.Н.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом № 1», г. Омск

При лечении угревой болезни первой и второй степени тяжести нами были проанализированы результаты ведения 18 пациенток в возрасте от 17 до 33 лет, получавших комбинированный оральный контрацептив ярина с антиандрогенным эффектом. У всех пациенток до начала лечения клинически и лабораторно было подтверждено гиперандрогенное состояние. Длительность терапии составила 6 месяцев по стандартной схеме. Группу контроля составили 13 женщин, в комплексное лечение которых комбинированные оральные контрацептивы не входили. В обеих группах пациентками применялась лечебная косметика для очищения кожи лица Huseac (Uriage), наружное лечение — адапален 0,1% (дифферин гель). Оценка эффективности лечения проводилась путем подсчета количества открытых и закрытых комедонов, папул, пустул до начала терапии спустя 3 и 6 месяцев. В процессе лечения более выраженное противогревое действие отмечено в группе женщин, получавших препарат ярина. В течение первых двух циклов 4 женщины отмечали головную боль, 3 — легкую тошноту. Симптомы прекратились к третьему циклу приема препарата, отмены препарат ярина не потребовалось. К концу курса лечения препаратом ярина у 5 пациенток наблюдали полный регресс как воспалительных, так и невоспалительных элементов. У 10 женщин отмечено значительное улучшение (регресс акне на 70–80%), у 3 — умеренное улучшение (регресс акне на 50%). На протяжении всего курса терапии препаратом ярина 15 женщин отмечали умеренный диуретический эффект, что привело к снижению массы тела на $2,1 \pm 0,3$ кг. В группе пациенток, не получавших комбинированные оральные контрацептивы, полного регресса не наблюдалось. В целом по группе уменьшение числа воспалительных и невоспалительных элементов и динамика регресса акне ниже, чем в группе получавших препарат ярина.

Выводы:

Комбинированный оральный контрацептив ярина с антиандрогенной активностью является препаратом выбора в комплексной терапии угревой болезни у женщин.

Препарат ярина отличается высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью, может быть рекомендован для лечения в течение минимум шести месяцев.

Терапия препаратом ярина способствует выведению жидкости из организма, что приводит к снижению массы тела и повышению эффективности лечения.

Регресс акне наблюдается на 3–4 месяце лечения.

КОЖНЫЙ ТУБЕРКУЛИНОВЫЙ ТЕСТ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

ОРЛОВ Е.В., БОРОДУЛИНА Е.А., БАЛТЕР И.А., ТАБАШНИКОВА А.И.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Самара

Высокая распространенность атопического дерматита среди детей выявила новую проблему в практическом здравоохранении, проведение проверочного диагностического кожного теста с туберкулином — ежегодной пробы по Манту с 2ТЕ. Наличие у ребенка атопического дерматита создает сложности при проведении массовой туберкулинодиагностики. Иммунологические изменения в организме, патологические изменения кожи, безусловно, оказывают влияние на проявления кожной реактивности на туберкулин. Индивидуальное обследование детей в условиях противотуберкулезной службы может создавать риск инфицирования детей микобактериями туберкулеза.

Цель работы: Повысить эффективность туберкулиновой диагностики у детей, больных атопическим дерматитом на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: 30 детям с атопическим дерматитом с положительными результатами пробы Манту 2ТЕ в период ремиссии заболевания ставилась очередная проба Манту с 2ТЕ, при этом на другой руке ставилась проба прик — тестом со 100% раствором туберкулина. Местная реакция обеих проб оценивались через 48 часов измерением размера папулы.

Результаты: Обследуемые дети были в возрасте 7–8 лет (мальчиков 13 (43,3%), девочек 17 (56,7%). Ревакцинации ни у кого в проводимой группе не было в связи с наличием положительной пробы Манту 2 ТЕ. Положительные результаты проб Манту по размеру папулы распределились 5–9 мм — 18 (60%), 10–14 мм — 10 (33,3%), 15–17 — 2 (6,7%). Перифокальная гиперемия была в 24 (80%) случаях. Результаты пробы прик–тестом: папула 3–5 мм — 14 (46,7%), 5–7 мм — 14 (46,7%), менее 3 мм и отрицательная 2 (6,6) человека, перифокальной гиперемии не было. Инфекционный характер чувствительности по пробе Манту был диагностирован в 14 (46,6%) случаях: у всех при размере папулы более 10 мм и в 2 (6,6%) случаях при слабopоложительной, при этом у всех этих детей по пробе прик–тестом размер папулы был более 5 мм.

Заключение: Постановка пробы прик–тестом детям с атопическим дерматитом позволяет диагностировать инфекционный характер кожной чувствительности в 100% случаев. Пробу можно использовать при проведении массовой туберкулинодиагностики. Направлять к фтизиатру при размере папулы более 5 мм.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОСФОГЛИВА

ОРЛОВ Е.В., КОHNОВ П.Е., КОHNОВА Т.В.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Псориаз затрагивает все аспекты жизни: карьеру, социальную сферу, половую жизнь и семейные отношения. Поэтому очень важно, чтобы качество жизни учитывалось при лечении больных псориазом. Мы провели изучение эффективности Фосфоглива при псориазе и его влияние на качество жизни пациентов. Нами обследовано 50 больных псориазом и 20 клинически здоровых лиц без какой-либо соматической патологии. Критериями включения больных в исследование были возраст 18 лет и старше, наличие клинически установленного диагноза псориаза и патология гепатобилиарной системы (ГБС). Перед началом лечения и по его окончании проводилась клиническая оценка состояния больного, включающая: индекс тяжести псориаза в соответствии с площадью поражения (PASI), дерматологический индекс качества жизни (DLQI). В исследование не включались больные с гиперчувствительностью к любому неактивному компоненту препарата, беременные или кормящие женщины. На предварительном этапе были сформированы две равнозначные группы пациентов с псориазом по 25 человек в каждой: первая группа — основная, вторая группа — сравнения. В начале исследования пациенты обеих групп имели схожую клиническую и половозрастную характеристику, без достоверных различий в каком-либо из изучавшихся показателей. В результате исследования качества жизни пациентов было установлено, что больные псориазом имеют низкий показатель индекса качества жизни и самые низкие показатели индекса качества жизни (19) были у больных с распространенным псориазом в прогрессирующей стадии. Большая часть обследуемых (91%) считают свою жизнь в той или иной степени не-полноценной и связывают это с высыпанием псориазных элементов на открытых участках. В контрольной группе индекс качества жизни колебался в среднем от 0 до 2 баллов. На фоне традиционного лечения мы включали в терапию первой группы больных — Фосфоглив по 2 капсулы 3 раза в день до 2–3 месяцев. В результате проведенного лечения у пациентов обследованных групп выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) индекса качества жизни (DLQI). Так, у пациентов первой группы индекс DLQI снизился на $8,9 \pm 0,4$ балла, а у пациентов второй группы на $8,1 \pm 0,1$ балла. Снижение индекса PASI в первой группе (к 14-му дню лечения) составило $18,2 \pm 0,3$ балла, а во второй группе $9,9 \pm 0,4$ балла, различия достоверны ($p < 0,05$). К концу лечения PASI в первой группе составил $5,3 \pm 0,4$ балла, а в группе сравнения $7,1 \pm 0,2$ балла. У всех больных, получавших Фосфоглив, отмечалась хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных реакций. При оценке окончательных результатов терапии можно утверждать, что использование Фосфоглива в большинстве случаев приводит к значительному улучшению в течении распространенного псориаза (существенное снижение индекса PASI).

НОВЫЕ СХЕМЫ ОЗОНОТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ПАВЛЕНКО Т.Я., СИДОРЕНКО О.А., ИЛЬЯШЕНКО Н.С., СИДОРЕНКО Н.А.

Кафедра кожных и венерических болезней РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования: Оценка эффективности различных методов озонотерапии угревой болезни.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 32 пациента в возрасте от 16 до 34 лет, страдавшие угревой болезнью различной степени тяжести. Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам первой группы проводили терапию в виде внутривенных капельных инъекций озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 10000 мкг/л, объемом 200 мл. Пациенты второй группы получали комплексную терапию, включавшую локальные обкалывания высыпаний озон-кислородной смесью, с концентрацией озона 3500 — 5000 мкг/л и аппликации озонированного оливкового масла (в течение 20 минут). Курс в обеих группах составил 10 процедур, проводившихся с периодичностью 3 раза в неделю.

Эффективность терапии оценивали по следующим параметрам: уменьшение выраженности эритемы, исчезновение пустулезных элементов, уменьшение количества комедонов.

Результаты: После проведенной терапии в первой группе больных — у 6% отмечено значительное улучшение, у 25% — улучшение, у 69% — изменений не наблюдали; во второй группе — у 70% достигнуто значительное улучшение, у 25% — улучшение, у 5% — изменений клинической картины не наблюдали.

Вывод: Результаты исследования свидетельствуют о возможности применения новых схем озонотерапии с целью увеличения эффективности лечения угревой болезни.

РЕЗОНАНСНАЯ БЛИЖНЕПОЛЬНАЯ СВЧ-ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОЗОВ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

ПАНТЕЛЕЕВА Г.А., ДАВОЯН З.В., КОСТРОВ А.В., ЯНИН Д.В., КОСТРОВА М.А., СМЕРНОВ А.И.

ФГУ Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава; Институт прикладной физики РАН, г. Нижний Новгород

Впервые в дерматологии нами был использован метод ближнепольного зондирования, основанный на исследовании внутренней структуры кожи без нарушения ее целостности.

Установлено, что диэлектрическая проницаемость и проводимость кожи больных псориазом, атопическим дерматитом, красным плоским лишаем ниже, чем здоровой кожи. Исследования показали, что по мере выздоровления пациентов изучаемые показатели у всех трех групп больных приближаются к показателям здоровой кожи.

В дальнейшем исследование диэлектрической проницаемости и проводимости проводились у пациентов с локализацией процесса на ладонях и стопах, часто встречающейся и вызывающей диагностические трудности патологии.

Исследования ладоней и стоп проведены у пятнадцати пациентов с диагнозом псориаз, экзема, кератодермия.

Полученные данные показали, что все патологические состояния по своим электродинамическим параметрам были различны. Так, у больных кератодермией и микробной экземой в очагах на глубине 0,2–0,3 мм наблюдалось уменьшение диэлектрической проницаемости и проводимости. Причем для каждого из этих дерматозов они были различными.

Изучаемые показатели у больных псориазом с локализацией процесса на ладонях и стопах оказались значительно меньше по сравнению с данными при микробной экземе и кератодермии.

Таким образом, резонансная ближнеполюсная СВЧ–диагностика может быть использована с диагностической целью при локализации процесса на ладонях и стопах.

Исследования будут продолжены.

Работа выполняется при поддержке гранта РФФИ № 05–09–50020–а.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗУДОМ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ПЕРЛАМУТРОВ Ю.Н., ОЛЬХОВСКАЯ К.Б.

Московский государственный медико–стоматологический университет

Кожный зуд — наиболее частая жалоба у лиц пожилого возраста. Механизм зуда наиболее полно раскрыт для крапивницы, где он преимущественно связан с действием гистамина, тогда как при атопическом дерматите, экземе, плоском лишае и других заболеваниях механизм зуда полностью не ясен. Другие механизмы зуда — центральные и периферические, связанные с либерацией нейроактивных пептидов, — еще изучаются. Известно, что пруритогенным действием также обладают серотонин и протеазы.

Гистафен (сехифенадин) блокирует гистаминовые H1–рецепторы, также умеренно блокирует серотониновые 5–HT1–рецепторы, таким образом ослабляя действие медиаторов аллергии — гистамина и серотонина. Сехифенадин оказывает выраженный противозудное — антиэкссудативное действие продолжительного характера.

Под нашим наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 55 до 78 лет, из них 19 женщин и 11 мужчин. В группу клинического исследования вошли 5 пациентов с экссудативным псориазом, 2 — с псориатической эритродермией, 5 — с плоским лишаём (2 — распространённая форма, 3 — ограниченная), 18 пациентов с различными формами экземы (8 — варикозная экзема, 5 — пруригинозная экзема, 5 — истинная экзема).

Всем больным проводилась комплексная терапия с включением Гистафена по 1 т. × 3 раза в сутки в течение двух недель.

При исследовании динамики кожного зуда в результате проведённого лечения было констатировано снижение интенсивности зуда более чем на 50% к 5–му дню комплексной терапии у 24 пациентов (80%), значительное уменьшение (75%) к 10–му дню терапии — у 28 (93,33%). Выраженность интенсивности зуда в ночное время значительно снизилась, что проявлялось в нормализации сна у 19 больных (63,33%).

При проведении комплексной терапии с применением Гистафена явления экссудации разрешились у 17 пациентов (5 — экссудативный псориаз, 7 — варикозная экзема, 5 — истинная экзема) в течение 3–6 дней, эритема и отёк в течение 10–14 дней. У больных псориазом на фоне снижения интенсивности зуда воспалительные проявления разрешились медленно. У больных пруригинозной экземой папулёзные элементы и эритема регрессировали в течение 10 дней на 50% и коррелировали со снижением интенсивности зуда.

В результате лечения показатели ДИШС снизились с $17,9 \pm 0,7$ до $3,2 \pm 0,45$ ($P < 0,05$), что отражало обоснованность применения Гистафена у пациентов данной категории пациентов.

Таким образом, в результате проведённого исследования была зарегистрирована хорошая клиническая эффективность и переносимость Гистафена в комплексной терапии больных старшего и пожилого возраста с дерматозами, сопровождающимися зудом. Наилучший эффект отмечен у пациентов с экссудативным псориазом и экземой, где наблюдался выраженный противовоспалительный — антиэкссудативный эффект. Полученные данные в результате проведённого исследования позволяют рекомендовать Гистафен для широкого применения у пациентов старшего и пожилого возраста.

СЛУЧАИ СКЛЕРОДЕРМИИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

ПЛАТОНОВ А.В., МЕРКУЛОВА С.А., МОЛЧАНОВ Ю.А., МЕЛЬНИЧЕНКО Н.Е., ПИЛИПЕНКО Л.П.

ОГУЗ «Амурский областной кожно–венерологический диспансер», ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», Военный комиссариат Амурской области, г. Благовещенск

В практике врачей встречаются случаи поздней диагностики системных заболеваний, при которых симптомы и синдромы выявляются различными специалистами, но многие месяцы, а порой и годы, не обобщаются в единый диагноз. Несмотря на то что склеродермию нельзя отнести к болезням, диагностика которых отличается особыми трудностями, её часто распознают с большим опозданием.

При прохождении призывной комиссии для определения категории годности к военной службе у Б., 1990 г. р., на коже передней поверхности грудной клетки и на спине выявлено большое количество уплотнённых пятен желтовато–коричневой окраски округлой и овальной формы с западением в центре размером от 2 до 5 см, сливающихся между собой. Пятна на коже спины заметила мать в 2005 г., за медицинской помощью не обращался. Кожа стоп и кистей холодная на ощупь, лёгкий цианоз. Консультирован ревматологом; жалобы на незначительные боли в суставах в холодное время года и при физических нагрузках. Кожа бледная, на туловище очаги. Аускультативно тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. С 30.04. по 10.05.08 г. прошёл обследование и лечение. Эхокардиографическое исследование: камеры сердца не расширены, пролапс митрального клапана II степени, регургитация (++). Добавочная хорда полости левого желудочка. Сократимость миокарда, диастолическая функция левого желудочка не нарушены. Анализы крови: Л — $6,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 21 мм/час; СРБ — отр., LE клетки не обнаружены. Анализ мочи: белок 0,01; Л — до 5 в п/зр.

Диагноз: Системная склеродермия, степень активности 1 (минимальная), хроническое течение, типичная форма с поражением кожи (склеродермические очаги), сосудов (Рейно синдром), суставов (полиартралгии), сердца (ПМК II степени с регургитацией, добавочная хорда полости левого желудочка).

Обращает внимание, что больной более двух лет не обращался за медицинской помощью, а дерматолог при освидетельствовании при первоначальной постановке на воинский учёт 25.01.07 г. не придавал значения имеющимся на коже пятнам, его заключение: Годен к военной службе.

В апреле 2008 года при прохождении освидетельствования для определения годности у гр. К., 18 лет, в области туловища и верхних конечностей, на ягодицах выявлены уплотнённые пятна цвета слоновой кости. Болен с 1997 года, когда на коже в области правого бедра появилось розовое пятно с западением в центре, дважды лечился в ревматологическом отделении детской

областной больницы. По результатам биопсии — изменения, характерные для склеродермии. Кожный покров: на спине, ягодицах, верхних конечностях уплотненные пятна цвета слоновой кости округлой и неправильной формы до 15 см в размере, склонные к слиянию. В центре пятен западение. Анализы крови, мочи в норме, СРБ — отр. Осмотрен нефрологом и офтальмологом — патологии не выявлено. R-скопия пищевода 4.06.08 г. — без патологии. R-графия стоп 4.06.08 г. — признаки остеоартроза стоп. R-графия кистей — без явных патологических изменений.

Диагноз: Многоочаговая склеродермия. Обращает внимание, что в результате совместного наблюдения и лечения педиатром и дерматологом у ребёнка за 10 лет процесс не приобрел системного характера и осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С *ATTAGENUS PELLIO*

РУСАК Ю.Э., ШКАРУПА Н.А.

Сургутский государственный университет, г. Сургут

В патогенезе аллергодерматозов важную роль играет повышенная чувствительность к компонентам бытовой пыли, в первую очередь клещевым. Вместе с тем, в Северных регионах в домашней пыли клещевая фауна отсутствует. По данным наших исследований, экологическую нишу клещей на Севере занимает меховой кожеед (*Attagenus pello*, семейства Dermestidae). В пробах домашней пыли у жителей города Сургута меховой кожеед обнаруживался примерно в 10% случаев. Клинические проявления аллергодерматозов, связанных с наличием мехового кожееда в домашней пыли, характеризовались появлением рассеянных зудящих уртикарных и папулезных высыпаний, расчесов, зачастую множественных, в некоторых случаях осложненных пиодермией. Характерной особенностью течения заболеваний являлось значительное улучшение при выезде за пределы г. Сургута. При лечении пациентов использовались: эриус по 1 т. в сутки, наружно кремы элоком, адвантан, в случае наличия расчесов и присоединения пиодермии — целестодерм В с гарамидином. Важнейшим условием достижения устойчивости клинического эффекта являлось проведение дезинсекции с помощью аэрозольных инсектицидных препаратов. Следует отметить, что практические врачи часто ошибочно расценивали дерматозы, связанные с меховым кожеедом, как «чесотку», «аллергический дерматит» и так далее, что приводило к безуспешному лечению и частым рецидивам заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПАНАВИРА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

САВИНОВА А.Ф., УДЖУХУ В.Ю., КОРОТКИЙ Н.Г.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

При псориазе наблюдается нарушение иммунной реактивности. Как известно, главным действующим фактором в очаге воспаления при псориазе являются лимфоциты, секретирующие цитокины, которые в свою очередь вызывают дополнительную стимуляцию активных лимфоцитов.

Цель исследования: Оценить влияние препарата панавир на иммунологический статус у больных различными формами псориаза. Панавир является индуктором интерферона, повышает неспецифическую резистентность организма и в то же время способствует подавлению синтеза провоспалительных цитокинов и пролиферативной активности некоторых иммунокомпетентных клеток. Действие панавира направлено на активацию моноцитарно-макрофагального звена иммунной системы, а индукция ИФН оказывает антипролиферативное, иммуномодулирующее, антимикробное и противоопухолевое действие. Панавир применяли в течении 28 дней по следующей схеме: 200 мкг панавира внутривенно № 5 с интервалом 48 часов, затем в форме ректальных свечей 1 раз в 2 суток в течение 10 дней. В группу исследования входило 20 больных с различными формами псориаза в возрасте от 20 до 57 лет.

Проведенные исследования показали, что иммунологический статус больных псориазом характеризовался уменьшением общей популяции Т-лимфоцитов до 54,7%±3,5% при 66,2%±3,8% в группе здоровых доноров, увеличением содержания хелперно-индукторных лимфоцитов CD4. Содержание CD8 и NK-клеток (CD16) в целом по группе мало отличалось от аналогичного показателя у здоровых доноров. Экспрессия маркеров ранней активации Т-лимфоцитов CD25+ и CD71+ превышало аналогичные показатели у здоровых доноров, также был повышен маркер поздней активации HLA-DR+. При изучении цитокинового профиля был выявлен высокий уровень ИЛ-1, ИЛ-2, а также ИЛ-4, уровень сывороточного ИФН практически не отличался от цифр контрольной группы.

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение панавира способствует нормализации состояния Т-клеточного звена иммунитета, устраняя дисбаланс в цитокиновом профиле и системе интерферона у больных псориазом, является эффективным, иммунокорректирующим препаратом.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МИКОЗОМ

СИДОРЕНКО Н.А., СИДОРЕНКО О.А.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Цель работы: Определение эффективности комплексного лечения больных микробной экземой (МЭ), осложненной микозом, с использованием иммуномодулирующего препарата «Полиоксидоний» и топического антимикотика «Залаин».

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 пациентов с диагнозом МЭ, осложненная микозом, среди них 16 мужчин и 14 женщин. Пациентам назначали препарат «Полиоксидоний» по 0,006 г в сутки, ежедневно, внутримышечно. Наружно применяли крем «Залаин». Курс лечения составлял 10–14 дней и проводился на фоне базисной терапии. Группу сравнения составили 10 пациентов, получавших традиционное лечение (гипосенсибилизирующие, противовоспалительные и седативные препараты, антибиотики, наружно — примочки, пасты, мази).

Результаты: Проведенное исследование показало, что разрешение клинических признаков заболевания в основной группе наблюдалось в 1,6 раза быстрее, чем в группе сравнения. После лечения в крови больных увеличивалось содержание CD3 и CD4-лимфоцитов, соответственно в 1,6 и 1,5 раза, $p < 0,01$, снижались уровни Ig G (в 1,7 раза) и Ig E (1,5 раза), прослеживалась тенденция к повышению уровня Ig M и снижению уровня Ig A. Концентрация циркулирующих иммунных комплексов к окончанию лечения достигла показателей у здоровых лиц. Контрольные микробиологические исследования выявили элиминацию грибов из очагов поражения.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют об эффективности комплексного применения препаратов «Полиоксидоний» и «Залаин» в терапии больных МЭ, осложненной микозом.

ПАНАВИР В ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

СКРИПКИН Ю.К., МАТУШЕВСКАЯ Е.В., НЕГМАТОВ Б.И., ЛИТВИН А.А.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», ФГОУ ИПК ФМБА, КВКД № 1 ДЗ г. Москва, Национальная исследовательская компания, г. Москва

Актуальность Herpes zoster (ОГ) обусловлена широкой распространенностью заболевания, склонностью к рецидивированию. ОГ характеризуется тяжелыми формами кожных поражений, выраженностью болевого синдрома, который носит длительный, упорный характер, устойчив к традиционным методам обезболивающей терапии и имеет тенденцию к хронизации в виде развития постгерпетической невралгии (ПГН). Лечение больных с ОГ вызывает определенные трудности. Для оптимизации лечения больных ОГ необходим поиск новых лекарственных средств. «Панавир» является растительным препаратом (получен из растения *Solanum tuberosum*), обладает противовирусной активностью в отношении герпесвирусов, иммуномодулирующим и анальгезирующим свойствами. Целью данной работы была разработка комплексного метода лечения больных опоясывающим герпесом с применением отечественного препарата «Панавир». Под нашим наблюдением находилось 58 пациентов с ОГ за период 2006–2008 годы. В ходе исследования пациенты с ОГ были рандомизированы на 2 группы методом случайной выборки. В I группу вошли 32 больных ОГ, которые получали комплексную терапию с применением препарата ацикловир, «Панавир» в инъекционной форме и наружной терапии. II группу (группа сравнения) составили 26 пациентов с ОГ, которым проводилась общепринятая терапия: ацикловир, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики и наружная терапия. Болевой синдром у пациентов в острую фазу ОГ встречался в 100% случаев. В результате проведенного лечения показана высокая эффективность «Панавира» при лечении больных ОГ: клиническая эффективность в группе больных, получавших «Панавир», составила 90,7%, в группе сравнения — 80,8%, частота постгерпетической невралгии к 90-му дню после начала заболевания составила 12,5%, в группе сравнения она наблюдалась у 21% пациентов.

Таким образом, применение «Панавира» приводит к укорочению общеинфекционного синдрома, более короткому периоду везикуляции и формированию корок, эпителизации, снижению частоты и выраженности постгерпетической невралгии.

БОЛЕЗНЬ ПФЕЙФЕРА–ВЕБЕРА–КРИСЧЕНА (СПОНТАННЫЙ ПАННИКУЛИТ) У ДЕВОЧКИ ПОДРОСТКА

СУЧКОВА Т.Н., ГАМАЮНОВ Б.Н., ПОПОВ И.В., ТИХОМИРОВ А.А.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, Российская детская республиканская больница, г. Москва

Спонтанный панникулит Пфейфера–Вебера–Крисчена тяжелое заболевание подкожно–жировой клетчатки, которое характеризуется появлением болезненных узлов от розового до темно–красного цвета, залегающих на разной глубине подкожно–жировой клетчатки, преимущественно в области конечностей, реже в области груди, живота, ягодиц. Заболеванию предшествуют недомогание, головные боли, лихорадка (37–40° С). Панникулит может возникать в ассоциации с основным системным заболеванием либо развиваться как первичный идиопатический процесс. Дифференциальная диагностика проводится с другими заболеваниями из группы панникулитов (реактивным, холодовым, постстероидным), колликвативным туберкулезом кожи, узловатой эритемой.

Девочка 16 лет поступила в дерматологическое отделение РДКБ в плановом порядке. Из анамнеза известно, что годом ранее у девочки впервые на фоне лихорадки появились 2 болезненных инфильтрата розового цвета в области передне–боковой поверхности шеи, спустя 3 недели аналогичные образования появились в области живота. Была госпитализирована в хирургическое отделение по месту жительства. После вскрытия воспалительных инфильтратов подкожно–жировой клетчатки и последующей комплексной антибактериальной терапии выписана в удовлетворительном состоянии. Спустя полгода после очередного рецидива заболевания поступила в кардиоревматологическое отделение с жалобами на появление болезненных узелков, расположенных в области нижних конечностей со скудным желтоватым отделяемым, длительную гипертермию. При обследовании поставлен диагноз ювенильный панникулит, рецидивирующее течение. После проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии, узлы разрешились с образованием рубцов. С целью дальнейшего обследования и уточнения диагноза была направлена в дерматологическое отделение РДКБ. В процессе обследования была проведена биопсия кожи, по заключению которой морфологическая картина соответствует клиническому диагнозу панникулит Вебера–Крисчена второй стадии. Проведен консилиум в составе врачей других специальностей. Заключение: у ребенка исключены: панникулит, связанный с дефицитом альфа1–антитрипсина, ферментативный панникулит, индуративная эритема, системный васкулит. Назначено лечение: роцефин, трихопол, супрастин, сандимун–неорал 200 мг/сутки (18) дней, диклофенак. Наружно: повязки с р–ром хлорфиллипта, мазью левомеколь. Выписана с улучшением под наблюдение врача–дерматолога.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА И МАЗИ МОМЕТАЗОНА ФУРОАТА И МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА АЦЕПОНАТА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ТИХОМИРОВ А.А., КОРОТКИЙ Н.Г., СУЧКОВА Т.Н., ГАМАЮНОВ Б.Н.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Целью проведенного нами исследования явилась сравнительная оценка клинической эффективности и переносимости различных лекарственных форм 0,1% мометазона фууроата (Момат, Glenmark Pharmaceuticals LTD) и 0,1% метилпреднизолон ацепоната в наружной терапии детей с атопическим дерматитом (АД) различной степени тяжести в возрасте от 2 до 17 лет.

В соответствии с клиническими формами заболевания 0,1% мометазона фууроат или 0,1% метилпреднизолон ацепонат в форме мази применяли один раз в день на очаги АД тонким слоем у больных эритематозно–сквамозной с лихенификацией

и лихеноидной формой АД легкой, средней и тяжелой степени тяжести. 0,1% мометазона фуруат или 0,1% метилпреднизолона ацепонат в форме крема использовали на очаги поражения один раз в день при эритематозной и эритематозно-сквамозной форме АД различной степени тяжести. Общая продолжительность исследования составила 3 недели и включала первичный клинический осмотр с контрольными осмотрами после окончания 1, 2 и 3-й недели от начала лечения.

Обобщая результаты проведенного исследования, у 20 детей, применявших мазь 0,1% мометазона фуруата, мы констатировали клиническую ремиссию у 7 детей (35%), значительное улучшение у 10 пациентов (50%), улучшение у 3 больных (15%). Случаев отсутствия эффекта или ухудшения в процессе применения мази 0,1% мометазона фуруата мы не наблюдали. У 20 детей, использовавших мазь 0,1% метилпреднизолона ацепоната, нами отмечена клиническая ремиссия у 1 ребенка (5%), значительное улучшение у 10 пациентов (50%), улучшение у 8 больных (40%), отсутствие эффекта у 1 ребенка (5%). Случаев ухудшения в процессе применения мази 0,1% метилпреднизолона ацепоната мы не наблюдали. У больных, получавших крем 0,1% мометазона фуруата, клиническая ремиссия наступила в 3 случаях (30%) и значительное улучшение у 7 пациентов (70%). Случаев отсутствия эффекта или ухудшения в процессе применения крема 0,1% мометазона фуруата мы не наблюдали. В группе лечения кремом 0,1% метилпреднизолона ацепоната мы наблюдали клиническую ремиссию у 3 детей (30%), значительное улучшение у 4 пациентов (40%), улучшение у 3 больных (30%). Случаев отсутствия эффекта или ухудшения в процессе применения крема 0,1% метилпреднизолона ацепоната мы не наблюдали.

ЦИТОФЛАВИН И ПРЕПАРАТЫ СЕРИИ «КАМЕЛОКС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ТЛИШ М.М., КАТХАНОВ А.М., КАТХАНОВА О.А.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель: Изучить эффективность применения цитофлавина и препаратов серии «Камелокс» в комплексном лечении больных очаговой склеродермией (ОС).

Материалы и методы: Препарат цитофлавин является метаболическим средством (1 таблетка содержит 300 мг янтарной кислоты, 50 мг инозина, 25 мг никотинамида и 5 мг рибофлавина мононуклеотида). Он стимулирует процессы клеточного дыхания и энергообразования, улучшает процессы утилизации кислорода тканями, восстанавливает активность ферментов, обеспечивающих антиоксидантное действие. Препараты серии «Камелокс» содержат различные компоненты: коллагеназу, растительные экстракты, аллантоин, витамин Е, розмарин и являются средствами для профилактики и коррекции растяжек и рубцов. Под наблюдением находились 30 больных ОС, 6 мужчин и 24 женщины, которым назначали цитофлавин по 2 таблетки 2 раза в день. Наружно в зависимости от стадии дерматоза применяли различные формы препаратов «Камелокс». В стадии плотного отека и индурации назначали гель с коллагеназой, оказывающий противоотечное (уменьшение интерстициального отека и напряжения тканей) и противовоспалительное (уменьшение длительности фаз воспаления) действие, а также способствующий повышению скорости кровотока, образованию новых сосудистых коллатералей, увеличению поглощения тканями кислорода. В стадии атрофии применяли масло «Камелокс», повышающее упругость и эластичность кожи и улучшающее кровообращение. Курс лечения составлял 30 дней и проводился на фоне базисной терапии. Контрольную группу составляли 10 пациентов, получавших базисную терапию (пенициллин, препараты никотиновой кислоты, лидазу, НПВС, витамины, наружные средства).

Результаты: В процессе лечения наблюдалось прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение уплотнения в очагах, улучшение внешнего вида участков атрофичной кожи. Значительное улучшение констатировано у 17 пациентов, улучшение — у 11 больных. Лечение все больные перенесли хорошо, побочных явлений не отмечено. Выраженный клинический эффект сопровождался положительной динамикой биохимических показателей. В контрольной группе полной нормализации показателей не наблюдалось.

Выводы: Установлена высокая эффективность применения препаратов цитофлавин и «Камелокс» у больных очаговой склеродермией, в связи с чем представляется целесообразным включение их в комплексную терапию данного заболевания.

ПАПУЛЁЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ДЕГОСА

ТОРБИНА О.В., ХАЙРЕТДИНОВА Р.М.

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава», КВД ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», Республика Татарстан

Папулёз злокачественный атрофический Дегоса или летальный кожно-кишечный синдром по кожным проявлениям близок к папуло-некротическому типу полиморфного ангиита. Болеют преимущественно мужчины. Под нашим наблюдением находился больной Л., 55 лет, который поступил в хирургическое отделение городской больницы № 2 г. Набережные Челны 18.11.2008 г. с жалобами на приступообразные боли в эпигастральной области и левом подреберье с предварительным диагнозом: Обострение хронического панкреатита. Считал себя больным 10 дней. В стационаре диагноз был подтверждён, назначены соответствующая терапия и дополнительное обследование. При видеокколоноскопии от 01.12.2008 г. обнаружены множественные язвы кишечника до 3–4 мм в диаметре с эритемой по периферии. 02.12.2008 г. состояние больного резко ухудшилось и он был прооперирован с диагнозом: Перитонит. Перфорация полового органа, при этом на кишечнике обнаружены множественные папулы белесоватого цвета. Перфораций не выявлено. В связи с наличием высыпаний на коже 03.12.2008 г. назначена консультация дерматолога. Из анамнеза выявлен факт толчкообразного появления элементов сыпи на коже туловища и конечностей в течение последнего года, субъективных расстройств больной не испытывал, к дерматологам не обращался. При осмотре больного патологический кожный процесс носил распространенный характер, был представлен папулами бледно-розового цвета полусферической формы с белесоватым западением в центре. Высыпания были расположены фокусно, без тенденций к слиянию. На основании анамнеза и клинической картины был выставлен диагноз: Папулёз злокачественный атрофический Дегоса. Назначена терапия: глюкокортикоиды, антибиотики, спазмолитики, антигистаминные препараты, антикоагулянты. В течение декабря 2008 г. больной был дважды прооперирован по поводу кишечной непроходимости, проведена резекция обширных участков кишечника с множественными очагами некроза и наличием микроперфораций. Улучшение состояния больного не наблюдалось, больной скончался 01.01.2009 г. Смерть наступила на фоне интоксикации. Таким образом, ранняя правильная трактовка кожного процесса и своевременно начатая терапия папулёза злокачественного атрофического Дегоса могут предотвратить развитие тяжёлых абдоминальных летальных форм заболеваний.

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ И УХОДУ ЗА КОЖЕЙ.

ТОРОПОВА Н.П., ПАЗИНА М.В., СОРОКИНА К.Н.

ФГУ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Атопический дерматит (АтД), отличающийся хроническим течением с рецидивами, является одной из главных причин как госпитализации детей и подростков в специализированные клиники, так и установления инвалидности с детства. Среди госпитализированных в детское отделение Ур НИИДВиИ в 2005–2008 гг. больные АтД составляли от 31,2 до 33,9%, в ОГУ НПЦ детской дерматологии и аллергологии за тот же период от 46,4 до 54,3% (при общем числе госпитализированных детей с дерматозами 1219–1330). Тяжелое течение АтД, требующее неоднократного стационарного лечения в течение года, приводящее к «нарушению той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры и функции», является основанием для установления инвалидности с детства.

В Свердловской области среди детей — инвалидов с детства по рубрике «Кожа и подкожная клетчатка» за период 2005–2008 гг. удельный вес больных АтД составлял 76,5–79,6% от общего числа детей–инвалидов с заболеваниями кожи (абсолютное число больных — 317–279). Возрастной состав детей–инвалидов с АтД: от 1 до 3 лет — 14,7–16,2%, от 3 до 7 лет — 27,2–29,0%, от 8 до 14 лет — 46,6–48,3%, от 15 до 18 лет — 8,0–10,0% (данные за 2007–2008 гг.). Таким образом, более 70% детей с АтД с установленной инвалидностью — больные в возрасте 3–14 лет.

Ранжирование факторов, предрасполагающих и поддерживающих тяжелое течение АтД, позволяет выделить ведущие из них, в том числе их сочетания у одного и того же больного. Так, патология беременности выявлена у 72,0%, родоразрешения — у 58,3%, в том числе: кесарево сечения (28%), тазовое предлежание (6,7%), агрессивное ведение родов (прием Кристеллера) — 23,4%; что приводит к тяжелым вегетосудистым нарушениям, патогенетическим значимым для АтД. При обследовании больных АтД с инвалидизирующими формами выявлены: паразитозы (39,9%), болезни нервной системы у детей дошкольного и школьного возраста (86,3%); болезни органов пищеварения (у 60,9%), поддерживающие хроническое течение дерматоза.

Особые требования предъявляются к выбору средств наружной терапии и уходу за кожей в связи со значительной площадью поражения кожи, частым присоединением вторичной инфекции, что приводит к необходимости одновременного использования различных наружных средств на очаги поражения (например, Афлодерм, Белогент, смягчающие и увлажняющие кремы — локобейз РИПЕА, топикрем и другие).

Диспансерное наблюдение девочек, имеющих инвалидность по АтД, обучение членов семьи, подготовка девушек к созданию своей семьи (планирование и вынашивание беременности) способствовали тому, что у рожденных детей АтД повторился лишь у 16,8–17,0% (катамнез через 25 и 40 лет).

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВИТИЛИГО

УСОВЕЦКИЙ И.А., ШАРОВА Н.М., КОРОТКИЙ Н.Г.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Витилиго — распространенное заболевание, чаще начинающееся в детском или юношеском возрасте, протекающее многие годы и вызывающее различного характера психозомоциональные реакции. Патогенез этого заболевания до конца не изучен, что усложняет разработку единого подхода к его терапии. Методы лечения витилиго, применяемые в настоящее время, не всегда достаточно эффективны и безопасны, требуют длительного времени применения. На сегодняшний день весьма перспективными являются хирургические методы, гарантирующие высокий процент выздоровления.

Под нашим наблюдением находилось 24 пациента с различными формами витилиго в возрасте от 15 до 48 лет и давностью заболевания от 5 до 36 лет. Больные витилиго были полностью обследованы. Большинство больных (16 человек) не связывали появление депигментированных очагов с какими-либо значимыми причинами, 5 больных считали, что заболевание развилось после перенесенного стресса, у 2 пациентов впервые очаги депигментации появились после тяжело протекавшей инфекции и у 1 больного — при выявлении заболевания щитовидной железы. Предшествующие методы лечения были неэффективны. Этим пациентам провели трансплантацию аутологичных культивированных меланоцитов.

Первый этап подготовительный — предварительно облучается донорский участок до появления гиперпигментации. Второй этап — взятие материала для выделения меланоцитов и их последующего культивирования. Третий этап — выращивание культуры меланоцитов до количества клеток 2–5 млн/мл. Четвертый этап — введение суспензии культивированных меланоцитов в очаги депигментации.

Мы наблюдали появление перифолликулярной репигментации у 22 пациентов, сглаживание границ с нормальной кожей через неделю после первой процедуры. Введение суспензии культивированных меланоцитов проводили 3–4 раза. Дальнейшие наблюдения показали, что у 20 из 24 пациентов очаги депигментации полностью восстановили нормальную окраску через 4–6 недель после введения клеточной суспензии. У 4 пациентов наблюдалась стойкая перифолликулярная репигментация. Через 6 недель мы провели этим пациентам 5 сеансов ультрафиолетового облучения и констатировали восстановление обычной окраски кожи. Трансплантация аутологичных меланоцитов является высокоэффективным и перспективным методом лечения различных форм витилиго.

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА КАК ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ

ФАХРЕТДИНОВА Х.С., ТУКТАМЫШЕВА Л.В.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский противотуберкулезный диспансер, г. Уфа

Актуальность проблемы: Кольцевидная гранулема (КГ) рассматривается как полиэтиологический синдром. Многие авторы считают наиболее вероятной туберкулезную природу заболевания.

Цель: Выявить возможную связь заболевания с туберкулезной инфекцией.

Материалы и методы: Клинические наблюдения.

Результаты: За последние 3 года среди лиц, наблюдаемых в противотуберкулезном диспансере по поводу КГ, дети составили 73,9%, взрослые — 26,1% (женщины — 17,8%). КГ характеризовалась образованием на коже однотипных небольших (2–5 мм) плотных узелков, сгруппированных в виде колец. Очаги локализовались преимущественно на тыле кистей и стоп, нередко вблизи суставов. Приводим клиническое наблюдение сочетания высыпаний КГ и первичного туберкулезного инфицирования у ребенка. Больная С. 8 лет, направлена в Республиканский противотуберкулезный диспансер с клиническим диагнозом КГ на обследование. Из анамнеза известно, что высыпания КГ появились год назад вначале на тыле левой стопы. Спустя примерно 3 месяца наблюдалась вторая волна высыпаний на тыле правой стопы и задней поверхности голени. Появление кожной сыпи хронологически совпало с «виражом» реакции Манту с 2ТЕ. При направлении у ребенка были выявлены симптомы интоксикации: бледность кожных покровов, «синева» под глазами, отставание в весе и гипервозбудимость. Вакцинирована в роддоме, рубец 4 мм. Реакция Манту с 2ТЕ— папула 14 мм. При осмотре кожных покровов на нижних конечностях обнаружены 5 очагов белесоватого и бледно-розового цвета в виде кольцевидных бляшек до 4 см и рассеянные узелки. При диаскопии феномен «яблочного желе» не выявлялся. Известно, что при диагностике параспецифических реакций кожи у детей гистологическое исследование нецелесообразно. Туберкулинодиагностика дополнительно проводилась после лечения. На фоне проводимой терапии противотуберкулезными препаратами в течение 4 месяцев у ребенка получена положительная клинико-лабораторная динамика, которая выражалась в увеличении массы тела, снижении нейровегетативных нарушений и чувствительности к туберкулину. Папула после реакции Манту с 2ТЕ уменьшилась до 5 мм. Динамика кожных высыпаний: прежде всего регрессировали более свежие очаги, в последнюю очередь происходило рассасывание узелков в области правой стопы и голеностопного сустава. Очевидно, 2-этапное прогрессирование кожной сыпи и ее регрессия в обратной последовательности отражают особенности изменения иммунологической реактивности. Учитывая полученные данные, поставлен диагноз: первичное туберкулезное инфицирование. Дерматологический диагноз: кольцевидная гранулема подтверждена («параспецифическая реакция»). Данное наблюдение косвенно подтверждает мнение о существовании фенотипа КГ, характеризующегося особой склонностью к развитию макрофагально-гранулематозных реакций. В подобных случаях возможность участия туберкулезной инфекции в развитии этого кожного поражения по типу «триггерного механизма» необходимо учитывать в первую очередь. Вышеприведенные данные свидетельствуют о необходимости более углубленного клинического и лабораторного обследования больных, имеющих высыпания типа КГ и измененную чувствительность к туберкулину, с обязательным привлечением фтизиатра как в процессе диагностики данной патологии, так и при назначении лечения.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: КОНЦЕПЦИЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

ХАЕРТДИНОВА Л.А.

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрав», г. Казань

Особенности течения атопического дерматита (АД): раннее начало, неуклонный рост заболеваемости, упорное рецидивирующее течение, резистентность к традиционной терапии, присоединение вторичной инфекции придают вопросам выбора рационального лечения заболевания несомненную актуальность и диктуют необходимость создания алгоритмов ведения пациентов с учетом эффективности, безопасности, удобства при применении, возможности комбинации лекарственных препаратов с формированием этапности их назначения.

В связи с этим целью работы явилась разработка основных этапов местной терапии пациентов, страдающих АД.

Дизайн исследования включал: углубленное клиническое обследование с определением степени тяжести заболевания по шкале SCORAD, бактериологическое и микологическое исследование кожи, проведение этапной топической терапии, оценка эффективности проводимого лечения, изучение отдаленных результатов (в течение 1–1,5 лет).

Обследуемую группу составили больные АД с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания и резистентностью к проводимой ранее терапии. Из них пациенты с осложненными вторичной бактериальной и грибковой инфекцией формами составили 75,8%.

Топическая терапия пациентов, страдающих АД, проводилась поэтапно: I этап направлен на санацию вторичной бактериальной и грибковой инфекции с использованием местного препарата «Пимафукорт» (2–4 раза в сутки) в течение 7–10 дней с противовоспалительным, антимикотическим и антибактериальным действиями. На II этапе проводилась топическая противовоспалительная терапия (Локоид мазь) в сочетании с увлажнителями (Локобейз Рипеа или Локобейз Липокрем) 10–14 дней с переходом на III этап, включающий длительную увлажняющую терапию средствами Локобейз Рипеа или Локобейз Липокрем.

В исследуемой группе общая терапевтическая эффективность составила 87,3%, индекс SCORAD снизился в 2,5 раза, изучение отдаленных результатов по данным клинического наблюдения показало, что частота обострений уменьшилась в 4 раза, а продолжительность ремиссии увеличилась в 3,5 раза.

Таким образом, предлагаемая терапия больных АД с использованием современных топических средств и соблюдением принципов непрерывности ее проведения, адекватности подбора препаратов, этапности, комбинированности позволяет осуществить качественную биоревитализацию кожи и создать инструмент управления данным заболеванием.

РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ АПОПТОЗА В ФОРМИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА

¹ХАЙРУТДИНОВ В.Р., ²ЖУКОВА С., ²ПИЛЮГИН Н.В., ¹ЧАПЛЫГИН А.В., ²САМЦОВ А.В., ³ИМЯНИТОВ Е.Н.

¹ ФГУ «442 Окружной военный клинический госпиталь ЛенВО», г. Санкт-Петербург

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

³ НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург

Чрезмерная активация Т-клеточного звена иммунитета, приводящая к избыточной продукции медиаторов воспаления и факторов роста, рассматривается при псориазе как дефицит активности апоптоза. Снижение интенсивности программируемой клеточной гибели Т-клеток может являться ключевым звеном в развитии псориаза. Популяционная вариабельность интенсивности апоптоза, изменяясь в широком диапазоне, может объяснять существенные различия в ответе больных псориазом на проводимую терапию. Индивидуальные различия индивидуумов обусловлены их генетической гетерогенностью. Ассоциативные исследования, направленные на установление связи генотипа с фенотипическими проявлениями, позволяют оценить роль

генетических факторов в патогенезе заболеваний. Целью нашей работы было проведение систематического молекулярно-эпидемиологического исследования полиморфных вариантов генов — участников процесса программируемой клеточной гибели, направленного на выявление генетических факторов, влияющих на предрасположенность к развитию псориаза и характер его течения. В группу больных бляшечным псориазом вошли 173 пациента, группа контроля — 252 здоровых донора. Генотипирование 37 кодирующих полиморфизмов проводилось методом аллель-специфической ПЦР в режиме реального времени (real-time AS-PCR). Анализ распределения полиморфных вариантов Casp10 Ile479Leu выявил снижение встречаемости генотипов Leu/Leu у больных псориазом 19/97 (20%), в сравнении с контролем — 88/252 (35%) (OR = 0,45; 95% CI: 0,25–0,83; p < 0,01). Изучение распределения полиморфизма DR4 Ala228Glu выявило увеличение частоты генотипа Ala/Glu у больных псориазом 46/129 (36%), в сравнении со здоровыми донорами — 58/252 (23%), (OR = 1,85; 95% CI: 1,14–3,03; p < 0,01); встречаемость аллеля Ala у больных псориазом 54/258 (21%) выше, чем в контроле — 64/504 (13%), (OR = 1,82; 95% CI: 1,20–2,76; p < 0,01). Частота редкого аллеля Arg гена DR4 Lys441Arg среди больных с тяжелой формой псориаза 2/60 (3%) была ниже, чем у пациентов с легким течением болезни — 12/80 (15%) (OR = 0,20; 95% CI: 0,03–0,98; p < 0,05). Генотип Lys/Arg встречался чаще у больных с псориатическим артритом — 9/21 (43%), чем у пациентов без артрита — 13/79 (16%) (OR = 3,80; 95% CI: 1,18–12,36; p < 0,05). Полученные нами данные, позволяющие утверждать, что генотип Ile/Leu гена Casp10 Ile479Leu, генотип Ala/Glu и аллель Ala гена DR4 Ala228Glu ассоциированы с высоким риском развития псориаза, а Leu/Leu гена Casp10 Ile479Leu обладает протективным действием. Генотип Arg/Lys гена DR4 Lys441Arg ассоциирован с высоким, а генотип Lys/Lys гена DR4 Lys441Arg — с низким риском развития псориатического артрита у больных псориазом.

АКТИВАЦИОННЫЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

ХАЛИДОВА Х.Р., ИБРАГИМОВ Ш.И., МАКСУДХОДЖАЕВА Л.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Введение: Количество клеток в ткани регулируется двумя процессами — пролиферацией и «программированной, или физиологической, гибелью клеток» — апоптозом. Оба процесса в организме находятся под контролем стимулирующих или ингибирующих факторов, которые присутствуют в растворимой форме или экспрессируются на поверхности лимфоцитов CD25⁺ и CD95⁺. В связи с этим целью исследования явилось изучение состоятельности и взаимоотношений лимфоцитов с активационными маркерами CD25⁺ и CD95⁺, ответственных за пролиферацию и апоптоз.

Материалы и методы: Выделение общей фракции лимфоцитов у 45 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом саркома Капоши (СК) осуществляли по стандартной методике в градиенте плотности фиколл-верографина. Субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител CD25⁺ и CD95⁺ ТОО «Сорбент».

Результаты и обсуждение: В общей группе у больных с идиопатической СК не выявлены достоверные нарушения содержания CD95⁺. Так, содержание в периферической крови CD95⁺ составило $5,6 \pm 0,81\%$, при контрольных цифрах — $5,2 \pm 0,67\%$. Но в то же время у пациентов с преимущественно с I (пятнистой) стадией отмечается снижение концентрации CD95⁺, но в недостоверных пределах. Количественное содержание Т-лимфоцитов в крови, экспрессирующих маркеры активации CD25⁺, имело тенденцию к повышению в недостоверных пределах в I и II стадиях и достоверно превышающие контрольные значения у пациентов с III (опухолевой) стадией.

Выводы: Проведенные исследования показали, что концентрация лимфоцитов с активационными маркерами CD25⁺ и CD95⁺ зависит от стадии опухолевого процесса. С одной стороны, на ранних этапах развития СК отмечалась высокая степень активационных процессов, выражающаяся в повышении CD25⁺ лимфоцитов, с другой стороны — полученные данные косвенно свидетельствовали о нарушении CD95 индуцированного апоптоза Т-лимфоцитов, являющегося заключительным этапом пролиферативного процесса.

ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И САРКОМА КАПОШИ В СТРУКТУРЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ХАЛИДОВА Х.Р., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Введение: В клинической практике гистологическое исследование заболеваний кожи имеет очень важное значение, особенно при диагностике лимфопролиферативных заболеваний, болезней обменного характера, системных и опухолевых заболеваний.

Цель исследования: Определение частоты встречаемости и числа расхождений клинических и гистологических диагнозов лимфопролиферативных заболеваний и саркомы Капоши среди диагностических биопсий за 2002–2007 годы.

Материал и методы: Проведен анализ 1047 диагностических биоптатов, поступивших в патоморфологическую лабораторию центра за период 2002–2007 гг. Гистологические данные статистически обработаны с применением пакета прикладных программ статистического анализа.

Результаты и обсуждение: Как показали результаты, около 9% биопсий проведено больным с лимфопролиферативными заболеваниями кожи. Количество биопсий при саркоме Капоши (СК) составило более 2,7%. Достаточно высокий процент диагностических биопсий связан с проведением тематических исследований по данным нозологиям. Чаще всего клинический диагноз подтверждался гистологически при экземе, псориазе, зудящих дерматозах. Расхождение клинического и гистологического диагнозов при СК составило 19,3%. Несоответствие клинического и гистологического диагнозов при лимфопролиферативных заболеваниях колебалось от 15% до 42%.

Выводы: Анализ гистологических исследований подтвердил важность проведения диагностических биопсий, ответственность патоморфолога в диагностике и необходимость поиска морфологических дифференциально-диагностических критериев заболеваний кожи.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

ХАЛИДОВА Х.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Введение: На сегодняшний день установлено, что рост опухоли сопровождается развитием иммунологической недостаточности. Причем, механизмы, определяющие иммунодефицит, до сих пор не определены. Целью исследования явилось изучение иммунного статуса и фенотипического состава лимфоцитов крови у больных саркомой Капоши в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 45 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом саркома Капоши (СК) в возрасте 32–78 лет. Выделение общей фракции лимфоцитов осуществляли по стандартной методике в градиенте плотности фиколл-верографина. Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, HLA-DR⁺, CD19⁺ ТОО «Сорбент». Для дополнительной характеристики Т-клеточного звена иммунной системы вычисляли иммунорегуляторный (CD4⁺/CD8⁺) индекс.

Результаты и выводы: При исследовании особенностей фенотипического состава лимфоцитов крови у больных СК показано, что независимо от стадии заболевания у больных в периферической крови обнаружено достоверное снижение относительной концентрации CD3⁺, CD4⁺ и величины иммунорегуляторного индекса, достоверное увеличение относительной и абсолютной концентраций CD16⁺, CD19⁺ и HLA-DR⁺ относительно контрольной группы. У больных с I стадией (пятнистой) обнаружено достоверное снижение относительной концентрации CD4⁺. У больных с III стадией СК относительная концентрация CD3⁺ была ниже, а абсолютные концентрации CD16⁺ и HLA-DR⁺ выше, чем при других стадиях.

Выводы: Таким образом, у больных СК независимо от стадийности процесса выявляется иммунодефицитное состояние, характеризующееся недостаточностью Т-клеточной системы, при увеличении содержания В-лимфоцитов и NK-клеток. У больных с III стадией СК установлены некоторые особенности в фенотипическом статусе лимфоцитов периферической крови, которые выражаются в значимом относительном снижении содержания Т-лимфоцитов и в абсолютном повышении содержания В-лимфоцитов и NK-клеток относительно других стадий.

ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

ХЛЮПИНА Е.В., МЕДВЕДЕВА О.В., ГОЛЬЦОВА Е.Н.

Клиника эстетической и лазерной медицины «NEO-clinic», г. Тюмень

Актуальным является поиск дополнительных методов лечения экземы, которые бы способствовали более быстрому снятию воспалительного процесса кожи и увеличивали время ремиссии. Одним из дополнительных методов лечения экземы является внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), которое активизирует кислородно-транспортную функцию эритроцитов и реологических свойств крови, что приводит к улучшению трофического обеспечения и микроциркуляции в коже, что способствует более быстрому снятию воспаления и заживлению кожи при экземе.

Цель: Оценить эффективность внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных хронической экземой.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 16 пациентов (10 женщин и 6 мужчин), в возрасте от 25 до 48 лет с давностью заболевания хронической экземой 3–15 лет в периоде обострения. Всех больных в периоде обострения беспокоил кожный зуд различной степени интенсивности, мокнущие высыпания на коже, наличие везикулезных высыпаний, корки, нарушение сна. Большинство пациентов отмечали обострения (3–4 раза в год и более) продолжительностью более 2 месяцев, длительность ремиссии составляла не более 2,5 месяца. В комплексную терапию экземы было включено ВЛОК, процедуры проводились на аппарате лазерной терапии «Мустанг», излучающая головка КЛ-ВЛОК-М, длина волны 0,63 мкм, мощность на конце световода 5,0–7,0 мВт, продолжительность процедуры 30 минут. Курс состоял из 14 ежедневных процедур.

Результаты: Эффективность лечения оценивалась после курса ВЛОК на 15-е сутки: клиническое выздоровление (полный регресс высыпаний) было достигнуто у 9 (56,2%) больных, значительное улучшение (прекращение мокнутия, отсутствие везикуляции) — у 5 (31,2%), улучшение (отсутствие новых высыпаний, уменьшение мокнутия и зуда) — у 2 (12,6%) пациентов. Отрицательного эффекта комплексного лечения выявлено не было. В целом переносимость метода была хорошей. У всех больных отмечалось сокращение количества обострений в год. Время ремиссии удлинилось в 1,5 раза. Наблюдалось снижение выраженности и распространенности клинических проявлений хронической экземы. Выводы: ВЛОК является эффективным методом комплексного лечения пациентов, страдающих экземой.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

ЧЕБОТАРЕВ В.В.

Государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Применение наружных лекарственных средств необходимо в связи с тем, что воспаление непосредственно развивается в коже. При этом следует соблюдать этапность терапии. При лечении больных атопическим дерматитом задачей первого этапа (тяжелое острое течение) является снятие острых симптомов заболевания (зуд, мокнутие и др.), что достигается сильными негалогеенизированными топическими кортикостероидами (адвантан — эмульсия, крем, локоид крем и др.), разрешенными к применению на участках тонкой кожи. На втором этапе (среднетяжелое и легкое течение) назначают нестероидную наружную терапию: пимекролимус (1% крем), мишенью которого являются Т-лимфоциты и тучные клетки кожи, подавляющий ряд цитокинов, являющихся ключевыми в патогенезе АД. На третьем этапе необходимо устранить сухость кожи, восстановить защитные функции кожного барьера. Этого можно добиться назначением препаратов линии Дардиа липо Лайн, Топик-кремом, Локобейзом и некоторыми другими. Наше внимание привлек в последнее время крем Фореталь (Нижфарм), созданный для чувствительной,

раздраженной и сухой кожи. Входящая в его состав мочеви́на 10% (карбамид) легко проникает в глубокие слои эпидермиса, обладает влагоудерживающими свойствами, сохраняет водно-липидную мантию кожи. Фореталь улучшает естественный процесс самообновления кожи и ускоряет процесс отшелушивания. За счет активизации восстановительных процессов кожа становится упругой, гладкой, приобретает здоровый внешний вид. Весьма важно, что нет ограничений применения препарата по возрасту. Наносить его следует тонким слоем утром и вечером. Нами накоплен положительный опыт лечения кремом Фореталь больных atopическим дерматитом, а в настоящее время апробируется его назначение в регрессирующей стадии больных псориазом. Предварительные данные свидетельствуют об эффективности крема Фореталь в лечении данного контингента пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДЕЙСТВИИ РАЗЛИЧНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ

ЧУБЕРОВА К.А., ФИЛИМОНКОВА Н.Н.

Уральский Научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Наиболее значимым из триггерных факторов псориаза исследователи отмечают психо-эмоциональный стресс, провоцирующий обострение заболевания более чем в 56% случаев.

В клинике УрНИИДВиИ обследованы 513 пациентов с вульгарным псориазом (237 мужчин и 276 женщин) в возрасте от 17 до 56 лет, с длительностью заболевания от 4 месяцев до 35 лет. Среди них выделены две группы пациентов: с вульгарным стресс-триггерным псориазом (1-я группа — 256 больных) и с вульгарным псориазом с другими триггерными факторами (2-я группа — 110 больных), обследованные методами опроса и анкетирования, с оценкой индекса PASI, дерматологического индекса качества жизни (DLQI); психического статуса.

У пациентов 1-й группы отмечено колебание DLQI от 8 до 30 баллов, в среднем — 19,6 балла. Максимальное влияние на ежедневную деятельность, межличностные отношения, особенно в интимной сфере; незначительное влияние на занятия спортом заболевание оказывало в возрастной группе от 26 до 45 лет. Уровень тревоги определялся: очень высокий у 3,7% обследованных, средний с тенденцией к высокому — у 34,9%, средний с тенденцией к низкому — у 41,25%, низкий — у 20,15%. Депрессивное состояние отсутствовало у 11% обследованных, у 53% диагностировано легкое депрессивное состояние, у 28% — субдепрессивное состояние, в 8% случаев зарегистрировано истинное депрессивное состояние. Индекс PASI определен от 21 до 25 баллов в 47%, среди пациентов 2-й группы индекс PASI от 15 до 20 баллов — 37% (n = 42). Уровень тревоги у пациентов 2-й группы определялся как средний с тенденцией к высокому — у 16%, средний с тенденцией к низкому — у 26%, низкий — у 58%, высокий уровень тревоги у пациентов данной группы не зарегистрирован.

Таким образом, у пациентов группы со стресс-триггерным заболеванием псориазический процесс носил распространенный, средней клинической тяжести характер, отмечалось частое рецидивирование при продолжении действия стрессового фактора. У пациентов с нестрессиндуцированным кожным процессом заболевание протекало в более легкой форме: с более низкими показателями индекса PASI, менее выраженным уровнем депрессии и тревоги.

АНАЛИЗ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ ПОСТАНОВКЕ КОЖНЫХ ПРОБ С ТУБЕРКУЛИНОМ

ШАКУРОВ И.Г., БАЛТЕР И.А., ТАБАШНИКОВА А.И.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Самара
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

Цель работы: Повышение эффективности градуированной накожной туберкулиновой пробы при индивидуальной диагностике инфицирования микобактериями туберкулеза у детей, больных atopическим дерматитом.

Материалы и методы: Были взяты 110 детей, больных atopическим дерматитом, которым была проведена кожная проба с туберкулином по Манту с 2ТЕ, кожная проба с туберкулином скарификатором и прик-тестом. На внутренней поверхности правого предплечья поверхностную скарификацию кожи проводили оспенным пером, левое — индивидуальным прик-тестом.

Результаты и обсуждение: Сравнительный анализ кожных проявлений при постановке туберкулиновых проб при atopическом дерматите показал, что при постановке пробы по Манту с 2ТЕ зуд кожи на месте введения туберкулина отмечался у 13 (11,8%) детей, перифокальная гиперемия — у 79 (71,8%), обострение atopического дерматита — у 7 (6,3%). При проведении накожной градуированной пробы скарификатором зуд кожи на месте введения туберкулина отметили 24 (21,8%) пациентов, перифокальную гиперемию — 52 (47,2%), обострения atopического дерматита не наблюдалось. При проведении пробы прик-тестом у 12 детей (10,9%) наблюдалась перифокальная гиперемия, зуда кожи на месте введения туберкулина и обострений atopического дерматита не было.

Таким образом, при постановке пробы прик-тестом обострений atopического дерматита не отмечалось и гиперемия была всего у 10,9% детей ($p < 0,05$), что позволяет считать пробу прик-тестом самой оптимальной для выявления инфицированности микобактериями туберкулеза у детей, больных atopическим дерматитом.

Заключение: Проведение кожной пробы с туберкулином прик-тестом достоверно улучшает качество индивидуальной туберкулиновой диагностики у детей, больных atopическим дерматитом. Преимуществом этого теста является наличие перифокальной гиперемии меньшей выраженности и отсутствие обострений заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАМПЫ «БИОПТРОН» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

ШАХМАМЕТОВА С.Р., ШАХМАМЕТОВ Н.Р., СУЛТАНОВА З.З.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Уфа

Как показывает анализ периодической печати и изучение структуры заболеваемости дерматозами, за последние 5 лет как в России, так и в Республике Башкортостан отмечается резкий рост числа больных тяжелыми хроническими дерматозами.

Одним из методов лечения дерматозов является облучение поляризованным светом, генерируемым лампой «Биоптрон».

В течение трех лет мы применяли ее в физиотерапевтическом отделении РКВД. Всего пролечено 927 больных в возрасте от 3 до 78 лет: в 2006 г. — 293 больных, в 2007 г. — 312 больных, в 2008 г. — 322 больных.

Все больные были разделены на 5 групп:

1. Больные атопическим дерматитом, нейродермитом, экземой (ограниченное поражение) в подострой стадии — 636 человек, в т. ч. 327 детей.
2. Больные микозами стоп и эрозивно-язвенными поражениями кожи (дисгидротическая и интертригинозная формы микозов стоп, язвенно-дистрофические поражения нижних конечностей, простой и опоясывающий лишай, пузырчатка в стадии образования эрозий) — 195 человек.
3. Больные псориазом (ладонно-подошвенный псориаз с наличием трещин) — 28 человек.
4. Больные поверхностными гнойничковыми заболеваниями — 57 человек.
5. Больные очаговой алопецией, красным плоским лишаем — 11 человек.

В результате проведенной терапии значительное улучшение достигнуто у 38,5% больных, улучшение — у 58,1% больных; эффект отсутствовал у 3,4% больных.

Поляризованный свет, генерируемый лампой «Биоптрон», обладает слабым противовоспалительным, репаративным действием, способствует уменьшению зуда и болевых ощущений в очагах поражения и может быть использован в комплексном лечении больных различными дерматозами как у взрослых, так у детей. Лечение лампой «Биоптрон» хорошо переносится больными, достоинством является возможность применения ее в домашних условиях на завершающих этапах комплексного лечения дерматозов.

РОЛЬ ФАКТОРА ИНГИБИРОВАНИЯ МИГРАЦИИ ФАГОЦИТОВ В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

ШИРШАКОВА М.А., КУБЫЛИНСКИЙ А.А., УДЖУХУ В.Ю.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрав, г. Москва

Псориаз — хронически протекающий дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов (64–72%), характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме. В последние годы установлено, что одним из ключевых звеньев развития воспалительного процесса в дерме при псориазе является нарушение Т-клеточного звена иммунитета, усиление функциональной активности клеток мононуклеарной системы, что позволяет рассматривать псориаз как иммунопатологическое заболевание. При этом в литературе приводятся немногочисленные, а порой и противоречивые данные об особенностях иммунного статуса больных псориазом. В данном исследовании мы изучали уровень фактора ингибирования миграции фагоцитов (МИФ) в сыворотке крови пациентов с псориазом в зависимости от степени тяжести псориатического кожного процесса. Ряд образцов сыворотки был взят от пациентов, страдающих тяжелыми формами псориаза, такими как артропатический псориаз и псориатическая эритродермия. Всего нами было обследовано 42 пациента с псориазом (14 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 21 до 79 лет. Тяжесть псориаза была ассоциирована с индексом PASI, который в данном исследовании колебался от 3,2 до 44, 7 ($17,9 \pm 1,4$). В группу сравнения вошли здоровые добровольцы — 35 человек (16 женщин и 19 мужчин). Содержание МИФ в сыворотке измерялось с помощью энзимсвязанного иммуносорбентного анализа (ELISA). В результате проведенных исследований было установлено повышенное по сравнению с группой контроля содержание МИФ в сыворотке крови больных псориазом ($35,3 \pm 4,3$ нг/мл), в контроле ($5,1 \pm 0,3$ нг/мл). Была выявлена линейная зависимость между уровнем содержания в крови МИФ и степенью тяжести кожного процесса, определяемого индексом PASI. На основании данных исследования можно предположить, что высокий уровень МИФ может быть причиной гиперпролиферации кератиноцитов, поскольку МИФ стимулирует клеточный рост. Во время изучения содержания МИФ у больных псориазом нами было показано, что МИФ также стимулирует выработку ИЛ8 эпидермальными кератиноцитами с развитием гиперпролиферации эпидермиса. Таким образом, на основании результатов проведенных исследований можно сделать вывод о том, что высокий уровень МИФ лежит в основе иммунных изменений при псориазе, проявляющихся хроническим воспалением дермы и гиперпролиферацией кератиноцитов эпидермиса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК

ШТИРШНАЙДЕР Ю.Ю.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Сравнительное изучение результатов лечения вульгарных бородавок методами лазерной деструкции, электрокоагуляции и криохирургии жидким азотом.

Материал и методы: Под наблюдением находились 60 больных вульгарными бородавками, локализовавшимися на коже кистей, в возрасте от 18 до 42 лет, с продолжительностью заболевания от 1 недели до 15 лет. Двадцати пациентам проведена лазерная деструкция бородавок диодным лазером «Кристалл» (длина волны 0,81 мкм, мощность излучения 1–5 Вт), 20 больных бородавки удалены методом электрокоагуляции с применением аппарата ЭХВЧ–20–01–МТУСИ, 20 больных получали криохирургию криодеструктором «Крио–Иней». Результаты лечения оценивали по частоте развития побочных реакций (воспалительных явлений, пузырей, кровоточения, вторичной инфекции), срокам эпителизации послеоперационной раны, а также частоте возникновения рецидивов.

Результаты: Лазерная деструкция реже, чем электрокоагуляция и криохирургия, вызывала воспалительные явления, не сопровождалась развитием пузырей и кровотечений. Признаки вторичной инфекции при лазерной деструкции наблюдали у 1 больного, при электрокоагуляции — у 3 пациентов; при криохирургии случаев вторичного инфицирования не зарегистрировано. Период полного заживления послеоперационной раны при лечении лазером и жидким азотом в среднем составил 17 дней, при лечении электрокоагуляцией — 24 дня. Рецидивы развились после лазерной деструкции у 4 больных, после электрокоагуляции — у 6 пациентов, после криохирургии — у 6 пациентов.

Вывод: Лечение больных вульгарными бородавками в области кистей диодным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм имеет ряд преимуществ перед электрокоагуляцией и криодеструкцией жидким азотом, в частности, позволяет уменьшить количество побочных реакций и сократить сроки эпителизации.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОМАССАЖА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ (УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ) В УСЛОВИЯХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ЯКОВЕНКО Г.Т., ФИЛИППОВ В.Е., КРЯЖЕВА В.Н.

ВО ГУЗ «Областной кожно–венерологический диспансер», г. Владимир

Цель: Изучение влияния применения криомассажа в комплексном лечении больных акне на сроки лечения больных в стационарном дерматовенерологическом отделении.

Акне — генетически обусловленное, длительно протекающее полиморфное многофакторное заболевание кожи, сальных желез и волосяных фолликулов.

Методы: Под нашим наблюдением и лечением в 2008 году было 40 женщин, больных угревой болезнью. Из них 32 больные (80%) с папулопустулезной формой (средняя степень) и 8 больных (20%) узловой (конглобатной) формой (тяжелая степень) угревой болезни. По возрасту 34 больные (85%) были от 14 до 25 лет, от 25 до 45 лет 6 больных (15%). Средний возраст составил 22 года. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 20 лет. У 18 больных (45%) высыпания локализовались только на лице, у 16 (40%) на лице и груди; у 6 (15%) на коже лица, груди и спине. У 35 больных (88%) отмечалась наследственная предрасположенность к угревой болезни. Лечение проводилось комплексно в зависимости от формы и степени выраженности процесса с назначением антибиотиков, синтетических ретиноидов, препаратов, нормализующих функцию сальных желез, иммунной и эндокринной систем, физиотерапевтических методов лечения. Основным методом физиотерапии был криомассаж жидким азотом. Всего проводилось от 10 до 20 процедур. Незначительное кратковременное обострение возникло у 3 больных (7,5%). При сравнении сроков стационарного лечения больных контрольной группы (без применения криомассажа) среднее пребывание на койке — 21 день, удалось снизить сроки пребывания в среднем на 30% (среднее пребывание на койке 15 дней). При дальнейшем проведении профилактических курсов криомассажа в амбулаторных условиях удалось снизить процент рецидивирования обострения в течение года до 12,5% (при контрольных 60%).

Выводы: Комбинированное лечение с применением криомассажа больных средней и тяжелой степени угревой болезни женщин в условиях дерматовенерологического стационара позволяет снизить средние сроки лечения на 30% и при дальнейшем применении криомассажа в комплексном противорецидивном лечении в условиях поликлиники значительно сократить (с 60 до 12,5%) процент рецидивирования обострений акне.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМОВ 1% ОКСИКОНАЗОЛА И НАФТИФИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ

ЯКОВЛЕВ А.Б.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

Цель работы: Сравнительная оценка клинической эффективности кремов — 1% оксиконазола (Мифунгар) и 1% нафтифина (Экзодерил) у больных себорейным дерматитом (СД) и олигофренией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 58 человек — больных олигофренией, социально обеспечиваемых в психоневрологическом интернате. Все больные имели врожденную олигофрению, как компонент синдромов Дауна, Кляйнфельтера, нарушений внутриутробного развития в результате интоксикации. Возраст больных от 25 до 53 лет, мужчин 28, женщин 30. Клиника СД на фоне олигофрении имеет следующие особенности: процесс в целом не может быть охарактеризован ни как чисто жирная, ни как чисто сухая себорея — имеет место чередование сухих и жирных участков кожи; процесс, как правило, распространяется на несколько «себорейных» участков — волосистую кожу головы, лоб, щеки, крылья носа, преимущественно заднюю поверхность шеи, область надплечья, область лобка, область ягодиц и ромба Михаэлиса. Патологический процесс представлен эритемой и шелушением. Эритематозный компонент у таких больных относительно слабо выражен, преимущественно на жирных участках. Шелушение (сквамозный компонент) при СД у олигофренов весьма характерно: основной особенностью является быстрое формирование корко–чешуек.

С целью оценки обсемененности очагов себорейного дерматита *Malassezia*-инфекцией проводились соскобы с очагов поражения и исследование патологического материала с помощью КОН–теста.

Крем 1% оксиконазол получали 19 больных, крем 1% нафтифин — 39. Кремы наносились 1 раз в день в течение 14 дней. В зависимости от степени выраженности кожного процесса больные получали также антигистаминные препараты, раствор 10% глюконата кальция в/м.

Результаты: Обсемененность патологического материала дрожжеподобными грибами составила 19% (исследовано 89 образцов). Клинический эффект обоих кремов был получен у 21 больного. На эритематозный компонент такое лечение существенно не влияет, однако характер шелушения меняется — разрешаются корки, и шелушение становится муковидным. При этом у 37 пациентов существенной клинической динамики не отмечено.

Выводы: Оба крема в равной степени эффективны при СД у олигофренов. При этом доля обсемененности очагов СД грибковой инфекцией составляет не более 1/5. При назначении лечения по поводу СД больным с выраженным экссудативным компонентом и корко–чешуйками рекомендуется проведение КОН–теста, что влияет на принятие решения — вводить в терапевтический комплекс противогрибковое средство или нет.

3. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИТАЗИНА ПРИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ

¹ВОЛГИН В.Н., ²СТРАНАДКО Е.Ф., ³СОКОЛОВА Т.В., ¹ЛАМОТКИН И.А., ¹САДОВСКАЯ М.В., ³КЛЮЕВ Д.П.

¹ ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко; ² ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ, ³ кафедра дерматологии ГИУВ МО РФ, г. Москва

В последнее время все больше расширяется спектр применения фотодинамической терапии (ФДТ) при различных заболеваниях.

Целью настоящего исследования явилась разработка оптимальных режимов ФДТ с фотосенсибилизатором фотодитазин при различной патологии кожи и слизистых. В ГВКГ им. Н.Н. Бурденко совместно с ГНЦ лазерной медицины МЗ и СР РФ лечение методом ФДТ с фотодитазином проведено 127 больным с базально-клеточным раком кожи (БКРК). Возраст больных колебался от 20 до 93 лет, составляя в среднем 66,2 года. Мужчин было 98 (77,2%), женщин — 29 (22,8%). Также проведено лечение больных с плоскоклеточным раком кожи (4), метатипическим раком кожи (1), болезнью Кейра (3), эрозией шейки матки (5), лейкоплакией (7). Использовали лазерные установки Аткус–2, Кералаз, Кристалл. Выходная мощность лазеров составляла 0,1–3,0 Вт. Плотность мощности излучения 0,1 — 1,50 Вт/см². Фотодитазин вводили внутривенно из расчета 0,7–1,0 мг/кг. Оценка результатов ФДТ проводилась по следующим критериям: полная резорбция (ПР) опухоли — отсутствие признаков опухолевого роста; частичная резорбция (ЧР) — уменьшение размеров опухоли не менее чем на 50%; без эффекта (БЭ) — уменьшение размера опухоли менее чем на 50%.

При БКРК ПР опухолей наступила у 118 (92,9%) больных, частичная — у 9 (7,1%). В процессе исследования отработана доза световой энергии при использовании фотодитазина. Оценена эффективность доз световой энергии от 50 до 500 Дж/см². Наиболее оптимальной дозой для поверхностных очагов оказалась 100–200 Дж/см², солидных образований — 200–300 Дж/см², а язвенных и экзофитных форм опухолей с глубоким инфильтративным ростом — 300–500 Дж/см².

При лечении ПКРК ПР наступила в 75% случаев. При лечении МТРК, болезни Кейра, лейкоплакии, эрозии шейки матки ПР наступила во всех случаях.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что ФДТ можно использовать при заболеваниях кожи и слизистых различной этиологии с высоким терапевтическим эффектом.

ОПТИМИЗАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИФРОВОЙ ВИДЕОСКОПИИ

ДУБЕНСКИЙ ВЛ.В.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью доброкачественных меланоцитарных новообразований кожи среди населения, нередко доставляющих эстетический дискомфорт особенно при локализации в косметически-значимых зонах. Эпидемиологическими исследованиями (Дубенский Вл.В., 2009 г.) установлено, что в группе лиц молодого возраста распространенность доброкачественных меланоцитарных новообразований составляет 100%, при этом преобладают пограничные (интраэпидермальные) и смешанные (сложные) меланоцитарные невусы. Сложность оперативного лечения пограничных и смешанных меланоцитарных невусов связана с неравномерным расположением невусных клеток вдоль базальной мембраны (над ней или под ней), имеющим синусоидную форму. Вместе с тем достаточно радикальное удаление образования с углублением в сосочковый слой дермы и ниже определяет ряд неблагоприятных последствий в виде формирования депигментации или рубца, что значительно снижает эстетическую оценку результата операции. Недостаточно глубокое и полное удаление невусных клеток влечет за собой рецидив образования в ранние сроки и повторное оперативное лечение. Разработка и внедрение методов оптимизации удаления указанных меланоцитарных опухолей, позволяющих как радикально, так и минимально-инвазивно проинформировать вмешательство, является крайне актуальной задачей современной дерматоонкологии и дерматокосметологии.

Цель исследования: Оценить эффективность оперативного лечения пограничных и смешанных меланоцитарных невусов с использованием цифровой видеоскопии.

Материалы и методы: Двумя специалистами в независимости друг от друга выполнены 2 серии оперативных удалений методом радиоволновой хирургии по эстетическим показателям 40 пограничных и 36 смешанных меланоцитарных невусов. Первая серия удалений (20 пограничных и 18 смешанных невусов для каждого специалиста) выполнялась без применения специализированной оптической техники и оценка радикальности удаления проводилась визуально; во второй серии операций для оценки тщательности удаления использовалась цифровая видеоскопия на аппарате «Omnivision». Диапазон увеличения составлял х20. Использовались режимы видеоскопии — вывод изображения на экран с оптическим увеличением х20 и результирующим х40 и видеоскопия с поляризацией (дерматоскопия, эпилюминисцентная микроскопия).

Результаты исследования: При наблюдении сроком 6 месяцев у одного из специалистов в первой серии отмечено развитие двух рецидивов смешанных невусов; одного рецидива пограничного невуса и по одному рецидиву пограничного и смешанного невуса в первой серии у второго специалиста (общий процент развития рецидива в первой серии у оперированных двумя специалистами — 13%), вместе с этим в первой серии у обоих специалистов с одинаковой частотой отмечались депигментации — 10,5%, формирование патологических рубцов — 5,2%. Наряду с этим во второй серии оперированных с применением цифровой видеоскопии рецидив выявлен только у оперированного вторым специалистом в группе смешанных невусов (общий процент развития рецидива в серии — 2,5%). Формирование рубцов и депигментаций во второй серии отмечено с одинаковой частотой и составило 2,5% и 5,2% соответственно. При этом использование функции поляризации, по оценке специалистов, не давало определенных клинических данных о радикальности удаления и не влияло на тактику вмешательства.

Заключение: Применение цифровой видеоскопии представляется эффективным при удалении доброкачественных опухолей меланоцитарной системы, позволяющее наряду с радикальностью операции сохранить малоинвазивность вмешательства, обеспечивая оптимальный косметический результат, что позволяет рекомендовать указанную методику для широкого клинического внедрения. При этом использование интраоперационной функции поляризации не имеет клинического значения.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДУБЕНСКИЙ В.В., ХАЛДИН А.А.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь
Кафедра кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Актуальность проблемы: Сосудистые новообразования кожи — чрезвычайно актуальная проблема в современной дерматоонкологии, что обусловлено как распространенностью этих образований среди населения, нередко являясь серьезным косметическим недостатком, так и не полностью решенными вопросами их лечения. Так, наиболее часто для удаления образований используется электрокоагуляция, криодеструкция и склерозирование этанолом, однако низкий эстетический эффект и неполноценное удаление определяют необходимость поиска современных и эффективных методов удаления этих образований. Вместе с тем нередко возникают трудности диагностики и дифференциальной диагностики указанных новообразований от других новообразований кожи (сенильные гемангиомы, ангиокератомы и образования меланоцитарной системы), а также различие форм сосудистых опухолей (капиллярная, комбинированная и кавернозная гемангиома).

Задачи исследования: Оценить клиническую эффективность лечения поверхностных сосудистых новообразований кожи с радиоволновым воздействием на аппарате «Surgitron» (Ellman International, США) после использования дополнительных методов исследования.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 475 больных, обратившихся с жалобами на наличие сосудистых новообразований, среди них с капиллярными гемангиомами — 64, с паукообразными — 124, с сенильными — 247, ограниченной ангиокератомой — 12 и пиогенной гранулемой — 28 больных. Дополнительно использовались методы исследования: высокочастотное ультразвуковое исследование у 21 больного с капиллярными гемангиомами; цифровая дерматоскопия у 34 пациентов.

Ультразвуковое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате Toshiba nemio XG, дерматоскопия — на аппарате «Omnivision» с функцией поляризации. Удаление новообразований проводилось по косметическим и медицинским показаниям на аппарате радиоволновой хирургии «Surgitron» (Ellman International, США). При удалении гемангиом применялся режим «разрез-коагуляция» и «коагуляция». Арсенал электродов для аппарата «Surgitron» также отличается многообразием и возможностью быстрой смены. При этом лечение всех поверхностных сосудистых новообразований у детей раннего возраста проводилось только после 1 года, для исключения развития рецидивов заболевания. Все удаления проводились под местной анестезией (аппликационной: лидокаин и прилокаин 5% или инфильтрационной с использованием артикаина с адреналином).

Результаты исследования: При использовании дополнительных методов исследования (высокочастотное ультразвуковое исследование, цифровая дерматоскопия) клинический диагноз во всех случаях соответствовал морфологическому.

После удаления на следующие сутки формировалась серозная корочка, которая сохранялась в зависимости от площади образования сроком 7–14 дней, после самостоятельного отхождения которой определялся участок реэпителизации бледно-розового цвета. Во всех случаях отмечено заживление без развития осложнений, формирование рубцовых изменений не выявлено. Присоединение вторичной инфекции также не было зарегистрировано. Эстетическим эффектом были удовлетворены все пациенты.

Эффективность лечения для капиллярных гемангиом после первого сеанса составила — 65,6%, после второго — 28,1% и после третьего сеанса воздействия излечение достигнуто у оставшихся 6,3% больных. Перерывы между сеансами лечения составляли от 14 до 21 дня, в течение которых проходила эпителизация послеоперационных ран, и назначался следующий этап лечения. Эффективность лечения звездчатых (паукообразных) гемангиом при первом сеансе воздействия составила 95,2%, при втором — 4,8%; излечение сенильных гемангиом и пиогенных гранул достигнуто у всех 100% больных за первый сеанс лечения. Эффективность лечения ограниченных ангиокератом за первый этап достигнуто — у 91,6%, за второй — у 8,3% больных.

Заключение: Использование дополнительных диагностических методов (ультразвуковое исследование, дерматоскопия) — представляется крайне эффективным для использования в сомнительных и сложных дифференциально-диагностических случаях. Применение радиоволновой хирургии на аппарате «Surgitron» (Ellman International, США) для лечения различных форм сосудистых опухолей кожи показало высокую эффективность методики, низкий процент рецидивов и высокий косметический послеоперационный эффект, что позволяет рекомендовать указанную методику для широкого клинического применения при лечении сосудистых новообразований кожи.

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА*

ЕЛЬКИН В.Д., СЕДОВА Т.Г.

Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. В.Д. Елькин)
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», г. Пермь

В последние годы наблюдается устойчивый рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (ЗНОК). Особое место среди них занимает базально-клеточный рак (БКР), на долю которого приходится 75–90% случаев эпидермальных ЗНОК.

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологии, клинко-морфологических особенностей, а также оценка влияния экологических факторов риска на заболеваемость БКР кожи в г. Перми.

За период 2001–2007 гг. БКР был впервые выявлен у 2667 больных, что составило 94,5% в структуре эпидермальных ЗНОК и на 4,5% превысило верхнюю границу среднестатистических показателей. Заболеваемость БКР кожи на территории г. Перми характеризовалась стабильно высоким уровнем со среднемноголетним показателем $38,18 \pm 0,9$ на 100 000 населения.

БКР кожи чаще встречался у женщин (66,8%). Максимальные показатели заболеваемости были зарегистрированы в возрастной группе 70 лет и старше (47,6%). Среди клинических форм существенно преобладала язвенная разновидность БКР — у 50,0% больных. При патогистологическом исследовании язвенных базалиом ($n = 141$) было установлено доминирование солидного типа опухолевого строения — у 28,5% больных. Важной особенностью, выявленной у 55,9% язвенных базалиом, было

* Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 08–06–82638 а/У.

сложное гистологическое строение с преобладанием морфеоподобных структур. При иммуногистохимическом исследовании морфеоподобного БКР кожи от 19 до 45,5% опухолевых клеток окрашивались на Ki-67, что говорило о высоком инвазивном потенциале данного типа опухоли.

На протяжении последних двадцати лет г. Пермь относится к числу городов с неблагоприятной экологической ситуацией. Высокий уровень загрязнения атмосферы обусловлен суммарными выбросами от промышленных предприятий и автотранспорта. Проведенный анализ показал наличие существующей сильной корреляционной связи между заболеваемостью БКР кожи и загрязнением атмосферного воздуха 3,4 бенз(а)пиреном, сажей и предельными углеводородами ($r = 0,80, 0,88$ и $0,84$ соответственно), с установленным значением временного лага — 5 лет.

Таким образом, выявлен высокий уровень заболеваемости БКР кожи в г. Перми. Отмечено преобладание язвенных форм со сложным гистологическим строением и высоким инвазивным потенциалом. Установлена сильная корреляционная связь между заболеваемостью БКР кожи и загрязнением атмосферного воздуха.

ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ПРЕПАРАТАМИ ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛ И ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТ

Д. м. н., профессор КЛЮЧАРЕВА С.В., СЕЛИВАНОВА О.Д., РОМАНОВА В.Л.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Нарушения клеточного деления лежат в основе многих распространенных заболеваний. Ритм деления клеток — это генетически детерминированный процесс, находящийся под очень сложным контролем со стороны различных систем организма, ответственных за поддержание гомеостаза. В последние годы стало ясно, что не только деление клеток, но и их гибель подчиняется строгой программе. Онкологические заболевания являются результатом нарушений в этой программе. Следует иметь в виду, что клинической форме рака предшествуют многочисленные нарушения в физиологии клетки, которые именуются онкогенезом, то есть совокупностью процессов, превращающих нормальную клетку в трансформированную. Одними из главных предвестников опухолевой трансформации являются гиперпластические или пролиферативные процессы.

Впервые было изучено применение препаратов фирмы «МираксФарма» — «Индинол» — индол 3 карбинол, геля и крема «Эгаллохит», содержащий эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG). Доказано, что EGCG тормозит патологический неоангиогенез, обладая выраженной ингибирующей активностью в отношении фактора роста эндотелия сосудов и его рецепторов. Подавляет активность специфических протеиназ, эффективно тормозит процессы клеточной инвазии и метастазирования. Как сильнейший антиоксидант нейтрализует действие свободных радикалов в нормальных тканях, является эффективным противовоспалительным средством. Вызывает апоптоз клеток с аномально высокой пролиферативной активностью.

Нами были пролечены больные следующих групп: I группа с базально-клеточным раком кожи — узловые формы, размером до 2 см, 32 человека. II группа (43 человека) с распространенным кондиломатозом. III группа (16 человек) с келоидными рубцами.

В I группе всем больным было проведено лазерное удаление опухоли лазером «Диолан» — длина волны 940 мкм, мощность излучения 30 Вт. После чего назначался гель «Эгаллохит» — 2 недели. При оценке эффективности установлено достоверное 3-кратное снижение частоты рецидивирования БКРК ($p \geq 0,05$), увеличение частоты положительных оценок качества косметической реабилитации (отсутствие грубых рубцов).

Во II группе пациентов с ПВИ была проведена лазерная эксцизия кондиломатоза, после чего наружно назначался гель «Эгаллохит». Особое внимание уделялось назначению препарата «Индинол» в дозе 400 мг/сут в течение 12 недель. Этот препарат обладает выраженной специфической активностью в отношении клеток, содержащих ВПЧ. У всех пациентов было отмечено отсутствие рецидивов заболевания.

Все больные в III группе до обращения в лазерный центр лечились неоднократно в других клиниках, но безуспешно. Всем больным была выполнена лазеротерапия аппаратом «Яхрома-Мед», длина волны 578 нм, 0,8 Вт, экспозиции 0,2 с, после лазерного воздействия назначался гель «Эгаллохит» в течение 5 дней. Доказано, что Эгаллохит ускоряет и укорачивает фазу роста новых сосудов, что ведет к стимуляции отложения коллагенового матрикса в первые дни и к подавлению в дальнейшем. Эффективность метода составила 95%, сроки наблюдения — до 2 лет, рецидивов не отмечалось.

ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

МАЛИШЕВСКАЯ Н.П., БАКУРОВ Е.В.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

Актуальность проблемы обусловлена ростом числа больных с первично множественными злокачественными опухолями (ПМЗО), синхронно или метакронно развивающимися на коже и в пределах других экстракутаных локализаций. Сравнительный анализ случаев появления первых опухолей показывает, что наиболее часто первыми манифестируют опухоли наружных локализаций, среди которых второе место занимает кожа. Клинические наблюдения свидетельствуют о недостаточной настороженности врачей, в т.ч. дерматовенерологов, в отношении ПМЗО, что подтверждается статистикой выявления вторых локализаций опухолей в запущенных стадиях. Под наблюдением находилось 579 больных со ЗНО кожи, из них 272 с базально-клеточным раком (БКР), 202 — с плоскоклеточным (ПКР), 105 — с меланомой (МК). Среди всей группы пациентов первично множественные опухоли кожи были выявлены у 13,3% больных. Случаи первично множественного БКР регистрировались у каждого 5–6-го больного с базалиомой (17,7%). Наиболее часто отмечалось метакронное развитие очагов (68,8%). Синхронные опухоли диагностированы в 27,1% случаев, синхронно-метакронные — у 4,2% больных с БКР кожи. В случаях метакронного развития базалиом на момент диагностики первой опухоли средний возраст больных ($58,3 \pm 3,9$ лет) был на 9,6 лет меньше возрастной медианы больных с солитарным БКР кожи. При этом временной интервал между появлением первой и второй опухоли в среднем составлял $7,8 \pm 1,2$ года. Последнее свидетельствует о необходимости более длительного диспансерного наблюдения за больными с БКР и не должно ограничиваться 5 годами. Среди пациентов с ПКР кожи первично множественные злокачественные опухоли выявлены у 10,9% больных, средний возраст которых ($70,6 \pm 6,2$ лет) был на 7 лет больше возрастной медианы больных с солитарным ПКР кожи ($63,5 \pm 6,4$). При обследовании всей группы больных с ПМЗНО кожи в 10,7% случаев были

диагностированы метакронные (74,2%) и синхронные (25,8%) опухоли других (экстракутантных) локализаций, что значительно превышает популяционную частоту встречаемости рака. Это даёт основание рассматривать всех больных с эпителиальными ЗНО кожи, особенно с ПМРК, как группу риска по раку экстракутантных локализаций и проводить их тщательное обследование и пожизненное диспансерное наблюдение.

ДИАГНОСТИКИ ПИГМЕНТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

САБЫНИНА Е.Е., ГАЛИМОВА Д.М., ИВАНОВ П.А.

ГМУ «РККВД МЗ РТ п/о № 2», г. Казань.

Цель: Раннее выявление, дифференциальная диагностика пигментных поражений кожи.

Актуальность: За последние годы заболеваемость меланомой кожи у представителей белой расы выросла вдвое почти во всех частях света. Увеличение заболеваемости меланомой кожи составляет 5–10% в год. Существует до 40 различных дерматозов, которые необходимо дифференцировать с меланомой.

Методы: Проведено профилактическое обследование у 23 человек с целью диагностирования пигментных дерматозов. При обследовании использовался дерматоскоп Delta, представляющий собой аппарат люминесцентной микроскопии с увеличением 20 раз.

Из 23 человек к онкологам были направлены 7 человек для постановки окончательного диагноза (из них меланома — 1, базоцеллюлярная карцинома — 1, бородавчатые меланоцитарные невусы — 4, гемангиома — 1).

Меланому следует дифференцировать наиболее часто с меланоцитарным невусом, диспластическим невусом, гемангиомой, голубым невусом, пигментной себорейной кератомой, сыпной гемангиомой, гемморагиями.

Для выявления меланомы использовались правило ABCD, согласно которому думают о меланоме кожи тогда, когда выявляются асимметрия образования (asymmetry—A), неровные края (B—border), полихромия (C—color), диаметр (D—diametr) больше 6 мм, и двухэтапная процедура, предложенная Крешером и Расснером для определения меланоцитарного или немеланоцитарного поражения. Если диагностика указывает на поражение меланоцитарного вида, определяется характер опухоли: доброкачественная, злокачественная или подозрительная. В первую очередь устанавливалось наличие трех первичных критериев (сетчатая структура, скопление узелков, разветвления), которые являются признаком меланоцитарного дерматоза. Дерматоскопическое исследование позволяет дифференцировать три немеланоцитарных образования: себорейные кератомы, гемангиомы или ангиокератомы, базоцеллюлярные карциномы.

Выводы:

- 1) использование дерматоскопа значительно улучшает дифференциальную диагностику меланоцитарных и немеланоцитарных дерматозов,
- 2) использование дерматоскопа позволяет оценить тяжесть меланоцитарных поражений,
- 3) метод не является окончательными для диагностики новообразований,
- 4) экономически целесообразен, так как значительно уменьшает количество недиагностированных меланом кожи, уменьшает расходы в дальнейшем для диагностики новообразований.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ФАЙЗУЛЛИН В.А., ФАЙЗУЛЛИН Я.В.

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, ООО «Центр Дерматология», г. Казань

В данной работе приведены материалы по оценке применения эпигаллокатехин–3–галлата (геля «Галадерм») для предотвращения появления и лечения рубцов кожи после лазерного и радиоволнового методов удаления доброкачественных новообразований кожи, татуировок и гемангиом. Лечение проводилось 36 пациентам мужского и женского пола в возрасте от 19 до 63 лет.

В нашем клиническом опыте приняли участие 22 пациента, оперированных по поводу кератопапиллом (4), внутридермальных невусов (6), невоклеточных невусов (3), атером (3), вульгарных бородавок (6) методом радиоволновой хирургии на аппарате «Сургитрон» (США); у 11 пациентов по поводу: атером (2), татуировок (2), ксантелазм (2), себорейного кератоза (3), вульгарных бородавок (2) был применен лазерный аппарат на парах меди с генерируемым излучением 511 нм и 578 нм «Яхрома–Мед» (Россия). На лазерном аппарате «Мультилайн» (Франция) получили лечение 3 пациента с капиллярными гемангиомами.

У всех пациентов выбранный метод лечения для деструкции новообразований кожи был оптимальным, однако, в силу индивидуальных особенностей кожи или недостаточного соблюдения назначений врача, имело место формирование гипертрофических рубцов.

Известно, что эпигаллокатехин–3–галлат основное терапевтическое действие проявляет в первые дни после начала эпителизации кожного дефекта, что впоследствии сказалось на дальнейшем созревании рубцовой ткани. Вероятно, двухфазное действие препарата — ранняя мощная стимуляция и последующее быстрое подавление ангиогенеза в ране, быстрое отложение коллагенового матрикса и предотвращение синтеза коллагена, а также подавление внутриклеточных сигнальных каскадов от цитокинов и факторов роста, способствуют уменьшению пролиферации фибробластов и синтеза коллагена. Следовательно, рубец становится тонким и малозаметным. Препарат («Галадерм») («МираксФарма») наносили два раза в день в течение 30 дней. Результаты наблюдались в виде исчезновения эритемы, истончения и уплотнения формирующихся рубцовых деформаций уже на 7–10-й дни лечения, вне зависимости от способа удаления опухолевого, сосудистого или артериального образования.

4. КЛИНИЧЕСКАЯ МИКОЛОГИЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОНИХОМИКОЗОВ

ВАСЕНОВА В.Ю., БУТОВ Ю.С.

Кафедра дерматовенерологии и клинической микологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель работы: Исследовать распространенность семейного онихомикоза, морфологические изменения в ногтевом ложе и состояние микроциркуляции.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 846 больных онихомикозами, из них 350 мужчин (41%) и 496 (59%) женщин в возрасте от 8 до 82 лет с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 50 лет, средняя длительность болезни в целом составила 8,3 года.

Результаты: По нашим данным, частота семейного онихомикоза составляет 55%. На наличие онихомикоза у родителей указывали 31% пациентов, у супруги (супруга) — 19%. Интересным является тот факт, что 1 инфицированный в семье был обнаружен у 44% больных, двое (помимо пациента) — у 10%, трое — у 1%.

Одним из важных патогенетических аспектов развития грибковой инфекции является нарушение кровообращения, однако нередко онихомикоз развивается у пациентов без видимых сосудистых изменений. В связи с этим мы провели исследование функционального состояния микроциркуляторного русла с помощью дуплексного сканирования. Проведенное исследование подтвердило отсутствие патологии магистральных артерий нижних конечностей у этих больных. При этом у 41% пациентов (I группа) мы обнаружили положительную сосудистую реактивность, свидетельствующую об отсутствии патологических изменений сосудов при физической нагрузке. У 59% пациентов (II группа) была зафиксирована отрицательная сосудистая реактивность, которая выражалась в отсутствии изменений доплеровского спектра до и после нагрузки, что указывает на наличие микроциркуляторных нарушений, что обусловлено токсическим воздействием микотической инфекции. У пациентов второй группы длительность заболевания была в два раза больше. Проведя гистопатоморфологическое исследование биоптатов ногтевого ложа, мы обнаружили нарушение дифференцировки эпидермиса на слои, признаки спонгиоза, деструкцию соединительной ткани, сужение сосудов, уменьшение количества фибробластов, выраженную гиперплазию эндотелиоцитов, увеличение размеров липоцитов в 5–10 раз относительно нормы.

Всем пациентам проводилась комбинированная терапия, включающая удаление пораженных ногтевых пластинок, консервативные чистки с последующим применением системных антимикотиков и средств, нормализующих микроциркуляцию.

Выводы: Частота семейного онихомикоза составляет 55%. При онихомикозе выявляются патоморфологические и функциональные изменения в ногтевом ложе. Комбинированная терапия оказывается эффективной в 96% случаев.

ИТРАКОНАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МИКОЗОВ КОЖИ И ОНИХОМИКОЗА

ДУБЕНСКИЙ В.В., ДУБЕНСКИЙ ВЛ.В., ГАРМОНОВ А.А.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

Актуальность проблемы: Широкая распространенность грибковых инфекций среди больных, наличие распространенных форм и резистентность к проводимой терапии диктуют поиск новых средств и методов лечения грибковых заболеваний кожи и ногтевых пластин.

Цель исследования: Оценка эффективности лечения микозов гладкой кожи и онихомикозов системным противогрибковым препаратом итраконазола (Румикоз).

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 1335 больных с грибковыми поражениями, в том числе 283 — с кератомикозами, 224 — с микозами гладкой кожи и крупных складок, 422 — с онихомикозами кистей и 406 — с онихомикозами кистей. Диагноз устанавливался на основании бактериоскопических, культуральных исследований и полимеразной цепной реакции. Клиническими особенностями поражений при отрубевидном лишае и рубромикозе гладкой кожи является распространенный характер высыпаний, с локализацией воспалительного процесса на коже туловища, верхних конечностей, а нередко — ягодиц и бедер.

Под нашим наблюдением находилось 828 больных с онихомикозом (447 — женщин; 381 — мужчин) в возрасте от 21 до 64 лет. У 75,6% имелся гипертрофический тип онихомикоза, у 9,8% — нормотрофический тип, у 14,6% — онихолитический тип. *Trichophyton rubrum* был диагностирован у 55,5% больных, *Trichophyton mentagrophytes* (Tr. Interdigitale) — у 11,0%, грибы рода *Candida* — у 15,2% и недерматофитные плесневые грибы — у 18,3%.

При дополнительном исследовании у больных с отрубевидным лишаем выявлялись эндокринопатии, связанные с нарушением функции щитовидной и половых желез, а также коры надпочечников. Кроме этого, определялись изменения клеточного звена иммунитета (с угнетением общих лимфоцитов, CD4+) и фагоцитирующей системы (фагоцитарного числа и индекса). Явления вегетососудистой дистонии сопровождалась повышением потоотделения и изменением pH кожи. Обследование больных с рубромикозом и онихомикозами позволило установить у них разнообразные вертеброгенные изменения, приводящие к нарушениям микроциркуляции. У пациентов с урогенитальным кандидозом иммунные нарушения касались угнетения T-клеточного звена иммунитета (угнетение CD4+, ДО 70%) и выработки эндогенных интерферонов $-\alpha$ и $-\gamma$ (до 60 и 80%, соответственно).

Всем пациентам с микозами гладкой кожи и онихомикозами лечение проводили с помощью отечественного современного противогрибкового средства Румикоз (итраконазол).

Румикоз (итраконазол) — это синтетическое противогрибковое средство широкого спектра действия. Ингибирует цитохром-P450-зависимый синтез эргостерола — необходимого компонента клеточной мембраны гриба. Биодоступность более 80%, с белками связывается на 99,8%, биотрансформируется в печени, продукт гидроксирования фармакологически активен, выведение двухфазное: почками выводится 35%, кишечником — 3–18%. Обладает фунгицидным и фунгистатическим действием, активен в отношении дерматомицетов, дрожжевых и плесневых грибов.

Дозировка препарата и длительность лечения варьировала в зависимости от вида возбудителя и локализации патологического процесса. При лечении больных с отрубевидным лишаем (283 больных) румикоз назначали по 200 мг (2 капсулы) 1 раз в сутки в течение 7 суток. В лечении больных рубромикозом гладкой кожи румикоз назначался в дозе 100 мг (1 капсула) в течение 15 дней.

При ониомикозах румикоз назначался 3–4 курсами по 200 мг 2 раза в сутки в течение 8 дней с трехнедельными перерывами (3,0 на курс).

Результаты лечения: переносимость препарата была хорошая: лишь у 4,3% больных отмечены диспепсические явления. Однако это не привело к отмене препарата и не потребовало назначения альтернативных средств.

Клиническое излечение у 93% больных с отрубевидным лишаем сопровождалось отрицательным результатом лабораторных исследований на грибы.

После проведенного лечения у 91% больных с микозом гладкой кожи и крупных складок удалось добиться излечения.

Результаты лечения ониомикозов оценивались через 1, 3, 6 и 9 месяцев после окончания лечения. Клинические проявления на коже у больных ониомикозом разрешались через 6–8 недель после начала лечения, рост здоровых ногтевых пластин на пальцах кистей начинался после первого курса лечения, на пальцах стоп — после второго–третьего курса. В возрастной группе больных от 21 до 45 лет — рецидивов не отмечалось; в старшей возрастной группе — у 24 больных.

Заключение: Таким образом, представленные схемы лечения кератомикозов, микозов гладкой кожи и крупных складок и ногтевых пластинок с применением системного антимикотика Румикоз (итраконазол) быстро купирует субъективную симптоматику и приводит к клиническому эффекту с высокой степенью грибковой элиминации и не требует назначения адьювантной терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭТИОЛОГИЯ ОНИОМИКОЗА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЕРМОШИНА Н.П., ЖУЧКОВ М.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Рязань

Целью нашего исследования явилось изучение клинических характеристик и этиологических особенностей ониомикоза у данной категории коморбидных больных.

Материалы и методы: В исследование было включено 36 пациентов с ониомикозом, из которых 22 страдали персистирующей формой бронхиальной астмы и сахарным диабетом 2-го типа с синдромом диабетической стопы. Остальные пациенты (n = 14) страдали только грибковой патологией ногтей и составили контрольную группу. Все пациенты с бронхиальной астмой получали пероральные глюкокортикоиды. Клинические варианты синдрома диабетической стопы были представлены: нейроишемическими язвами у 16 пациентов (72,7%), нейропатическими язвами у 5 (22,7%) и у 1 больного (4,6%) была диагностирована диабетическая остеоартропатия. Диагноз ониомикоза ставился на основании обнаружения мицелия гриба в патологическом материале ногтевых пластин. Всем пациентам проводилось культуральное исследование с целью установления этиологического диагноза ониомикоза.

Результаты: Частота гипертрофической формы ониомикоза была достоверно выше в группе коморбидных больных по сравнению с группой контроля (81,8% и 42,8% соответственно). Более того, в исследуемой группе 13,6% пациентов (n = 3) имели поражение по типу «ониогрифоза» и все они страдали нейропатическими язвами стопы. При анализе этиологической структуры ониомикоза были отмечены две интересные особенности. Во-первых, частота негативных результатов культурального исследования была существенно выше в группе коморбидных больных и составила 54,5% против 42,8% в группе контроля. Во-вторых, микотическое поражение ногтевых пластин, вызванное *Trichophyton rubrum*, в исследуемой группе встречалось достоверно реже (60% по сравнению с 87,5% в группе контроля).

Выводы: Вероятно диабетическая нейропатия является более существенным фактором риска подногтевого гиперкератоза у пациентов с ониомикозом, чем микроангиопатия, хотя данная гипотеза требует дальнейшего изучения. Одновременное действие таких факторов риска, как прием глюкокортикостероидов (по поводу бронхиальной астмы) и обнаружение у пациента признаков синдрома диабетической стопы, может увеличивать роль неруброфитийной этиологии ониомикоза в данной популяции коморбидных больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МИКОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОГРАФИИ

ИЛЬШЕНКО Н.С., СИДОРЕНКО О.А., ПАВЛЕНКО Т.Я., ВОРОБЬЕВ С.В., ГУСОВА З.Р.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра кожных и венерических болезней.
Кафедра эндокринологии, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования: Определить степень нарушения кровоснабжения в пораженном микозом участке кожи больного СД и оценить влияние озонотерапии на динамику выявленных нарушений в сравнении с группой пациентов получивших стандартную терапию (антимикотические препараты).

Материалы и методы: Нами обследовано 30 пациентов с СД и сопутствующей грибковой инфекцией кожи. Диагностику грибковых поражений определяли клинически и подтверждали лабораторно при помощи культурального исследования. Озонотерапию проводили внутривенно капельно, а также применяли аутогемотерапию с озоном. Для оценки степени нарушения микроциркуляции пораженных очагов использовали метод инфракрасной термографии до и после лечения.

Результаты: По предварительным данным у 40% обследованных пациентов доминирующее место занимали *S. albicans* et *tropicalis*. До курса озонотерапии при инфракрасной термографии у 80% больных в зоне грибковой инфекции тепловизор регистрировал гипотермический фокус с градиентом температур — 0,1 градуса, что свидетельствовало о нарушении микроциркуляции и недостаточном питании тканей. У некоторых больных отмечались даже очаги тепловизионной ампутации. После проведенного курса озонотерапии тепловизор регистрировал гипертермические очаги, что свидетельствовало о нормализации кровоснабжения в исследуемой зоне, что значительно уменьшало сроки применения антимикотиков в сравнении с группой пациентов получивших стандартную терапию.

Выводы: 1. Озонотерапия способствует нормализации кровоснабжения в пораженном микозом участке кожи, что приводит к улучшению кислородного обеспечения тканей. 2. Эффект от проводимой терапии с озоном наступает быстрее, чем при лечении только традиционными методами.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОНИХОМИКОЗА

МАТУШЕВСКАЯ Е.В., СВИРЩЕВСКАЯ Е.В., АЙРАПЕТЯН Н.Р.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздора», ФГОУ ИПК ФМБА, ИБХ РАМН, г. Москва

В настоящее время регистрируется высокий уровень заболеваемости осложненными формами онихомикозов. Исследований состояния иммунной системы при осложненных формах онихомикозов и ассоциации грибковых инфекций с аллергическими реакциями проводится мало. Лечение больных онихомикозом остается проблематичным. Целью работы явилась оценка эффективности терапии больных осложненными формами онихомикоза системным антимикотическим препаратом Румикоз, а также изучение особенностей иммунитета больных с использованием антигенов гриба *T.rubrum*. Под нашим наблюдением находились 86 больных (51 мужчина и 35 женщин) в возрасте от 36 до 82 лет с диагнозом онихомикоз стоп и/или кистей, вызванный *T.rubrum*. Осложнения в виде дисгидротической экземы отмечены у 38 пациентов, микробной экземы — у 18, у 30 пациентов наблюдались неосложненные формы онихомикоза. Лечение проводили препаратом Румикоз в режиме пульс-терапии. Для анализа сенсибилизации больных онихомикозом к антигенам гриба получали монокультуру *T.rubrum*, наращивали мицелий и выделяли из него белковые антигены. Полученные антигены использовали для анализа наличия IgG и IgE антител в сыворотках больных и доноров методами иммуноблота и иммуноферментного анализа. Показана высокая эффективность и безопасность препарата Румикоз по методу пульс-терапии при лечении больных онихомикозом (80 больных, 93%). У 50% больных в сыворотке крови выявляются IgG антитела к антигенам гриба *T.rubrum*. Методом ИФА не было выявлено IgE антител ни у больных, ни у доноров. В то же время у 45% больных определили повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови. У 36% больных также выявляются Т-клетки, специфичные к антигенам гриба. Применение Румикоза у больных онихомикозом, осложненным экзематизацией, позволило поддерживать состояние клинической ремиссии алергодерматозов от 6–12 мес. Установлено, что атопическая реакция и онихомикоз являются ассоциированными, но независимо возникающими событиями. Независимость ассоциации онихомикоза и алергодерматозов подтверждают полученные данные о повышенном уровне общего IgE в сыворотке крови при отсутствии IgE к антигенам гриба *T.rubrum*.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛАМИЗИЛ УНО» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП

ПОЗДНЯКОВА О.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Для оценки клинической и микологической эффективности и безопасности терапии микозов стоп препаратом «Ламизил Уно» было проведено открытое сравнительное исследование. Клиническая группа была представлена 40 пациентами (24 мужчины и 16 женщин) с диагнозом микоз стоп, подтвержденным микроскопическим и бактериологическим исследованиями. Их возраст варьировал от 19 до 64 лет. Основным критерием включения пациентов в клиническую группу, кроме диагноза микоз стоп, было отсутствие онихомикоза и подошвенного гиперкератоза. У 26 (65%) пациентов микоз стоп протекал в сквамозной форме с вовлечением в патологический процесс от 1 до 8 межпальцевых складок, у 7 (17,5%) одновременно была поражена кожа подошв и (или) свода стоп. У 11 (27,5%) пациентов наблюдалась интертригинозная клиническая форма, у 7 из них эрозивные изменения межпальцевых складок сочетались со сквамозными изменениями свода подошв. У 3 (7,5%) больных наблюдались дисгидротические проявления на своде подошв и пальцах стоп, сочетающиеся с интертригинозно-сквамозными изменениями в межпальцевых складках. Одна стопа была вовлечена в патологический процесс у 29 (72,5%) пациентов, обе — у 11 (27,5%). Больные микозом стоп были распределены в 2 рандомизированные по полу, возрасту и клиническим проявлениям подгруппы, одна из которых получала лечение пленкообразующим раствором «Ламизил Уно», который наносился однократно на сутки на обе стопы, даже если грибковое поражение наблюдалось только на одной, другая — 1% кремом «Ламизил» 1 раз в сутки в течение 7 дней только на пораженные участки. Контрольный осмотр проводился через 3, 7 и 28 дней. Он включал клиническую оценку признаков и симптомов заболевания, эффективности терапии и переносимости препарата. Микроскопические исследования чешуек кожи из очагов поражения проводилась на 7 и 28 день. Через 7 дней наблюдения клиническое излечение наблюдалось у 40%, а микологическое у 95% пациентов, получивших лечение раствором «Ламизил Уно» и у 50% и 100% соответственно, применявших 1% крем «Ламизил». Через 28 дней клиническое и микологическое излечение пациентов, пролеченных, как раствором «Ламизил Уно», так и 1% кремом «Ламизил», составило 100%. Клиническое излечение, развившееся у всех пациентов после окончания проведенной терапии в процессе дополнительного наблюдения, подтверждает длительное сохранение терапевтической концентрации препаратов в очагах поражения. Таким образом, раствор «Ламизил Уно» по своей клинической и микологической эффективности соответствует 1% крему «Ламизил» и является высокоэффективным, безопасным и удобным в применении препаратом, обладающим прекрасными органолептическими свойствами.

ОНИХОДИСТРОФИИ И ОНИХОМИКОЗЫ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

¹СЕРГЕЕВ Ю.В., ²КАСИХИНА Е.И.

¹ ФГУ «Поликлиника № 1» УДП РФ, ² Курс детской дерматовенерологии ГОУ ДПО РМАПО Росздора, г. Москва

Целью нашей работы явилась оптимизация наружной терапии ониходистрофий и онихомикозов. Нами были обследованы 203 пациента в возрасте от 25 до 40 лет, обратившихся в клинику с жалобами на изменение ногтевых пластин стоп. Из них мужчин было 90 (44,3%), женщин — 113 (55,7%). Давность процесса у 87,0% больных составляла 5 лет и более. Получали лечение по поводу ранее диагностированного онихомикоза 128 (63,0%) человек, 75 (37,0%) пациентов занимались самолечением.

После проведенного комплексного лабораторного обследования (микроскопия, ПЦР, посев) микотическая инфекция была исключена у 58 (28,6%) человек. Таким образом, каждому четвертому пациенту был поставлен диагноз дистрофическое поражение ногтей пластин. Среди пациентов с ониходистрофией преобладали женщины — 51 (87,9%). Атрофический тип поражения ногтей (частичный или тотальный онихолизис) встречался у 36,0% больных, преимущественно у женщин. Гиперкератотические изменения ногтей стоп с вовлечением в патологический процесс обеих ростковых зон диагностированы у 64,0% пациентов.

Для терапии ониходистрофий и онихомикозов нами с успехом применялись наружные формы комбинированного препарата Фунготербин в виде крема и спрея. Уникальное сочетание мочевины, дибунла и тербинафина в Фунготербине расширило клинический спектр применения препарата. Дибунол, входящий в состав крема и спрея, способствует стимуляции репаративных процессов в ногтевом ложе, обладает противовоспалительным и антиоксидантными свойствами, что крайне важно при терапии онихолизиса. Для лечения атрофических форм дистрофий использовалась схема «утро — вечер», при которой на проблемные ногтевые пластины в вечернее время наносился крем, утром — спрей (как оптимально удобная для применения пациентом форма). В комплексном лечении ониходистрофий гипертрофического типа в вечернее время применялся крем Фореталь, содержащий 10% мочевины, утром — крем Фунготербин. Длительность терапии варьировала с учетом тяжести процесса от 3 до 6 месяцев. Все пациенты отмечали постепенно нарастающий эстетический эффект после 2–3-недельного применения и хорошую переносимость препаратов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ НОГТЕЙ У ДЕТЕЙ

ШАХМАМЕТОВА С.Р., ШАХМАМЕТОВ Н.Р., УРАЗЛИН Н.У.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Уфа

Микотическая инфекция, в частности микозы ногтей, характеризуются длительным течением, устойчивостью к проводимой терапии, частым возникновением рецидивов и приводит к аллергической перестройке организма, способствует снижению резистентности организма, что, в свою очередь, способствует распространению патологического процесса и хроническому течению заболевания.

Поэтому совершенствование методов терапии микозов ногтей является актуальной задачей.

Мы применили гелий–неоновый лазер у 85 детей, в т.ч.:

- 1) микоз ногтей кистей, вызванный *Trichophyton rubrum* — 12;
- 2) микоз ногтей стоп, вызванный *Trichophyton rubrum* — 29;
- 3) микоз ногтей кистей кандидозной этиологии — 20;
- 4) микоз ногтей кистей и стоп, вызванный *Trichophyton rubrum* — 24.

Возраст детей от 3 до 15 лет. Девочек — 48, мальчиков — 37.

После удаления пораженных ногтевых пластинок мазевым способом на подчищенные ногтевые ложа воздействовали гелий–неоновым лазером ($\lambda = 0,632$ нм, мощность 3–5 мВт/см²) по 1–2 минуты на поле в зависимости от площади поражения: на ногтевые ложа первых пальцев стоп по 2 минуты, вторых–пятых — 1 минута. На курс 10–12 ежедневных процедур.

Проводимая терапия способствует более быстрому заживлению ногтевого ложа, улучшается трофика, микроциркуляция. У большинства пролеченных больных уже на первом контрольном анализе грибы не обнаруживаются. Дальнейшее лечение больные проводят антимикотическими средствами до отрастания здоровой ногтевой пластинки.

В данном случае мы использовали такие эффекты низкоэнергетического лазерного излучения, как противовоспалительный, усиление пролиферативно–регенеративных процессов в тканях, нормализуется микроциркуляция, местное иммуномодулирующее действие и бактериостатический эффект.

Согласно данным У. Богдановича и соавторов (1978 г.) гелий–неоновый лазер оказывает бактериостатический эффект на ряд возбудителей, а также ингибирующее действие на некоторые биологические признаки микроорганизмов.

5. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЛАВОМАКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

АЛЬ-САБУНЧИ Т.В., КУБЫЛИНСКИЙ А.А., УДЖУХУ В.Ю.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Целью нашей работы являлась оптимизация терапии больных генитальным герпесом (ГГ). В исследование было включено 58 мужчин с ГГ в возрасте от 19 до 59 лет. Первую группу составили 24 пациента, получавшие ацикловир и лавомакс. Ацикловир — по общепринятой схеме и лавомакс — первые двое суток по 125 мг (1 таблетка), затем через 48 часов по 125 мг. Доза на курс — 2,5 г. Вторую группу составили 22 пациента, получавшие только лавомакс, и третью группу составили 12 больных, которым проводилась монотерапия ацикловиром.

Наиболее быстрый регресс клинических проявлений ГГ наблюдался у пациентов, получавших комплексную терапию с применением ацикловира и лавомакса. Уже в первые сутки лечения больные отмечали исчезновение зуда и жжения в области очагов поражения, также значительно снизились слабость и недомогание. В этот же период прекращалось возникновение свежих везикул и значительно уменьшалась яркость воспалительных пятен. В последующие 2–3 дня наблюдалась эпителизация многочисленных эрозивных дефектов и отторжение корочек. Среднее значение интенсивности клинических проявлений ГГ у больных, получавших ацикловир и лавомакс, на 10–й день терапии уменьшилось более чем в 12 раз, а у больных пролеченных ацикловиром, — лишь в 4,5 раза.

На протяжении последующих 6 месяцев ни у одного больного из 1–й группы рецидивов заболевания отмечено не было. У больных же из групп наблюдения 2 и 3 в ближайшие 2 месяца наблюдались рецидивы заболевания, при этом частота рецидива достигала у некоторых из них 3–4 в год.

Основываясь на результатах проведенного исследования, можно заключить, что:

1. Комплексное применение ацикловира и лавомакса является высокоэффективным патогенетически обоснованным методом лечения больных с генитальным герпесом.
2. Комплексный метод лечения приводит к выраженному сокращению частоты и длительности рецидивов генитального герпеса, при этом не имеет серьезных побочных эффектов.

ВЛИЯНИЕ ЛАВОМАКСА НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

АЛЬ-САБУНЧИ Т.В.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Наша работа посвящена изучению влияния лавомакса на систему интерферонов больных генитальным герпесом (ГГ).

Группу наблюдения составил 51 пациент в возрасте от 19 до 59 лет с различными клиническими разновидностями ГГ, которые получали терапию лавомаксом.

В процессе применения лавомакса у больных наблюдалось статистически достоверное повышение средних уровней сывороточного интерферона (ИФН) соответственно до $5,4 \pm 0,6$ Е/мл и $5,0 \pm 0,6$ Е/мл при норме — $5,2 \pm 0,6$ Е/мл. При этом титр ИФН при спонтанной интерфероновой реакции лейкоцитов у больных с генитальным герпесом уменьшился и статистически достоверно не отличался от аналогичных показателей у здоровых доноров.

Наиболее выраженные изменения возникли в индуцированной продукции лейкоцитами IFN- α , IFN- α/β и IFN- γ . Воспроизводство IFN- α в процессе индукции вирусом болезни Ньюкасла (ББН) значительно повысилось и составило в среднем по группе ГГ $-75,3 \pm 1,4$ Е/мл при $32,4 \pm 0,6$ Е/мл — в исходном фоне. Показатели титров IFN- α/β в ответ на введение индуктора IFN — циклоферона свидетельствовали о значительном повышении порога чувствительности к нему по сравнению с таковой у больных герпесом до лечения $33,8 \pm 1,1$ Е/мл и $58,6 \pm 1,4$ Е/мл соответственно. Продукция IFN- γ лейкоцитами на введение ФГА в процессе применения лавомакса у больных с различной тяжестью течения ГГ значительно выросла и почти достигла аналогичных показателей в контрольной группе и составила $32,4 \pm 4,0$ Е/мл при $34,3 \pm 4,3$ Е/мл у здоровых доноров.

Выводы:

Лавомакс нормализует состояние системы интерферона у больных с генитальным герпесом.

Влияние лавомакса на иммунный статус свидетельствует о возможности и целесообразности его использования при различных заболеваниях инфекционной и неинфекционной природы, сопровождающихся иммунодефицитными состояниями.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

АНДРЕЙЧЕВ В.В., ГРИЦЕНКО В.А.

ММУЗ Муниципальная городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова, г. Оренбург;
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург

Урогенитальный трихомониаз (УГТ) остается лидером среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), регистрируясь в России с частотой около 200 случаев на 100 тыс. населения (Кубанова А.А., 2008). У мужчин нередко он протекает как хроническая маломанифестная микст-инфекция, что затрудняет диагностику заболевания и, как следствие, отодвигает назначение необходимого лечения (Фриго Н.В. с соавт., 2008).

Цель работы: Анализ особенностей микроэкологического статуса репродуктивного тракта у мужчин с хроническим урогенитальным трихомониазом.

Материалы и методы: У 50 мужчин в возрасте 18–45 лет с хроническим УГТ, у которых в урогенитальном тракте обнаружена *Trichomonas vaginalis*, проведено исследование по принятым алгоритмам (Дмитриев Г.А., Сюч Н.И., 2005; Дмитриев Г.А.,

2007) для выявления других возбудителей ИППП (гонококки, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы) и потенциально патогенной микрофлоры. Данные статистически обработаны (Лакин Г.Ф., 1990).

Результаты исследования: При микроскопии окрашенных по Граму мазков отделяемого уретры и эякулята от 50 больных трихомонады обнаружены в 42,0 ± 7,1% случаях, в то время как при культуральной диагностике *T. vaginalis* регистрировались у всех пациентов, причем простейшие высевались из уретры и эякулята — у 56,0 ± 7,1%, только из уретры — у 26,0 ± 6,3% и только из эякулята — у 18,0 ± 5,5% мужчин. У 22,0 ± 5,9% пациентов УГТ протекал как моно-инфекция, у остальных регистрировалась би- или поликомпонентная микст-инфекция: хламидии выявлены у 64,0 ± 6,9% мужчин, уреаплазмы, микоплазмы и гонококки — в 16,0 ± 5,2; 6,0 ± 3,4 и 4,0 ± 2,8% случаев соответственно. Кроме того, из уретры и эякулята обследованных больных нередко (48,0 ± 7,1 и 20,0 ± 7,0% соответственно) высевалась смешанная неспецифическая микрофлора в высоком титре (больше 10⁴ КОЕ/мл), в структуре которой доминировали грампозитивные кокки (в основном коагулазонегативные стафилококки) и энтеробактерии (эшерихии), обладающие комплексом вирулентных и персистентных характеристик (гемолитическая и антилизотическая активности, устойчивость к тромбо- и лейкодефенинам).

Заключение: У мужчин с хроническим УГТ в репродуктивном тракте наблюдаются выраженные микробиологические нарушения, ассоциированные с наличием в уретре и простатовезикулярном комплексе не только других возбудителей ИППП, но и потенциально патогенной микрофлоры, что необходимо учитывать как при всесторонней диагностике данного заболевания, так и при проведении адекватной этиотропной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗА У ЖЕНЩИН

АФАНАСЬЕВА И.Г., КУЗНЕЦОВА Н.П., ЕНЬШИНА И.Н., ЧАЩИН А.Ю., БЕРДНИКОВА Н.Е.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Введение: Урогенитальный трихомоноз (УГТ) является наиболее распространенной ИППП и прочно занимает лидирующую позицию. Особую актуальность и социальную значимость проблеме придают тяжелые последствия в виде бесплодия, патологии беременности, родов, новорожденного, неполноценного потомства и т. д.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения УГТ.

Материалы и методы: Нами были обследованы 674 пациентки с диагнозом УГТ. Возраст пациенток варьировал от 19 до 56 лет. Методом верификации УГТ служил метод микроскопии фиксированного и окрашенного мазка метиленовым синим по Леффлеру.

Результаты: 30,1% обследованных отмечали жалобы на выделения, зуд, дискомфорт, боли, дизурию. Остальные пациентки (69,9%) жалоб не предъявляли, и диагноз был установлен только при обследовании. Из клинических признаков были отмечены: гиперемия вульвы, вагины, шейки матки (29,1%); обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала (23,1%); пенные, зеленые, жидкие выделения во влагалище (10,1%); беловатые выделения во влагалище (39,2%); контактная кровоточивость цервикального канала (25,8%); эктоцервицит (29,1%, из них симптом «клубники» — 7,6%); *ovuli Nabothi* (33,2%); полип шейки матки (3,7%). У 2/3 больных УГТ носил асимптомный или малосимптомный характер. Выявление трихомонад у большинства обследуемых с такой клинической картиной проводилось в последние дни месячных. Такая высокая выявляемость возбудителя в этот период связана скорее всего с тем, что: 1) при менструации происходит изменение pH влагалища в щелочную сторону (это является оптимальным условием для размножения возбудителя); 2) при менструации отмечается дефицит лактобактерий и усиление роста анаэробных бактерий; 3) для репродукции трихомонад очень важны органические и неорганические вещества (липиды, жирные кислоты, аминокислоты, следы металлов) — все они содержатся в сыворотке крови; 4) менструальная кровь является богатым источником ионов железа, которые в больших концентрациях находятся в трихомонаде и являются фактором защиты — способствуют разрушению C₃ компонента комплемента, чем препятствуют комплемент-зависимому лизису.

Выводы: Процесс размножения трихомонад активизируется менструацией, и взятие материала у женщин в этот период значительно повышает выявляемость этой инфекции. Особенности клинической картины является уменьшение остроты симптомов, что обуславливает асимптомное и малосимптомное течение заболевания.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ

БАТЫРШИНА С.В., ЮНУСОВА Е.И., КОРЧАГИНА О.В.

ГОУ ДПО КГМА, г. Казань

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) продолжает оставаться частой причиной хронических воспалительных заболеваний органов полости малого таза, синдрома хронической тазовой боли, развития гнойно-септических осложнений и нарушений репродуктивного здоровья, неудачных попыток при проведении программ вспомогательной репродукции, внутриутробного инфицирования плода. Кроме того, УГХ нередко сочетается с эндометриозными гетеротопиями в стенке матки, брюшной полости, яичниках и других локусах. Отмечена также корреляция его с пролиферативными процессами урогенитального тракта. Реабилитация урогенитального здоровья женщин, больных УГХ, достаточно сложная задача.

Тактика терапии больных УГХ определяется несколькими параметрами, главными из которых следует считать клинический вариант заболевания и состояние иммунного статуса организма, обеспечивающего или полноценный, своевременный иммунный ответ, или медленный, лишь поддерживающий состояние персистенции.

Особенности сложного строения и многоэтапного цикла развития возбудителя, одновременное существование его в нескольких формах как отвечающих на антибактериальную терапию (ретикулярные тельца), так и не реагирующих на неё (все другие формы), обосновывают необходимость проведения качественной патогенетической терапии, обеспечивающей полноценную эрадикацию возбудителя.

Наша методика терапии женщин, больных УГХ, включает назначение вильпрафена по 500 мг 3 раза в течение 7–10 дней при неосложненном и 14–21 день — при осложненном инфекционном процессе, при параллельном, за 5–6 дней до *menses* беталейкина, вводимого подкожно ежедневно в течение 5 дней из расчета по 7–8 нг/кг/сутки.

Положительный клинический и микробиологический эффекты сочетаются с положительной динамикой иммунного статуса, с достоверными различиями до и после лечения, уровней CD3+, CD 4+, CD 8+, CD 16+, ИЛ–1 бета, ИЛ–2, ИЛ–4, ИЛ–8, ИЛ–10 и ИФН–гамма.

Эрадикация хламидий при неосложненном УГХ достигнута нами в 100%, а при осложненном — в 94,59% случаев. Эффективность данного варианта терапии проходит проверку временем. Как ближайшие, так и отдаленные результаты существенно лучше в сравнении с назначением других антибактериальных препаратов, а также использования вильпрафена в качестве монотерапии или в случае его комбинирования с ферментными препаратами (84,5% и 89,5% соответственно).

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ И ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИИ: КЛИНИКО–ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

БАТЫРШИНА С.В.

ГОУ ДПО КМГА, г. Казань

Поражение органов уrogenитального тракта женщин инфекционными агентами весьма вариabельной группы вирусов в варианте папилломы человека (ВПЧ) и герпеса (ВПГ), обладающих значимым травмирующим потенциалом, в настоящее время широко распространено. Среди микроорганизмов, нередко сопутствующих вирусам, следует указать гарднереллы, дрожжеподобные грибы, микоплазмы и хламидии. Так, из 187 пациенток, инфицированных ВПЧ, гарднереллы были выявлены в 51,87%, дрожжеподобные грибы рода *C.albicans* и *ne–albicans* в 47,59%, хламидии в 20,85% и микоплазмы в 11,76% случаев. Одновременное присутствие вирусов ВПЧ и ВПГ определилось в 9,09% случаев. Наличие подобного «кворум–сенсинга» свидетельствует о значимом нарушении вагинального микробиоценоза, формировании и укоренении пленок инфекций.

Прогностические значения различных сочетаний вирусов, микробов и грибов не всегда однозначны. Каждый из вышеуказанных возбудителей и, особенно сочетания ВПЧ с ВПГ, оказывают влияние на иммунный профиль пациенток, вызывая его существенное изменение на системном и локальном уровнях. Участие иммунной системы подтверждается достоверным снижением уровней сывороточных INF– γ , CD16+, CD3+, соотношения CD4+ICD8+ и секреторного sIgA, а также повышением супрессорного цитокина IL–10, что свидетельствует о блокировании адаптивного противовирусного и антиинфекционного иммунитета.

Современные технологии реабилитации пациенток целесообразно проводить поэтапно. На первом этапе у 63 пациенток, имеющих ВПЧ, у 17 из которых одновременно диагностировались и ВПГ, в качестве системной и местной противовирусной терапии использовался препарат Панавир в виде 5 инъекций 0,004% раствора, вводимый внутривенно по 5,0 мл, и местно его гелевая форма. О качестве клинической реабилитации мы судили по отсутствию рецидивов ВПЧ инфекции через 12 месяцев, которые зарегистрированы в 74,60% случаев применения препарата в режиме монотерапии и в 93,65% — при его комбинировании с деструктивными методиками и по увеличению межрецидивного периода, отмеченного от 1,3 до 4 раз при ВПЧ и от 2 до 5 раз при ВПГ. Об активации участия иммунной системы в защите организма свидетельствовали нормализация уровня изучаемых показателей или их тенденция к таковой.

ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ ИММУННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ, КАНДИДОЗОМ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

БАТЫРШИНА С.В.

ГОУ ДПО КГМА, г. Казань

Состояние, определяемое как бактериальный вагиноз (БВ), нередко регистрируется у женщин, имеющих воспалительные заболевания уrogenитального тракта, нарушения системы репродукции в виде бесплодия или невынашивания беременностей. Нами из 2 403 обследованных оно установлено в 14,4%, 12,7% и 7,8% случаев в указанных группах соответственно. Микробиоценоз мочеполовых путей у 626 (26%) женщин из числа обследуемых был представлен дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Выявленные уrogenитальные инфекции достаточно часто и в различных ассоциациях сочетались с хламидиями, трихомонадами и возбудителями вирусной группы. Верификация возбудителей БВ, кандидоза, и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), осуществлялась микроскопически, культурально и с использованием методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), в том числе ПЦР в режиме реального времени (Real–Time PCR, NASBA).

Массивность микробной обсемененности с увеличением микробной массы паразитов приводит к усилению их цитопатического действия, снижению чувствительности к антибиотикам, увеличению риска восходящей инфекции. Определенный индивидуальный «кворум–сенсинг», который формируется в уrogenитальном тракте женщин в норме, значимо изменен, что служит сигналом и запускает процесс сначала адаптивных, а затем необратимых изменений.

У пациенток также определяли уровни гипофизарных и стероидных гормонов, CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, sIgA, IL–1 β , IL–4, IL–8, IL–10, γ –INF. Оценка иммуно–гормонального профиля позволяет прогнозировать риск развития восходящего процесса, формировать этапность этио– и патогенетической терапии, обосновывать её варианты и реабилитационные мероприятия.

Из множества апробированных нами терапевтических технологий следует выделить вариант с многофакторным воздействием, достигаемым назначением иммуноориентированных препаратов с учетом хронологию биологического подхода. Так, внутримышечное введение 10 инъекций 1,5% раствора Дерината по 5,0 мл через 72 часа в сочетании с 15 процедурами введения влагалищных тампонов с 0,25% раствором Дерината на 6 часов через день и параллельно проводимой этиотропной терапией позволило добиться отчетливого улучшения контрольных показателей у 37, 21 и 19 пациенток, что составило 95%, 91% и 83% соответственно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ О СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕАНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

БЕЛЬКОВА Ю.А., АЛЕКСАНДРОВА О.Ю., БЕРЕЖАНСКИЙ Б.В., БОЧАНОВА Е.Н., ГРИНЕВ А.В., ДЕХНИЧ А.В., ЕЛИСЕЕВА Е.В., ОРТЕНБЕРГ Э.А., САВИЧЕВА А.М., СЕХИН С.В., ТОРОПОВА И.А., ЦЫГАНКОВА Е.П., ЧЕБОТАРЕВ В.В., ЧЕЧУЛА И.Л., КОЗЛОВ Р.С.

НИИАХ, ГОУ ВПО СГМА, г. Смоленск; ОГУЗ СОКВД, г. Екатеринбург; НУЗ ДКБ им. Н.А.Семашко, г. Москва; КГУЗ ККБ, Красноярск; ГОУ ВПО ВГМУ, г. Владивосток; ГОУ ВПО ТГМА, г. Тюмень; НИИАГ им. Д.О.Отта РАМН, г. Санкт-Петербург; РБ № 2, г. Якутск; ГОУ ВПО СГМА, г. Ставрополь; ГУЗ ККВД, г. Краснодар, Россия

Цель: Выявить представления врачей различных специальностей о необходимости использования неантибактериальных препаратов у пациентов с бактериальными инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Материалы и методы: За период с января по декабрь 2007 г. среди врачей 10 городов России проведено анонимное анкетирование (проект «BaSTIon»). Полученные данные проанализированы с использованием описательной статистики.

Результаты: В анкетировании приняло участие 287 врачей: 101 (35,2%) акушеров-гинекологов, 97 (33,8%) — дерматовенерологов и 89 (31%) — урологов. Согласно результатам опроса многие врачи считают необходимым назначать сопутствующую неантибактериальную терапию пациентам с ранним сифилисом (всегда — 32,4%, иногда — 10,8%), неосложненной гонококковой (27,5% и 8,7% соответственно), хламидийной (53,3% и 10,8%), микоплазменной (43,6% и 11,8%) и уреаплазменной инфекцией (47% и 9,8%). Наибольшее предпочтение отдавалось препаратам пяти групп: иммуномодуляторы (51,6% респондентов при сифилисе, 24,7% — при гонорее, 87,8% — при урогенитальном хламидиозе, 68,6% — микоплазмозе и 64,8% — уреаплазмозе), антимикотики (9,1%, 12,2%, 25,8%, 19,5% и 23,3% соответственно), витамины (19,5%, 6,6%, 14,6%, 12,5% и 12,2%), ферментные препараты (3,8%, 7,7%, 16,7%, 13,6% и 13,6%) и пробиотики (4,5%, 3,5%, 12,5%, 10,5% и 10,8%). Другие лекарственные средства указывались значительно реже (менее 5% каждое). Необходимо отметить, что ни одна из упомянутых групп препаратов не обладает доказанной эффективностью в терапии вышеуказанных ИППП и не входит в стандарты терапии Минздравсоцразвития РФ.

Выводы: Частота выбора практическими врачами неантибактериальных препаратов, не обладающих доказанной эффективностью в терапии ИППП, для лечения указанных инфекций является неоправданно высокой. Необходимо проведение административных и образовательных мероприятий для изменения данной практики.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОТЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА МЕТОДОМ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ

¹БОЛДЫРЕВА М.Н., ²ЛИПОВА Е.В., ³ТРОФИМОВ Д.Ю., ²ВИТВИЦКАЯ Ю.Г., ¹ГУСКОВА И.А.

¹ ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России;

² Российская медицинская академия последипломного образования (ГОУ ДПО РМАПО);

³ ФГУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий

В настоящее время инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта занимают лидирующие позиции в структуре акушерско-гинекологической патологии. Среди них характерно преобладание малосимптомных и бессимптомных форм заболеваний, в том числе обусловленных условно-патогенной биотой. Бессимптомное течение такого рода заболеваний может приводить к позднему обращению за медицинской помощью и развитию вследствие этого серьезных осложнений, стать причиной нарушения репродуктивной функции. В то же время у части женщин репродуктивного возраста старше 40 лет уже могут начаться физиологические изменения микробного состава биоты урогенитального тракта, связанные с переходом к менопаузе.

Методом ПЦР в реальном времени были исследованы количественные характеристики нормальной и условно-патогенной аэробной/факультативно анаэробной, анаэробной биоты, микоплазм и грибов рода *Candida* в уретре, цервикальном канале и влагалище у здоровых женщин 18–45 лет, обратившихся в ГУЗ СВАО КВД № 19 г. Москвы с целью профилактического осмотра. Установлено отсутствие различий между биотопами по бактериальному спектру и количеству как аэробных, так и анаэробных бактерий относительно *Lactobacillus spp.* У всех женщин моложе 40 лет и части женщин старше 40 лет биота была преимущественно лактобациллярной. У части женщин старше 40 лет микробный состав биоценоза характеризуется снижением количества лактобацилл и замещением их анаэробными микроорганизмами/группами микроорганизмов, главным образом, такими как *Atopobium vaginae*, *Megasphaera spp.*/*Veillonella spp.*/*Dialister spp.*, *Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas spp.* и *Eubacterium spp.* Изменение микробного состава урогенитальной биоты может служить маркером гипозестрогении.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

¹БУНАКОВА Л.К., ²ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ²ФРИЗИН Д.В.

¹ Поликлиника МСЧ МВД по РТ, г. Казань;

² ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра дерматовенерологии

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности комбинированного курса лечения препаратом Сафоцид пациентов с ИППП, бактериальным вагинозом и кандидозом после удаления аногенитальных бородавок. Нами проведено комплексное обследование и лечение одной группы пациентов (19 человек) в возрасте от 18 до 45 лет, из них 8 женщин (42%) и 11 мужчин (58%). Показанием к назначению препарата Сафоцид являлись сочетанные неосложненные инфекции мочеполового тракта, передающиеся половым путем, — специфические циститы, уретриты, вульвовагиниты и цервициты. Кроме того, под нашим наблюдением находились 30 больных, оперированных по поводу аногенитальных бородавок радиоволновым методом (Сургитрон, Эллан, США), имевших в анамнезе урогенитальную патологию, подтвержденную методом ПЦР. Препарат Сафоцид назначался сразу после осмотра и выявления инфекций, поскольку пациенты имели острые клинические проявления ИППП. Все больные были обследованы на сифилис, ВИЧ, гепатиты, до приема препарата проводился соскоб на инфекции методом ПЦР, исследование мазков для прямой микроскопии из уретры, цервикального канала, прямой кишки и влагалища.

Результаты: Эффективность препарата, отмеченная пациентами на 2–е сутки от начала лечения, состояла в следующем — полное исчезновение субъективных ощущений в виде зуда, дискомфорта и выделений. При повторном осмотре врачом через 7 дней от начала лечения клинических проявлений заболевания не отмечалось.

Выводы: Комбинированный курс лечения препаратом Сафоцид пациентов с ИППП, БВ, кандидозом подтвердил клиническую эффективность в случае необходимости срочного назначения терапии, а также у лиц, имеющих беспорядочные половые связи, в качестве профилактического препарата первой помощи. Одноразовый прием препарата Сафоцид дает врачу уверенность в проведении полного курса лечения, не мешает пациенту в трудовой деятельности и на отдыхе. Препарат Сафоцид можно рекомендовать в качестве препарата выбора у лиц, имевших в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем, и готовящихся к операции по поводу удаления аногенитальных бородавок, а также при отсутствии по тем или иным причинам полноценного обследования на ИППП.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАЛАНИТОВ, БАЛАНОПОСТИТОВ И ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ВОЛКОВА Е.Н., СОРОКИНА Е.А., МИТИЧКИНА Е.В., ИЛЬИН Л.А.

Российский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии Московского факультета, г. Москва, КВД № 21

Известно, что в практике дерматовенерологов наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища у женщин и числа инфекционных, неопластических и иных заболеваний, протекающих с явлениями баланита у мужчин.

Это определяет активность поиска эффективных местных средств, способствующих стабилизации и разрешению процесса. К их числу относится 1% крем Розамет (в том числе с аппликатором), действующим веществом которого является метронидазол. Препарат обладает антибактериальным, противовоспалительным и антипаразитарным действием. Эффективность, переносимость и безопасность препарата оценивали у 46 мужчин и 42 женщин в возрасте от 21 до 48 лет с давностью заболевания от 2 недель до 12 месяцев. У мужчин, страдающих баланопоститом, при обследовании были выявлены: полимикробная ассоциация (включая *G. vaginalis*) — у 20 (43,5%); *T. vaginalis* — у 15 (32,6%); у 11 (23,9%) баланопостит имел неспецифическую природу.

В группе женщин с вульвовагинитами при обследовании были выявлены *G. vaginalis* — у 16 (38,1%), *T. vaginalis* — у 14 (33,3%), сочетание двух возбудителей — у 12 (28,6%). Жалобы больных и клиническая картина процесса были типичными. На фоне традиционной терапии (в соответствии с выделенным инфектом) пациенты получали наружно (местно) крем Розамет в течение 10–14 дней. Крем наносили на поверхность очагов поражения. Регресс клинических симптомов характеризовался уменьшением количества отделяемого, исчезновением запаха (2–4-й день), разрешением эритемы, эпителизацией эрозивных дефектов (в течение 7–14 дней). В результате лечения клиническое излечение отмечено у 39 (92,9%), улучшение — у 2 (4,8%). В одном наблюдении после лечения развился урогенитальный кандидоз. Этот случай был расценен как отсутствие эффекта. Все пациенты отмечали хорошую переносимость препарата и лишь 2 больных указали на незначительное жжение и некоторое усиление эритемы в начале лечения. Указанные явления разрешились самостоятельно на 2–3-й сутки. Таким образом, наш опыт применения 1% крема Розамет в комплексном лечении баланитов у мужчин и вульвовагинитов у женщин показал его эффективность и хорошую переносимость, что позволяет рекомендовать Розамет как препарат выбора для широкого использования в клинической практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СУМАМЕД» ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

ВОРОНИНА Л.Г., МИХАЙЛОВА Е.А., ШТИЛЬ О.О., ПЕРВУШИНА Е.А.

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

По оценке экспертов ВОЗ, в мире ежегодно заболевают гонореей свыше 200 млн человек. Группу наиболее высокого риска составляют лица в возрасте 16–31 год. Столь высокая распространенность гонореи в настоящее время объясняется как социальными факторами (увеличение количества беспорядочных случайных половых связей, рост проституции), так и особенностями гонококка (в частности, увеличением устойчивости гонококка к лекарствам в связи с их самостоятельным бесконтрольным приемом). Поэтому при лечении гонококковой инфекции специалист часто сталкивается с проблемой выбора эффективного препарата. Во многих регионах ведется мониторинг чувствительности штаммов к антибиотикам и подбор терапевтического средства осуществляется с учетом получаемых сведений. У нас имеются клинические данные об эффективности применения при гонорее эритромицина и других антибиотиков из группы макролидов. Нами была проведена оценка клинической эффективности препарата Сумамед у 22 больных обоего пола в возрасте от 18 до 40 лет при следующих формах гонореи: локализованная гонококковая инфекция (12 человек) и гонококковая инфекция с системными проявлениями (10 человек). Группу сравнения составили 26 больных (14 с локализованной гонореей и 12 с системными проявлениями инфекции), которым в аналогичных случаях вместо Сумамеда назначали цефтриаксон. Сумамед назначался после оценки чувствительности возбудителя к макролидам. Пациентам с локализованной гонококковой инфекцией препарат назначался в дозе 1 г однократно, а лицам с гонококковой инфекцией с системными проявлениями — по 1 г три раза с интервалом в 7 дней (1–7–14), курсовая доза 3 г. В качестве корригирующей терапии все больные получали нистатин по 1 млн ЕД 2 раза в день. Оценка эффективности результатов терапии проводилась на основании субъективных и объективных данных, включающих: уменьшение чувства жжения, исчезновение гнойных и слизисто-гнойных выделений из половых путей, нормализацию цвета слизистой оболочки уретры и шейки матки, а также положительную динамику физических и инструментальных исследований. Лабораторный контроль излеченности проводили бактериоскопическим и бактериологическим методами. Лечение гонореи Сумамедом дало убедительный эффект. При локализованной гонорее выздоровление наблюдалось у 100% больных, тогда как в группе сравнения — в 83%. При наличии гонореи с системными проявлениями — в 95,5%, по сравнению с 70% в группе сравнения. Проведенные исследования свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности «Сумамеда» в лечении разных форм гонореи. Препарат хорошо переносится и имеет сравнительно небольшое число побочных эффектов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ

ГЕРАСИМОВА Н.М., СКИДАН Н.И., ГОРБУНОВ А.П., ЛЕВЧИК Н.К.

ФГУ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург

Негонококковые уретриты (НГУ) широко распространены как в России, так и за рубежом. Доля НГУ, по различным данным, составляет от 65 до 80% наблюдений. Известно, что до половины случаев НГУ протекают бессимптомно, а рецидивы и персистенция симптомов в течение 6 недель после лечения встречаются у 20–40% больных с НГУ. Причины неудач в лечении изучаются и широко обсуждаются. В последнее время достигнуто некоторое единство мнений в том, что выраженный терапевтический эффект лечения НГУ может быть достигнут при назначении антибактериальных препаратов в зависимости от выявленной чувствительности к ним причинных патогенов. А учитывая, что большой удельный вес в этиологии НГУ приобретает условно патогенная флора, подход к лечению требует сочетания антибиотиков с препаратами, потенцирующими защитные реакции организма.

Учитывая, что иммунный ответ организма в борьбе с инфекцией состоит из двух фаз (фаза местного воспаления — в месте локализации патогена, где основным регулятором ответа является интерферон (ИФН) α , который нормализует местный иммунный ответ, ингибирует размножение внутриклеточных патогенов, обеспечивает защиту от возможного заражения неинфицированных клеток; и фаза системного воспаления — выход инфекции за пределы пораженного органа контролируется ИФН γ , который способствует нормализации общего иммунного ответа, увеличивает активность клеток-киллеров, уничтожающих инфекцию независимо от ее локализации). Далеко не все иммуномодулирующие препараты способны влиять на обе фазы иммунного ответа. Одним из немногих является Лавомакс (Тилорон) — отечественный иммуномодулирующий препарат с двойным эффектом: во-первых, он способствует альфа-, бета-, и гамма-интерфероногенезу; во-вторых, стимулирует Th-клетки CD4+, T-киллеров, NK-клеток и макрофагов.

В клинике Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации предпринято открытое сравнительное регистрируемое исследование препарата Лавомакс — таблетки в комплексной терапии негонококковых уретритов. Пациенты с НГУ — 40 мужчин (21–44 лет), у которых диагностированы НГУ (хламидийный — 8, НГНУ — 32). Диагноз НГУ был основан на общепринятых критериях. Этиология уретрита определялась с использованием метода ПЦР и бактериологическим методом. У всех пациентов изучены показатели ИФН α и γ в сыворотке крови, IgA в отделяемом уретры до и после лечения, а также в процессе наблюдения в течение двух месяцев после окончания терапии. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1-я группа — 20 человек получали только стандартную терапию — антибиотики в соответствии с показаниями по международным рекомендациям и с выявленной чувствительностью — в течение 10–14 дней; 2-я группа — 20 человек получали лечение препаратом Лавомакс таблетки в составе комплексной терапии. Препарат назначался одновременно с антибиотиком внутрь по 0,125 г в первые двое суток, затем через 48 часов — по 0,125 г. Курсовая доза 10 таблеток — 1,25 г.

Эффективность лечения, оцененная по динамике жалоб и объективной клинической картины: в 1-й группе — клиническое выздоровление отмечено у 16 из 20 больных — 80,0%. Во 2-й группе — клиническое выздоровление отмечено у всех 20 больных. Этиологическая излеченность, оцененная по эрадикации возбудителей или снижению титра условно-патогенных микроорганизмов до нормальных значений, составила в 1-й группе — у 15 из 20 пациентов (75,0%), во 2-й группе — у 19 из 20 пациентов (95,0%). Сравнительная оценка факторов защиты выявила достоверное увеличение общего количества интерферонов α и γ в сыворотке крови и IgA отделяемого уретры у пациентов, получавших комплексную терапию с применением Лавомакса, и отсутствие их изменения у пациентов, получавших антибактериальную монотерапию. В период дальнейшего наблюдения (80 ± 3 дня) рецидивов заболевания у них не наблюдалось.

Таким образом, применение иммуномодулятора Лавомакс (Тилорон) в составе комплексной терапии НГУ способствовало повышению эффективности терапии и препятствовало развитию рецидива.

ВЛИЯНИЕ ЛАВОМАКСА НА ФУНКЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГИЗИНГЕР О.А., ЛЕТАЕВА О.И.

НИИ иммунологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздора», г. Челябинск

Одним из путей повышения эффективности лечения урогенитального хламидиоза является коррекция факторов местной противоинойфекционной защиты.

Цель работы: Изучение влияния препарата Лавомакс на факторы антимикробной защиты, функций нейтрофилов цервикального секрета.

Материалы и методы: На клинико-лабораторном контроле находились 94 пациентки в возрасте от 19 до 36 лет с диагнозом: хламидийная инфекция мочеполового тракта без осложнений. Всем женщинам проводилось клинико-иммунологическое обследование, включающее микроскопию мазков из влагалища и цервикального канала, идентификацию *Ch. trachomatis* (методом ПЦР, ПИФ), исследование функций нейтрофилов цервикального секрета. В цервикальном секрете до лечения замечено увеличение общего числа лейкоцитов, процента жизнеспособных клеток, возростала спонтанная и индуцированная активность по НСТ-тесту, при этом снижался уровень ФРН. Низкими были показатели активности и интенсивности фагоцитоза. При определении уровня цитокинов было отмечено снижение уровня провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ФНО- α , являющихся регуляторами созревания и функций нейтрофилов. Низкое содержание вышеуказанных цитокинов является одной из причин дисфункции цервикальных нейтрофилов, которая проявляется в снижении их бактерицидного потенциала и снижении фагоцитарной активности. Пациентки были разделены на 2 группы: первая группа пациенток получала стандартную базисную терапию — джозамицин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней и иммуномодулятор Лавомакс по 0,125 мг 2 дня подряд, затем по 0,125 мг каждые 48 часов № 10. Пациентки второй группы получали только базисную терапию. Контрольное обследование проводилось на 10-й день после окончания лечения и через 2–2,5 месяца. Через 10-й дней в первой группе отмечено повышение показателей функциональной активности нейтрофилов. Во второй группе — дисфункция факторов местной противоинойфекционной защиты не изменилась. У женщин 1-й группы после лечения возростали сниженные показатели функциональной активности нейтрофилов: лизосомальная активность, способность отвечать на дополнительную стимуляцию частицами латекса, образованием бактерицидных продуктов, активность и интенсивность фагоцитоза, функциональный резерв нейтрофилов. Резко повышался уровень ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ФНО- α , что объясняется усилением регуляции созревания и функций нейтрофилов. В ходе исследования было выявлено позитивное влияние Лавомакса на состояние факторов местной противоинойфекционной защиты, выраженное в устранении дисфункции нейтрофилов и секреторируемых ими продуктов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН ПРЕПАРАТАМИ ИММУНОФАНОМ И ИНДИНОЛОМ

ГИЛЯЗЕВА Г.Р., ГИЗАТУЛЛИНА Р.Д.

ГМУ РККВД, г. Казань

В настоящее время не вызывает сомнения приоритетность и значимость проблемы лечения вирусных генитальных инфекций.

Пожизненное выделение вируса, сложность контроля заболеваемости, большое число сексуальных партнеров привело к превалированию генитальных вирусных инфекций над классическими венерическими заболеваниями в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Актуальность проблемы диагностики и лечения, остроконечных кондилом продиктована повсеместно регистрируемым ростом числа случаев этой патологии и относительно невысокой эффективностью традиционных методов их терапии.

Широкое распространение и появление новых инфекционных заболеваний, возникновение антибиотикорезистентных штаммов патогенных микроорганизмов, явно недостаточная эффективность этиотропных противовирусных препаратов, а также осложнений у иммунодефицитных больных с инфекционной и неинфекционной патологией, вызывает настоятельную необходимость создания новых эффективных средств патогенетической и иммунокорректирующей терапии.

Комплексное лечение иммуномодуляторов и индол — 3 — карбинолом (индинол) повышает эффективность лечения и снижает частоту рецидивов ВПЧ.

Основные эффекты индинола:

- подавляет образование 16а — гидроксистерона, обладающего канцерогенными свойствами;
- ингибирует выработку онкобелка E7, обладающего иммуносупрессирующими и малигнизующими свойствами;
- индуцирует избирательный апоптоз клеток содержащих ВПЧ.

Применение индинола вызывает полную элиминацию ВПЧ из организма.

15 пациентов с клиническими и субклиническими формами ПВИ получали индинол в комплексной терапии с иммуномодулятором — Иммунофаном. Иммунофан — синтетический препарат, представляющий собой модифицированный фрагмент биологически активного участка молекулы гормона тимопоэтина, сохраняет специфическую активность естественного гормона иммунитета.

Итак, 15 пациентов, прошедших курс комплексного лечения на протяжении 7 месяцев наблюдения, дали следующие результаты: частота обнаружения ВПЧ в соскобах со слизистой цервикального канала и стенок влагалища следующая:

- до лечения — 15 случаев;
- через 3 месяца после лечения — 5 случаев;
- через 6 месяцев после лечения — 2 случая.

Схема лечения Индинолом: по 2 капсулы 2 раза в течение 3 месяцев в сочетании с Иммунофаном по 1,0 мл за один раз в день в течение 15 дней.

Таким образом, на сегодняшний день в лечении ВПЧ наиболее патогенетически обоснованной является терапия, действующая на молекулярные звенья патогенеза, целесообразна на применение при начальных проявлениях ВПЧ и в случаях, когда другой вид терапии противопоказан.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

ГЛАЗКОВА Л.К., ГИРШ В.А.

Поликлиника МУ ЦГБ № 2 им. Миславского А.А., г. Екатеринбург

Современная статистика констатирует тот факт, что среди пациентов с урогенитальными инфекциями превалирует полимикробная этиология, и на первый план по распространенности выходят негонококковые поражения, а также патологические процессы, связанные с размножением условно-патогенных микроорганизмов. В связи с этим весьма актуально изучение эффективности и безопасности назначения комбинированного препарата Сафоцид при однократном применении его у больных несложными формами сочетанных инфекций, передаваемых половым путем, таких как трихомониаз, хламидиоз, микоплазменная инфекция, и неспецифическими инфекционными заболеваниями нижнего отдела урогенитального тракта — бактериальный вагиноз, кандидоз, уреаплазмоз. Такое исследование проводилось на базе МУ ЦГБ№ 2 г. Екатеринбурга. В него были включены 22 пациента обоего пола (9 женщин, 13 мужчин) в возрасте от 19 до 34 лет. Критерием отбора являлось наличие клинической картины поражения нижних отделов урогенитального тракта. Длительность заболевания составляла от двух дней до месяца. У всех пациентов инфекция была смешанной. Диагностические мероприятия включали стандартизованные методы; клинический анализ крови и мочи. Терапия включала однократный пероральный прием Сафоцида (все 4 таблетки, входящие в блистер). Проводилось 2 контроля: 1-й — через два дня — четыре недели согласно клиническим рекомендациям (для *T. vaginalis* проводился двойной контроль), отдаленный — через 3 месяца после назначения терапии; во время последнего повторно проводились общий анализ крови и мочи. Клиническая эффективность препарата составила 95,5–100,0%, микробиологическая (в отношении инфекций, передаваемых половым путем) — 100,0%; эффективность в отношении условно-патогенной флоры — 90,9%. Субъективно терапия переносилась удовлетворительно. При анализе контрольных показателей крови и мочи отклонений от нормы не выявлено. Таким образом, Сафоцид, сочетающий в себе высокую эффективность, комплаентность и доступность ценовой политики, открывает большие возможности применения его как с терапевтической, так и с профилактической целью. Мы считаем, данный препарат должен широко назначаться следующим категориям больных, имеющих клиническую симптоматику: материально неблагополучным слоям населения; социально неадаптированным пациентам; половым партнерам обследованных лиц; мигрантам; заключенным; больным, страдающим психическими заболеваниями; бизнесменам с лимитом времени на обследование; пациентам с микст-инфекцией. А также с профилактической целью: лицам, имеющим нечастые незащищенные случайные половые связи; занятым в службе сексуальных услуг и женщинам, планирующим внутриматочные манипуляции. Полагаем, что Сафоцид займет достойную нишу в практике венеролога, гинеколога, уролога и семейного врача.

ЗНАЧЕНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТАХ У МУЖЧИН

ГОРБУНОВ А.П., СКИДАН Н.И.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 465 мужчин в возрасте от 17 до 46 лет. Воспалительные заболевания органов уrogenитального тракта у мужчин выявлены у 264 (56,7%) пациентов. Негонококковый уретрит (НГУ), ассоциированный с условно-патогенной микрофлорой, выявлен у 164 больных, что составило 35,2% от общего числа обследованных мужчин и 62,1% от числа больных с воспалительными заболеваниями органов уrogenитального тракта. В результате комплексного бактериологического обследования у 88 (53,6%) мужчин было выявлено моноинфицирование одним из возбудителей, сочетанная инфекция с инфекционным индексом 2 установлена у 66 (40,2%) пациентов, с инфекционным индексом 3 у 9 (5,4%), а с инфекционным индексом 4 всего у 1 (0,6%) пациента. Полученные данные микробиологического исследования отделяемого из уретры больных с НГУ показали, что *Enterococcus spp* был выявлен у 48 мужчин, что составило 29,3% от общего числа больных. Данный возбудитель воспалительного процесса в уретре мужчин чаще наблюдался в виде моноинфекции — у 25 (15,3%), чем при микстинфекции — у 19 (11,5%) ($p < 0,05$). Такой микроорганизм, как *Streptococcus agalactiae*, высеивался у 26 (15,9%) больных, при этом он также чаще встречался в виде моноинфекции — у 18 (11,1%) пациентов, чем при микстинфекции, — у 8 (4,8%) ($p < 0,05$). *Gardnerella vaginalis* определялась у 24 (14,6%) пациентов, при этом в виде микстинфекции — у 21 (12,8%), а при моноинфекции — у 3 (1,9%) ($p < 0,05$). Что же касается такого микроорганизма, как *E.coli*, то она обнаруживалась у 18 (11,0%) больных, при этом практически с одинаковой частотой как при моно- и микстинфекции — 8 (4,9%) и 10 (6,1%) соответственно ($p \geq 0,05$). *Staphylococcus aureus* встречался у 17 (10,3%) пациентов и также чаще наблюдался при микстинфекции, чем при моноинфекции, — 10 (6,1%) и 7 (4,2%) соответственно ($p < 0,05$). А такой микроорганизм, как *Staphylococcus haemolyticus*, встречался у 8 (4,9%) пациентов, при этом чаще в виде моноинфекции, чем микстинфекции, — 7 (4,3%) и 1 (0,6%) соответственно ($p < 0,05$). *Klebsiella spp* встречалась только в виде моноинфекции у 2 (1,2%) пациентов. Таким образом, анализируя данные результатов бактериологического исследования, можно считать, что в качестве инфекционного агента, ставшего причиной воспаления в уретре, являлись наиболее часто выявляемые микроорганизмы: *Enterococcus spp*, *Streptococcus agalactiae*, *E.coli* и *Staphylococcus aureus*. В результате проведенного исследования выявлена значительная распространенность (62,1%) негонококковых уретритов, ассоциированных с условно-патогенной флорой. Многообразие видового состава возбудителей воспалительных заболеваний органов уrogenитального тракта у мужчин и высокий инфекционный индекс у данных больных доказывает важность своевременного и полноценного обследования их в дерматовенерологических учреждениях.

КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ДУБЕНСКИЙ В.В., ДУБЕНСКИЙ ВЛ.В.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздора, г. Тверь

В последние годы отмечается рост патологии репродуктивной функции, обусловленной увеличением воспалительных осложнений уrogenитальных инфекций (УГИ). Для определения адекватной тактики лечения больных с данной патологией необходима комплексная диагностика с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования. В лечении бактериальных и вирусных инфекций достигнуты серьезные успехи благодаря внедрению новых медикаментозных препаратов и методов лечения. Однако до настоящего времени отсутствуют утвержденные схемы комплексной диагностики и лечения бактериальных и вирусных УГИ.

Целью настоящего исследования была оценка эффективности лабораторно-инструментального обследования больных с уrogenитальными инфекциями и эффективность использования как монотерапии, так и комплексного подхода к их лечению.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 747 больных с уrogenитальными инфекциями, разделенные на 2 группы. В первую группу вошли 100 человек (58 мужчин и 42 женщины) с неосложненными УГИ, во второй группе — 647 больных (375 мужчин и 272 женщины) с осложненными УГИ. Диагноз подтверждался при микробиологических исследованиях (бактериоскопия, культуральное исследование, ПЦР). Для изучения показателей иммунной системы пациентам с осложненными УГИ выполнялась иммунограмма.

Для выявления осложнений УГИ всем пациентам выполнялась ирригационная уретроцистоскопия, УЗИ, ТРУЗИ, кольпоскопия.

Лечение больных первой группы включало назначение азитромицина (Зитролид, производитель ОАО «Валента Фарм», Россия) в двух вариантах по 1,0 в 1-й, 5-й, 10-й дни лечения (курсовая доза 3,0 г) и 1-й прием 1,0, затем по 500 мг в течение четырех дней (курсовая доза 3,0 г). Для лечения уrogenитальной ПВИ использовалось радиоволновое удаление образований на аппарате радиоволновой хирургии «Surgitron» (Ellman International, США). Во второй группе использовали комбинированное лечение, включающее антибиотикотерапию азитромицином (Зитролид) по предложенным выше схемам, и иммунокоррекцию комбинированным препаратом Генферон (рекомбинантный интерферон-альфа-2b, таурин, анестезин), выпускаемым в виде суппозиторий по 250000, 500000 и 1000000 МЕ. Методика комплексного лечения осложненных бактериальных УГИ включала 2 тура лечения Генфероном: I-тур: 250000 МЕ per rectum 2 раза в сутки 20 дней; I-тур: 250000 МЕ per rectum 1 раз в сутки 10 дней.

В зависимости от топографии поражений при уrogenитальной ПВИ использовались наряду с радиоволновым удалением образований на аппарате радиоволновой хирургии «Surgitron» 3 методики лечения Генфероном: 1. ПВИ аногенитальная — 1000000/500000 МЕ 1 раз в сутки, курс 20 дней; ПВИ влагалища, шейки матки — 1000000 МЕ per rectum и per vagina ежедневно, курс 20 дней; ПВИ прямой кишки — 1000000 МЕ per rectum ежедневно, курс 20 дней.

Результаты исследования: При лабораторном обследовании выявлены сопоставимые результаты в обеих группах: хламидийная инфекция выявлена в 16,46% случаев, уреаплазмоз — у 32,9%, микоплазмоз — у 25,16%, генитальная герпетическая инфекция (ГГИ) — у 12%, гонорея — у 1%, уrogenитальный кандидоз — у 24,0%, трихомониаз — у 2%, уrogenитальная папилломавирусная инфекция (ПВИ) — у 8,4%, гарднереллез — у 12% обследованных больных. При этом у 33,4% пациентов определялось сочетание двух и более инфекций. У больных уrogenитальной ПВИ топография поражений была следующей: у мужчин — крайняя плоть — у 26%, крайняя

плоть и головка — у 21,7%, эндоуретральные кондиломы — у 23,9%, перианальная область — у 4,3%, распространенные формы — у 23,9%; у женщин — область половых губ и вульва — у 6,6%, влагалище и шейка матки — у 13,8%, перианальная область — у 11,1% и распространенные формы — у 58,5% обследованных больных. При изучении показателей иммунитета у больных осложненными УГИ выявлены нарушения клеточного и гуморального иммунитета, нарушения интерфероногенеза и фагоцитарной активности.

У больных второй группы при ирригационной уретроцистоскопии диагностированы различные поражения уретры и мочевого пузыря у мужчин и женщин: циститы — у 19,8% мужчин и у 35,2% женщин; колликулиты — у 81,9% мужчин; уретриты — у 96,2% мужчин и у 33,1% женщин; уретральные адениты — у 76,4% мужчин и у 25,3% женщин; стриктуры различных отделов уретры — у 34,1% мужчин; эндоуретральные кондиломы — у 4,4% мужчин и у 4,1% женщин. Степень тяжести воспалительных осложнений коррелировала с количеством этиологических агентов и длительностью заболевания.

Этиологическая излеченность при бактериальных УГИ в первой группе составила 94% (эффективность для лечения доксициклином составила 84% — Дубенский В.В., 2006 г.).

Лечение методом радиоволновой хирургии больных урогенитальной ПВИ клиническое излечение достигнуто у 78% больных, в остальных случаях отмечено возникновение рецидивов в разные сроки.

Комбинированное лечение, включающее антибиотикотерапию азитромицином (Зитролид) по предложенным выше схемам и иммунокоррекцию комбинированным препаратом Генферон (рекомбинантный интерферон-альфа-2b, таурин, анестезин), у больных второй группы с осложненными сочетанными бактериальными УГИ позволило достигнуть этиологического и клинического излечения у 92,1% больных.

Эффективность сочетанного применения радиоволновой хирургии и иммунокоррекции препаратом Генферон при лечении урогенитальной ПВИ коррелировало с восстановлением иммунной компрометации больных.

Заключение: Урогенитальные инфекции в настоящее время характеризуются частым сочетанием микробных агентов, склонностью к хроническому течению, сопровождаются воспалением, а в дальнейшем инфильтративно-склеротическими изменениями органов малого таза, оказывают влияние на фертильность мужчин и женщин. Выявление причинных факторов воспаления, особенностей течения и топических проявлений урогенитальных инфекций возможно при использовании комплекса лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Зитролид в курсовой дозе 3,0 г может быть препаратом выбора для лечения хламидиоза и неосложненных бактериальных инфекций.

Генферон активирует фагоцитоз и интерфероногенез у больных с осложненными УГИ и повышает эффективность антибиотикотерапии. Комплексное лечение *Зитролидом* и *Генфероном* высокоэффективно при лечении осложненных и сочетанных УГИ.

Генферон в комплексном лечении урогенитальной папилломавирусной инфекции способствует клиническому излечению и восстановлению иммунных показателей.

ПРИЧИНЫ СТОЙКОЙ ДИЗУРИИ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

ДУБЕНСКИЙ В.В.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

Хронические воспалительные заболевания нижних мочевых путей у женщин чрезвычайно распространены и являются частой причиной обращения пациенток к урологу, гинекологу, терапевту и врачам других специальностей. В России заболеваемость циститом составляет 15–20 тыс. на 100 тыс. человек, около 20–25% женщин переносят цистит в той или иной форме, примерно 10% пациенток страдают стойкой дизурией (О.Б. Лоран, 2009).

Длительно протекающие инфекции, особенно урогенитальные инфекции (*S. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealiticum*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, HSV 1,2) приводят к выраженным морфологическим изменениям, так называемым поствоспалительным изменениям уротелия. Под воздействием возбудителей урогенитальных инфекций происходит повреждение защитного ГАГ-слоя уротелия, плоскоклеточная метаплазия эпителия, что является основой развития стойкой дизурии у женщин даже при отсутствии этиологического фактора. Инфекция является причинным фактором повреждения уротелия и формирования метаплазии, в то время как дальнейшая альтерация происходит вне зависимости от инфекционного агента. Наиболее часто развиваются лейкоплакия и псевдополипоз мочевого пузыря.

При цистоскопии у 63,6–100% пациенток со стойкой дизурией, хронической тазовой болью обнаруживается лейкоплакия (плоскоклеточная метаплазия) с расположением в шейке мочевого пузыря и мочепузырном треугольнике. В свете современных исследований лейкоплакия представляет собой патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствие гликогенообразования и возникновение ороговения, которые в норме отсутствуют (О.Б. Лоран, 2009).

Псевдополипоз — состояние, при котором слизистая оболочка покрывается выступающими над ее поверхностью образованиями (псевдополипами), которые не являются истинными полипами, а представляют собой реактивную пролиферацию слизистой оболочки в ответ на воспаление. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке шейки мочевого пузыря, нередко по всей ее окружности и/или проксимальной части уретры (справочник «Оксфорд», 2006).

Цель исследования: Изучить морфологическую природу стойкой дизурии и ее распространенность у женщин больных или перенесших УГИ.

Материалы и методы: 763 женщины, перенесшие те или иные УГИ, 81 из которых предъявляли жалобы на сохраняющиеся дизурические явления после этиологического излечения и вошедшие в группу наблюдения. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 8 лет. Возраст больных от 17 до 54 лет. Всем больным выполнялись исследования методами прямой иммунофлюоресценции, полимеразной цепной реакции, бактериологическое изучение мочи, микроскопические исследования (общий анализ мочи, микроскопия соскоба уретры), УЗИ органов малого таза (для исключения сопутствующей гинекологической патологии), а также ирригационная фиброуретроцистоскопия с забором материала для морфологической верификации диагноза, изучение анамнеза и медицинской истории.

Результаты исследования: У 12 из наблюдаемых 81 пациента на момент обследования выявлены УГИ, у остальных 69 — инфекции, передаваемые половым путем, установлены не были. На основании изучения клинико-анамнестических и лабораторных данных у всех пациентов (на момент исследования или ранее) выявлены УГИ: хламидийная инфекция в 19,7% случаев, уреаплазмоз — у 35,8%, микоплазмоз — у 20,9%, генитальная герпетическая инфекция (ГГИ) — у 9,9%, гонорея — у 1,2%, трихомониаз — у 2,4%, урогенитальная папилломавирусная инфекция (ПВИ) — у 8,6%, гарднереллез — у 11,1% обследован-

ных. По данным эндоскопического исследования нижних мочевых путей, патология выявлена у 78 (96%) больных, при этом патология только мочевого пузыря выявлена у 52 (64%) больных, мочевого пузыря и уретры — у 15 (18,5%) больных и только уретры — у 11 (13%) больных. При этом в мочевом пузыре выявлены: катаральный цистит — 13%, лейкоплакия шейки мочевого пузыря — 64%, псевдополипоз шейки мочевого пузыря — 35,9%. При осмотре мочеиспускательного канала установлены: эндоуретральные кондиломы — 6,2%, псевдополипоз уретры — 11,1%, лейкоплакия уретры — 8,7%, полипы уретры — 21%, явления уретрита — 13%. При этом сочетанное поражение мочевого пузыря в виде псевдополипоза и лейкоплакии отмечено у 11%, наличие псевдополипоза мочевого пузыря и уретры — у 9%, лейкоплакии мочевого пузыря и уретры — у 8,6% больных. Необходимо отметить, что сочетанные поражения мочевого пузыря и уретры или лейкоплакии и псевдополипоза мочевого пузыря в 64,2% случаев выявлены у больных с сочетанными УГИ.

Заключение: Таким образом, стойкие дизурические явления у больных, перенесших те или иные УГИ, достаточно распространены (10,6%). Поражения мочевого пузыря и мочеиспускательного канала на фоне УГИ разнообразны, а также обращает на себя внимание частота выявления лейкоплакии и псевдополипоза у больных со стойкой дизурией, перенесших УГИ. Эндоскопическое исследование нижних отделов мочевых путей у больных с сохраняющимися жалобами на дизурию после этиологического излечения УГИ позволяет правильно верифицировать морфологию жалоб и провести адекватную терапию, приводящую к клиническому излечению больных.

ХРОНИЧЕСКИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОСТАТИТ КАК ПРИЧИНА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ У МУЖЧИН

ЗАЛЯЛЕЕВА С.А., АБДРАХМАНОВ Р.М.

Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер, г. Казань;
Кафедра дерматовенерологии КГМУ, г. Казань

Цель: Изучить влияние хронического инфекционного простатита на копулятивную функцию мужчин.

Метод и объем исследования: Исследовали 56 мужчин хроническим бактериальным простатитом с жалобами на преждевременную эякуляцию в возрасте от 29 до 39 лет ($M \pm m = 33,8 \pm 1,2$). Диагноз хронический простатит обосновывался традиционными методами исследования, включающими пальпацию, микроскопию секрета простаты, трансректальные ультразвуковые исследования, уретроскопию простатического отдела уретры.

Полученные результаты и их обсуждение: У всех обследованных мужчин хроническим простатитом с жалобами на преждевременную эякуляцию диагностировали различные формы воспаления семенного холмика. Лечение включало: массаж предстательной железы № 7–10 через день, инстилляции лекарственных средств в простатический отдел уретры № 3–4 через 3 дня на 4-й, аппаратную физиотерапию № 7–10. Физиотерапевтическим процедурам предшествовал «опустошающий» массаж предстательной железы.

При такой схеме лечения клиническое выздоровление или улучшение наблюдалось у 44 человек (78,6%).

В связи с тем, что в последнее время в литературе появляются схемы лечения простатитов, колликулитов, исключающих массаж простаты, нами проведено лечение 28 аналогичных больных хроническим простатитом без проведения массажа предстательной железы. Клиническое выздоровление наблюдалось только у 1 пациента. Остальным пациентам пришлось провести повторный курс лечения, включая, в том числе массаж простаты.

Вывод: При хроническом простатите, сочетающимся с колликулитом, одним из наиболее частых симптомов является преждевременное семяизвержение.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОРЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ФИЗИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ В ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, КАК МЕТОДА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЗАЛЯЛЕЕВА С.А., АБДРАХМАНОВ Р.М.

Кафедра дерматовенерологии КГМУ, г. Казань;
Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер, г. Казань

Для лечения пациентов с инфекционными заболеваниями мочеполовой системы предложено множество адекватных режимов противобактериальной терапии, имеющих относительно одинаковую эффективность.

В последние годы, как отмечают некоторые исследователи, возросло число хламидийной, вирусной, микоплазменной и смешанной инфекций, борьба с которыми представляет значительные сложности в связи с наличием персистенции, развивающейся устойчивостью микроорганизмов к лекарственным препаратам и особенностями ответных реакций микроорганизма.

С помощью перорального и парентерального введения лекарственных препаратов не всегда удается создать необходимую бактерицидную и даже бактериостатическую концентрацию в органах, имеющих выраженные биологические барьеры. Попытки преодолеть это повышением вводимых доз антибактериальных препаратов и удлинением курса приводят к развитию дисбиоза.

В связи с этим представляется перспективным использование форетических свойств физических полей в современной терапии ИППП, которые путем усиления переноса молекул веществ через клеточные мембраны, способствуют достаточной концентрации лекарственных средств в клетках-мишенях, что, по нашему мнению, позволило бы уменьшить продолжительность и дозы лекарственных препаратов при необходимой терапии больных с ИППП.

Мембранные структуры и перенос молекул веществ в мембранах играют важную роль в биологических процессах. Биологические мембраны (от латинского membrana — перепонка) — это сложные высокоорганизованные структуры, ограничивающие клетки и внутриклеточные органеллы. Целевой функцией биологических мембран является регуляция обмена веществ, между клетками и средой, а также между различными компартментами внутри самой клетки (Райгородский и соавт., 2000). В любом из этих жизненно важных биологических процессов присутствует перенос заряженных ионов, в том числе и ионов лекарственных средств.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ФОРМ ИППП

ЗАЛЯЛЕЕВА С.А., АБДРАХМАНОВ Р.М.

Кафедра дерматовенерологии КГМУ, г. Казань;
Республиканский клинический кожно–венерологический диспансер, г. Казань

Персистенция подразумевает постоянное нахождение некоторых видов ИППП (например, хламидий) внутри клетки хозяина без активных биохимических взаимодействий, выявляемого роста и размножения. При этом биологическое состояние возбудителя ИППП и факторы, которые приводят к персистенции, неизвестны. Такое течение заболевания вызывает ряд последствий, угрожающих не только репродуктивной функции, но и здоровью человека в целом.

В ряде случаев, особенно при персистирующих формах ИППП, стимулированную ионную проницаемость биологических мембран организма с помощью физических полей (например, магнитного) необходимо сочетать с лекарственной терапией, проводимой с помощью антибиотиков и многих других веществ, поскольку достаточно часто эти лекарства диссоциируют в физиологической среде с образованием различных ионных форм (Несмеянов А.Н., 2006). Это способствует ускоренному трансмембранному переносу, их высокой концентрации в тканях и соответственно усиливает терапевтический эффект.

По нашему мнению, это является одним из перспективных путей лечения персистирующих форм ИППП.

Клиника и анамнестические данные показывают, что ввиду асимптомного, торпидного течения ИППП в ряде случаев у многих больных заболевание длительное время остаются нераспознанными. Инфекционный процесс у них в большинстве случаев выявляется или случайно или по данным кон frontации (источники заражения, половые контакты). Такое асимптомное течение болезни чрезвычайно опасно как в отношении распространения инфекции, так и в отношении поражения репродуктивной системы. Соответственно, по нашему мнению, больным неосложненными формами ИППП при определенных анамнестических данных (например, бесплодие) необходимо проводить комплексную терапию с включением физиотерапии с использованием физических полей.

РОЛЬ ЭПИТЕЛИЯ В ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ЗИМИНА Т.А., ДОЛЖЕНИЦИНА Н.А.

Областной кожно–венерологический диспансер, г. Иркутск

Широкомасштабное развитие современных диагностических технологий, активное внедрение их в практику отодвинуло классические микроскопические методы исследования на второй план. Вместе с тем микроскопический метод предоставляет врачу уникальные возможности для выбора основного направления в диагностике урогенитальных заболеваний. По морфологии и количеству эпителия можно предположить наличие того или иного возбудителя, включая инфекции, которые не видны под микроскопом. Известно, что трихомонады, ВПЧ, условно–патогенная флора (гарднерелла, дрожжеподобные грибы и пр.) обладают повышенной тропностью к плоскому эпителию. Поэтому, к примеру, трихомонады локализуются преимущественно в простатической части уретры у мужчин и во влагалище у женщин. Цилиндрический эпителий поражается большинством ИППП (гонорея, хламидии, микоплазмы). Присутствие многоядерного эпителия предполагает поиск вирусной инфекции. Есть мнение, что плоскоклеточная метаплазия (в норме присутствующая в зоне трансформации цервикального канала у женщин) может возникнуть под влиянием хламидийной инфекции, гонореи, ВПЧ. Нами было проверено 120 карт у пациентов мужчин с выраженной воспалительной атипией эпителия, в том числе и с плоскоклеточной метаплазией, и обнаружено, что 72 пациентам (около 60%) выставлен диагноз хламидийного уретрита на основании комплексного обследования двумя методами. Уреаплазма или микоплазмы были обнаружены у 35 пациентов (~30%), трихомонада без хламидийной инфекции была выявлена только в четырех случаях (~4%). Таким образом, по состоянию морфологии и количеству эпителия в мазках первично обследуемого больного, не проходившего лечения, можно предположить характер или разновидность инфекции, вызвавшей воспалительную атипию поверхностного эпителия. Это предположение позволяет врачу для дальнейшего обследования подобрать адекватные методы лабораторной диагностики, обладающие высокой специфичностью и чувствительностью в отношении подозреваемых инфекций. Целевое дообследование пациента повышает уровень диагностики половых инфекций, позволяет существенно снизить затраты, связанные с комплексной проверкой пациентов на все существующие ИППП.

КЛИНИКО–ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИКОПИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

ИВАНОВ А.М., НИКИТИН В.Ю., ТЕЛИЧКО И.Н., АПЧЕЛ А.В., БОЛЕХАН А.В., СУХИНА И.А., МЕШКОВА М.Е., ТИТОВА М.В.

Военно–медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт–Петербург

Хронический урогенитальный трихомониаз сохраняет одно из лидирующих мест среди инфекций, передающихся половым путем. В последнее время значительно чаще стали регистрироваться неудачи в лечении этого заболевания. Частота рецидивов при использовании в терапии заболевания препаратов группы 5–нитроимидазолов, по сообщениям различных авторов, составляет 20–40%. Эти и ряд других причин приводят к поиску более эффективных методов лечения. Одним из перспективных направлений является иммунопатогенетическая терапия, которая включает традиционное лечение в комплексе с иммунотропными препаратами.

Объектом исследования явились 50 пациентов в возрасте от 30 до 45 лет, больных хроническим урогенитальным трихомониазом. Больные были распределены на две группы: контрольную (24 чел.), получающие лечение тинидазолом (500 мг) и опытную (26 чел.), получающие лечение тинидазолом (500 мг) в сочетании с ликопидом (10 мг). Оценка иммунного статуса больных проводилась до начала терапии и после ее окончания с целью определения иммунологической эффективности лечебного воздействия. Иммунологическое обследование больных включало в себя изучение состояния клеточного, гуморального звеньев иммунитета и функциональной активности нейтрофилов. Основным критерием эффективности терапии хронического урогенитального трихомониаза считали санацию организма больных от возбудителя инфекции. Контроль терапии осуществлялся через месяц после завершения курса лечения.

Установлено, что использование Ликопида в сочетании со стандартной терапией приводит к эрадикации *T. vaginalis* в более ранние сроки по сравнению с группой контроля. На ранних сроках окончания терапии отмечалось повышение активности фагоцитарной системы, что проявлялось достоверным повышением следующих показателей: базального и стимулированного НСТ–теста, фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа. При динамическом обследовании пациентов опытной группы характерно достоверное повышение уровней IgG и интерлейкина–4 по сравнению с группой контроля. Клеточные факторы иммунитета в группе больных, получавших Ликопид, характеризовались достоверным повышением относительного и абсолютного количества В–лимфоцитов, а также количества активированных клеток с фенотипом CD3⁺HLA–DR⁺ и CD3⁺CD25⁺. Кроме того, наблюдалась тенденция к повышению количества Т–лимфоцитов с фенотипом CD3⁺CD4⁺.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИППП У ВИЧ–ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

КАРЯНОВ В. П.

Государственное учреждение здравоохранения Оренбургский областной кожно–венерологический диспансер, г. Оренбург

Распространение ВИЧ–инфекции среди широких слоев населения представляет собой медико–социальную проблему. Ведущим путем передачи является половой, что способствует не только быстрому распространению эпидемии ВИЧ, но и ведет к частому сочетанию с ИППП, которые в свою очередь усугубляют течение болезни, приводят к быстрому истощению иммунной системы у ВИЧ–инфицированных больных, существенно снижают качество их жизни. В то же время наличие ИППП значительно увеличивает шанс заражения ВИЧ–инфекцией при незащищенном половом контакте и способствует распространению эпидемии ВИЧ в обществе. В связи с важностью и актуальностью этой проблемы в рамках областной программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека на 2007–2010 годы» были выделены лекарственные препараты (вильпрафен, полиоксидоний, циклоферон и др.) для лечения ИППП у ВИЧ–положительных пациентов.

Цель исследования: Провести оценку клинической эффективности лечения ИППП у ВИЧ–инфицированных больных.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 47 пациентов с ВИЧ–положительным статусом в возрасте от 20 до 45 лет. Все пациенты состояли на диспансерном учете у инфекционистов областного центра. В ГУЗ ООКВД обратились для обследования на ИППП. Обследование проводилось согласно приказам МЗ РФ и стандартам оказания медицинской помощи. Нами были установлены диагнозы: сифилиса, урогенитального хламидиоза, гонококковой инфекции, уреаплазмоза, генитального герпеса. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на проведение обследования, лечения и клиничко–лабораторного контроля в областном кожно–венерологическом диспансере.

Результаты: Всем пациентам проводилось лечение ИППП на базе дневного стационара ГУЗ ООКВД согласно стандартам оказания медицинской помощи. Побочных явлений и непереносимости препаратов не было выявлено. Все пациенты получили полностью запланированный курс терапии, по завершении которого отмечалась выраженная положительная клиническая динамика. При проспективном наблюдении за этими пациентами в течение года отрицательной динамики не отмечалось.

Выводы: Лечение ИППП у ВИЧ–инфицированных больных является необходимой частью стратегии борьбы с ВИЧ–инфекцией, так как позволяет не только длительно сохранять на нормальном уровне иммунный статус людей, пораженных ВИЧ, но и противодействует распространению ИППП среди населения.

ОБОСНОВАННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ И ЛАТЕНТНЫХ ФОРМАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА

КАСАТКИН Е. В.

СПб ГУЗ «Кожно–венерологический диспансер № 8», г. Санкт–Петербург

Лечение субклинических и латентных форм папилломавирусной инфекции высокого онкогенного риска (HPV h.r.) у женщин в настоящее время не проводится в связи с отсутствием единого подхода к решению этой проблемы, отсутствием системных препаратов, влияющих на вирус. Для исключения развития неблагоприятного сценария болезни пациенткам рекомендуется клиничко–лабораторное наблюдение с различной периодичностью. Вопросы о продолжительности такого наблюдения, объема и кратности диагностических исследований при наблюдении за пациентами не регламентированы и решаются лечащим врачом индивидуально. Нерешенным остается вопрос о потенциальной опасности для больных при длительной латентной персистенции HPV h.r.

Цель исследования: Оценка состояния иммунной защиты и иммунорегуляции у больных с субклиническими и латентными формами HPV h.r., обоснование проведения и оценка эффективности проведенной иммуномодулирующей терапии.

При скрининговых исследованиях использовались ПЦР–наборы для детекции HPV h.r. (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52) производства ООО НПФ «Генлаб» (Москва). У 969 пациенток КВД, обследованных нами в 2005–2008 гг. выявлено 279 случаев инфицированности HPV h.r. (28,8 ± 2,1%). Как моноинфекция и в латентной форме заболевание выявлено у 11% больных (32 пациентки). Для изучения иммунного статуса и оценки состояния иммунорегуляции были проведены исследования, выявившие у 22 женщин (70%) изменения, характерные для инфекционного иммунодефицита: снижение количества иммунокомпетентных клеток, дисбаланс продукции интерлейкинов ИЛ1β и ФНОα (сывороточные концентрации, спонтанная и индуцированная продукция), снижение клеточных защитных реакций. Похожие результаты были получены нами ранее у больных с бактериальными ИППП (2001). У 10 пациенток с HPV h.r. нарушений не выявлено или выявлены незначительные сдвиги, не интерпретируемые как состояние иммунодефицита. Проведение терапии, дифференцированной в соответствии с характером выявленных иммунных нарушений, привело у 21 пациентки (95,5 ± 4,3%) исследуемой группы к стойкой элиминации HPV h.r., подтвержденной мониторинговыми ПЦР–исследованиями, и частичной нормализации показателей иммунограммы. Таким образом, проведение обоснованной иммуномодулирующей терапии у пациенток с субклиническим и латентным течением HPV h.r. может являться эффективным инструментом санации и профилактики HPV–ассоциированных осложнений.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

КАТХАНОВА О.А., КАТХАНОВ А.М., ТЛИШ М.М.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Рост заболеваемости генитальными вирусными инфекциями среди сексуально-активных лиц молодого возраста, развитие воспалительных заболеваний мочеполовых органов, вызывающих нарушение репродуктивной функции, импотенцию, бесплодие, неопластические процессы определяют не только медицинскую, но и огромную социальную значимость данной проблемы. Несмотря на углубленное изучение закономерностей репликации вирусов в пораженной клетке, клиническая практика еще не располагает лекарственными препаратами, обеспечивающих гарантированное выздоровление. В этой связи необходимо осуществлять первичную и вторичную профилактику данной группы заболеваний. С целью совершенствования лечения больных с вирусными инфекциями и изучения возможностей их предупреждения на кафедре дерматовенерологии КГМУ был апробирован комплексный метод терапии данной патологии, включающий этиопатогенетическую терапию (ациклические нуклеозиды при генитальном герпесе и индол-3-карбинол при папилломавирусной инфекции). Для профилактики рецидивов и восстановления местного иммунитета использовали лекарственную форму виферон-гель наружно на область слизистых полости рта и гениталий в течение месяца. В рамках данного исследования на основе добровольного согласия, соблюдении принципов анонимности для изучения эффективности, безопасности и переносимости виферон-геля вошли женщины «рискованного» поведения с микст-формами ИППП, которым в течение 4 месяцев проводились плановые медицинские осмотры. Вирусные инфекции с клиническими проявлениями отмечены у 14,8% женщин. Экстрагенитальные формы — орофациальный герпес — 9,3%, ларингеальный папилломатоз — 1,7%. Топическое использование препарата для обработки слизистых у обоих половых партнеров при орогенитальных контактах позволяет повысить местный иммунитет, создать дополнительную защиту, препятствовать проникновению вирусов. Санация большинства «сексуальных тружениц», настоятельные рекомендации необходимости использования барьерной контрацепции, использование виферон-геля существенно снизили риск распространения и инфицирования вирусами. Использование вышеперечисленных средств в комплексе позволило существенно повысить качество терапии и добиться стабильной ремиссии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛАВОМАКС И АЦИКЛОВИР У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

КУЗНЕЦОВА Ю.Н., ГЕРАСИМОВА Н.М.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Монотерапия рецидивирующего генитального герпеса ациклическими нуклеозидами во многих случаях не позволяет увеличить межрецидивный период. Комплексный терапевтический подход в значительной степени повышает клиническую эффективность лечебных мероприятий у таких пациентов.

Целью нашего исследования была оценка эффективности противорецидивной терапии препаратом Лавомакс, таблетки (производства ОАО «Нижфарм», Россия) в составе комплексной терапии больных часто рецидивирующим генитальным герпесом в сравнении с эффективностью супрессивного лечения ацикловиром. В исследовании участвовали 30 женщин в возрасте от 22 до 42 лет, страдающих рецидивирующим генитальным герпесом. Из них 15 пациенток включены в группу, для лечения которых применялась стандартная терапия ацикловиром в режиме эпизодической (5 дней для купирования текущего рецидива) и супрессивной терапии (для предупреждения следующих рецидивов) в течение 2 месяцев (контрольная — 2-я группа); 15 пациенток для лечения генитального герпеса также использовали ацикловир (5 дней для купирования текущего эпизода) и для предупреждения следующих рецидивов Лавомакс (Тилорон) тоже в течение 2 мес. (исследуемая — 1-я группа). У пациенток, получавших противорецидивную терапию ацикловиром, количество рецидивов в течение года снизилось в 1,5–2 раза — у 6 женщин (40,0%), лишь у 1 (6,7%) пациентки — в 2–3 раза и у 8 (53,3%) пациенток рецидивы развивались с прежней периодичностью. Тогда как у женщин, получавших противорецидивную терапию Лавомаксом, число рецидивов снизилось в 1,5–2 раза — у 3 женщин (20,0%), в 2–3 раза у 7 пациенток (46,7%) и лишь у 4 (26,7%) пациенток осталось прежним. Необходимо также отметить, что 13 пациенток первой группы отметили уменьшение тяжести течения следующих рецидивов (отсутствии общих симптомов и температурной реакции). На уменьшение выраженности и/или отсутствие субъективных ощущений, таких как зуд, жжение, дискомфорт, парестезии, диспареуния указали 10 (66,7%) пациенток. Длительность же текущего рецидива у пациенток первой группы сократилась с 6,6 дня до 4,1 (у 13 из 14 пациенток, у которых были отмечены рецидивы генитального герпеса).

Таким образом, противорецидивный 2-месячный курс Лавомакса оказался высоко эффективным в предупреждении рецидивов генитального герпеса по сравнению с таким же курсом ацикловира, а следующие рецидивы, если и развивались, были менее выражены и купировались быстрее, что доказывает необходимость патогенетического подхода к лечению.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА И АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

КУЗНЕЦОВА Ю.Н.

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», г. Екатеринбург

Целью нашего исследования было оценить эффективность различных методов терапии аногенитальных бородавок у женщин.

В исследование были включены 144 пациентки в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст $27,1 \pm 5,6$) с остроконечными кондиломами уrogenитального тракта и аногенитальной области.

Пациенткам 1-й группы (36 женщин) было проведено комплексное лечение кондиломатоза вульвы и/или влагалища путем деструкции разрастаний факелом аргоновой плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом ФОТЕК EA141 и назначения системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии препаратом Панавир. Пациенткам 2-й группы (38 женщин) проведена деструкция разрастаний жидким азотом и назначение системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии препаратом Панавир. В 3-й группе (31 женщина) проведены только деструкции фа-

келом аргоновой плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом ФОТЕК ЕА141. Пациенткам 4-й группы (39 женщин) была проведена только криодеструкция. Разнообразие разрастаний от единичных папул до конгломератов в виде «цветной капусты» обусловило применение нескольких способов воздействия у пациенток I и III групп. При назначении комплексного лечения остроконечных кондилом урогенитального тракта и аногенитальной области, включающего деструкцию и применение системной противовирусной и иммуномодулирующей терапии у пациенток 1-й и 2-й групп, отторжение струпа произошло в течение 3–5 дней у 67 пациенток (90,5%), а через 5–10 дней — у 7 (9,5%). Полная эпителизация наступила в течение 7–14 дней у большинства женщин 1-й и 2-й групп (90,5%). Кроме того, у пациенток 3-й и 4-й групп, получавших только деструктивную терапию, чаще было отмечено присоединение вторичной бактериальной инфекции (у 6 из 70 женщин (8,6%), что приводило к увеличению сроков эпителизации.

Таким образом, комплексная терапия остроконечных кондилом аногенитальной области с использованием метода аргоноплазменной абляции в сочетании с системной и местной противовирусной и иммуномодулирующей терапией препаратом Панавир позволяет добиться полного регресса высыпаний, может быть проведена в амбулаторных условиях с минимальным обезболиванием, комфортна для пациентов и легко воспроизводима в учреждениях практического здравоохранения.

АССОЦИАЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

КУЗНЕЧЕНКОВА Т.В., ЛЫСЕНКО О. В., ИГЛИКОВ В.А.

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

Инфекцию, ассоциированную с генитальными микоплазмами, лишь условно можно отнести к заболеваниям, передаваемым половым путем. Генитальные микоплазмы выявляются у 15–80% сексуально активных женщин, существенно возрастая по частоте обнаружения с увеличением числа их половых партнеров. Актуальным вопросом является определение значимости урогенитальных микоплазм в клинически выраженном воспалительном процессе.

Материалы и методы: Нами были обследованы 168 женщин различных социальных слоев, обратившихся на прием с различными жалобами. Методами идентификации возбудителя являлись ПЦР и тест–система MYCOPLASMA DUO, позволяющие не только производить видовую идентификацию, но и определять количество возбудителя. Среди 168 женщин — 136 (80,9%) составили первую социально адаптированную группу, 32 (19,1%) — вторую группу социально неадаптированных пациенток. Среди больных первой группы Ureaplasma urealyticum была выявлена всего у 38,2% случаев, т. е. у 52 человек, тогда, как во второй группе обнаруживалась у 62,5% больных. В первой группе (социально–адаптированные женщины) моноинфекция уреоплазмой обнаружена у 16 человек (30,7%). У 20 пациенток (38,4%) Ur. urealyticum сочеталась с Chlamydia trachomatis; у 6 (11,5%) — с Mycoplasma hominis, у 3 (5,7%) — с вирусом папиллом человека (ВПЧ). У 8 (15,3%) обследованных заболевание было вызвано ассоциацией из трех возбудителей — Ur. urealyticum, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, у 4 обследованных (7,6%) — Ur. urealyticum, Chlamydia trachomatis и ВПЧ. Во второй группе из 32 социально неадаптированных женщин моноинфекция выявилась всего у 2 пациенток (6,6%). Среди микробных ассоциаций встречалось сочетание Ur. urealyticum с Ch. Trachomatis у 10 (33,3%), с Mycoplasma hominis — у 4 (13,3%), сочетание трех инфекций — у 4 (13,3%). Изучая степень обсемененности возбудителем, мы установили, что в первой группе, высокая степень обсемененности (более 10^4 КОЕ/мл) была обнаружена у 32 пациенток (61,5%), низкая (менее 10^3 КОЕ/мл) — у 4 (7,6%). Среди социально неадаптированных женщин, имеющих более 10 половых партнеров, высокая степень обсемененности (более 10^4 КОЕ/мл) обнаружена у 28 больных (93,3%), низкая (менее 10^3 КОЕ/мл) — у 2 (6,6%). У ВИЧ–инфицированных женщин высокая степень обсемененности Ur. urealyticum (более 10^4 КОЕ) выявлена у 98% обследуемых. При анализе жалоб обследованных женщин установлено, что основными были белые выделения без запаха и боли внизу живота, хотя часть женщин считали себя здоровыми. Среди больных с моноинфекцией Ur. urealyticum высокой степени обсемененности (более 10^4 КОЕ/мл) субъективные изменения были более выраженными. Только 3 женщины данной группы считали себя здоровыми. У 45% больных с обсемененностью уреоплазмой более 10^4 КОЕ/мл в анамнезе наблюдался цистит. Кроме того, 5 пациенток (33,3%) отмечали обильные выделения без запаха, 3 (20%) — тянущие боли внизу живота, 2 (13,3%) — дизурические явления, 1 (6,6%) — боли и выделения. Среди пациенток с моноинфекцией Ur. urealyticum активность воспалительного процесса была менее значительной по сравнению с женщинами, у которых уреоплазма сочеталась с другими микроорганизмами. У большинства женщин с низкой степенью обсемененности возбудителем клинических изменений не отмечено. Напротив, при высокой степени обсемененности (более 10^4 КОЕ/мл) кроме кольпита (6 человек, 40%), цервицита (5 человек, 33,6%), отмечался уретрит (2 человека, 13,3%) и цистит (2 человека, 13,3%). Таким образом, анализируя соотношение количества возбудителя и клиническую картину, можно сказать, что воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта чаще связаны с высокой степенью обсемененности урогенитальными микоплазмами, частота выделения которых зависит от сексуальной активности пациентки.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ЕЕ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ЛАВОМАКС

ЛЕТЯЕВА О.И.

НИИ иммунологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздора», г. Челябинск

Вирусу папилломы человека принадлежит существенная роль в развитии воспалительных заболеваний гениталий. При заражении ВПЧ клинические проявления патологического процесса обусловлены типом вируса и индивидуальными особенностями организма–хозяина. Часто инфицирование заканчивается спонтанным выздоровлением, но в 10–15% случаев инфекция приобретает хронический характер. Персистенция ВПЧ высокого онкогенного риска — главный фактор в развитии злокачественных аногенитальных заболеваний. Возможность элиминации вируса зависит от состояния иммунной системы организма человека, в свою очередь вирусы сами инициируют развитие иммунодефицита, что приводит к длительной персистенции и рецидивам заболевания. Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей локальной защиты шейки матки у женщин с персистирующей папилломавирусной инфекцией и возможность ее коррекции. Было обследовано 28 женщин детородного возраста, средний возраст $27 \pm 2,6$ года. Всем было проведено тестирование на наличие ДНК ВПЧ (16,18,31,33 типы) методом ПЦР. Первую группу составили 18 женщин с отрицательным ВПЧ–тестом, не имеющие клинических, кольпоскопических и цито–

логических изменений. Вторую группу составили 10 пациенток, у которых был выявлен ВПЧ. Диагноз персистирующей ПВИ был подтвержден повторным выявлением ДНК ВПЧ через 5 месяцев при отсутствии клинических, цитологических и кольпоскопических изменений. Для оценки иммунологических показателей исследовалась цервикальная слизь. Определялось общее количество лейкоцитов, абсолютное и относительное содержание жизнеспособных клеток, оценивали лизосомальную, фагоцитарную, НСТ–функцию полиморфноядерных лейкоцитов. Установлено, что у женщин с персистирующей ПВИ доминирующим был ВПЧ16 типа (70%). При иммунологическом обследовании выявлено достоверное повышение общего количества лейкоцитов, абсолютное и относительное содержание жизнеспособных клеток, спонтанной и индуцированной НСТ–активности, снижение фагоцитарной функции и уровня интерферонов по сравнению с практически здоровыми. Все 10 женщин получали Лавомакс по схеме 0,125 г два дня подряд, затем по 0,125 г через 48 часов № 10. Побочных эффектов при приеме препарата не наблюдалось. Контрольное обследование было проведено через 1,5–2 месяца и через 6 месяцев после окончания лечения. У 9 пациенток (90%) ВПЧ не обнаруживался. У 1 женщины ВПЧ не был выявлен при осмотре через 2 месяца, но был обнаружен при визите через полгода. При оценке локального иммунологического статуса выявлено снижение общего количества лейкоцитов, нормализация показателей их функциональной активности. Таким образом, использование Лавомакса в лечении персистирующей папилломавирусной инфекции является обоснованным. Высокая комплаентность и клиническая эффективность позволяют рекомендовать Лавомакс как препарат выбора для лечения персистирующей ПВИ.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

ЛЕЦКАЛЮК Ю.Ф., ПЕТРУСЕНКО Э.И., БИКМАМБЕТОВА И.И.

Клиника мужского и женского здоровья, г. Оренбург

Возбудителем аногенитальных бородавок (АГБ) является вирус папилломы человека (ВПЧ) чаще всего 6 и 11–го типов. Хотя данные типы ВПЧ относят к низкому онкологическому риску, но в сочетании с другими инфекциями урогенитального тракта (генитальный герпес, трихомоноз, гонококковая, хламидийная инфекция) повышается риск развития онкологических заболеваний, особенно цервикального рака. Эффективность лечения ВПЧ определяется своевременным проведением диагностических мероприятий, назначением адекватного комплексного лечения, профилактикой рецидивов, динамическим наблюдением за пациентами.

С 2006 года по февраль 2009 года лечение по поводу АГБ в нашей клинике получили 43 пациента. Возраст больных, находившихся на лечении, от 18 до 47 лет. Среди обратившихся пациентов мужчин было 29 (67,4%), женщин — 14 (32,6%). Клинический диагноз подтверждался обнаружением ВПЧ 6 и 11–го типов. Для идентификации вируса применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием прибора Mini–Opticon Real–time. Всем больным с АГБ проводилось удаление новообразований под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина с применением радиоволнового хирургического прибора «Ellman surgitron etc», США. Пациенты были разделены на две группы. В первую (основную) группу входили 24 человек, которым проведено только радиохирургическое иссечение АГБ. Во вторую (контрольную) группу вошли 19 человека, которым было проведено комплексное радиохирургическое лечение в сочетании с иммуномодулирующей терапией. В качестве иммуномодулятора применялся Изопринозин производства фирмы ТЕВА (Венгрия) — иммуностимулирующее средство, обладающее и противовирусным действием. Терапия проводилась по следующей схеме: 50 мг/кг/сут в 3 приема в течение 5 дней, далее с 3–кратным повторением указанного курса с интервалами в 1 мес. Радиохирургическое лечение проводилось после окончания первого курса лечения изопринозином.

Пациенты перед оперативным лечением были обследованы на сифилис, ВИЧ–инфекцию, гепатиты В и С, генитальный герпес и урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем.

У 29 пациентов (67,4%) были выявлены сопутствующие возбудители урогенитальных ИППП: в 11 случаях — *Ch. trachomatis*, в 9 — *T. vaginalis*, в 7 — *U. urealiticum*, в 3 — *M. genitalium*, в 3 — *N. gonorrhoeae*. У 4 больных были сочетанные ИППП. При выявлении урогенитальных ИППП проводилась специфическая антибактериальная терапия с последующим контрольным тестированием.

Следует отметить, что полная эпителизация в контрольной группе наступала через 11–17 дней, т.е. на 5–7 дней раньше, чем в основной группе. Последующее наблюдение за больными осуществлялось в течение 6 месяцев. У 9 (20,9%) пациентов основной группы в ближайшие сроки отмечены рецидивы заболевания, которых не было ни в одном случае в контрольной группе.

Таким образом, полученные нами данные позволяют считать, что удаление АГБ радиоволновым скальпелем «Ellman surgitron etc» в сочетании с изопринозином дает стойкий эффект, сокращает сроки лечения, предотвращает возникновение рецидивов.

При выявлении АГБ пациенты обязательно должны обследоваться и на другие ИППП.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО–ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА МУЖЧИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ЛИПОВА Е.В., БАТКАЕВ Э.А., ВИТВИЦКАЯ Ю.Г., ЧЕКМАРЕВ А.С., БАБАЕВ О.Р.

Курс лабораторной диагностики и лабораторной микологии при кафедре дерматовенерологии и клинической микологии ГОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Цель: Изучить особенности клинического течения инфекционно–воспалительных заболеваний урогенитального тракта мужчин на современном этапе.

Материалы и методы: Обследован 91 пациент среднего возраста 29,3 года, обратившийся в КВД г. Москвы с лечебной или профилактической целью. Методы обследования пациентов включали данные клинического осмотра и комплекс лабораторных исследований.

Результаты: На момент первичного осмотра разнообразны жалобы со стороны мочеполовой системы предъявляли более половины больных (59; 64,8%). У пациентов, обратившихся с жалобами (59; 100%), наиболее часто регистрировались зуд и/или жжение в области уретры (40; 67,8%), незначительные или скудные выделения из мочеиспускательного канала почти у трети пациентов (18; 30,5%), с такой же частотой регистрировались разнообразные нарушения мочеиспускания (18; 30,5%). Такие жалобы как неприятный запах, налет в области головки полового члена значительно реже — 11,8% и 5,1%, соответственно. На момент клинического осмотра выраженная клиническая симптоматика отмечалась только у 3 (5,1%) мужчин, стертые формы

течения инфекционно–воспалительного процесса регистрировались у 56 (94,9%) пациентов. Отсутствие выраженной клинической симптоматики в значительной степени затрудняет своевременную клиническую диагностику, что в свою очередь не дает возможности выявить заболевания урогенитального тракта мужчин на ранних стадиях, назначить пациенту соответствующее лабораторное обследование и, как следствие, своевременно провести адекватную этиологически направленную терапию до развития осложнений. В результате клинического объективного обследования у 43 (72,9%) пациентов был диагностирован уретрит, баланопостит в 16 (27,1%) случаях. Очевидно, что баланопостит встречается значительно реже в сравнении с воспалительными заболеваниями уретры у мужчин. Методом ПЦР РВ инфекционные агенты были обнаружены у 55 (60,4%) мужчин как предъявлявших жалобы, так и обратившихся с профилактической целью. Среди выявленных облигатных патогенов преобладали вирусы (34; 61,8%); несколько реже были идентифицированы облигатные бактериальные патогены и простейшие (22; 40%), сочетание вирусов и бактерий обнаружено у 7 (12,7%) пациентов.

Таким образом, в структуре урогенитальных инфекций мужчин стертые или инapparантные формы составляют 84,6% (n = 77), уретрит развивается в 2,7 раза чаще баланопостита, облигатные патогены выявляются с одинаковой частотой у пациентов с клиникой воспаления и без нее, в 61,8% превалируют вирусные инфекционные агенты.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО–ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ЛИПОВА Е.В., ВИТВИЦКАЯ Ю.Г., ЧЕКМАРЕВ А.С.

Курс лабораторной диагностики и лабораторной микологии при кафедре дерматовенерологии и клинической микологии ГОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Цель: Изучить особенности клинического течения инфекционно–воспалительных заболеваний урогенитального тракта женщин на современном этапе.

Материалы и методы: Обследованы 123 (100%) женщины в возрасте от 18 до 45 лет, обратившиеся в КВД с лечебной или профилактической целью. Методы обследования пациентов включали клинический осмотр и комплекс лабораторных исследований.

Результаты: Установлено, что большинство женщин 87 (70,7%) обратились с разнообразными жалобами со стороны урогенитального тракта, с целью профилактического осмотра — 36 (29,3%).

Анализ клинико–анамнестических данных позволил установить диагноз острого течения инфекционно–воспалительного процесса у 29 (23,6%) женщин, однако превалировала хроническая форма течения заболевания (77; 62,6%). Жалобы со стороны урогенитального тракта предъявляли 70,7% женщин. В 69,9% (n = 75) жалобы на выделения, из них в 33,3% — незначительные, в 19,5% — умеренные, 18,1% — выраженные. Наиболее часто воспалительный процесс локализовался в области эндоцервикального канала (29; 23,6%), значительно реже во влагалище (11; 8,9%) и уретре (1; 0,8%), одновременно в патологический процесс было вовлечено 2–3 отдела мочеполовой системы в 27,6% (n = 34) случаев. Почти у половины (62; 50,4%) женщин воспалительный процесс был незначительной степени выраженности, умеренной — у 11 (8,9%), выраженной — у 2 (1,6%). Методом ПЦР РВ облигатные патогены были обнаружены у 71 (57,7%) женщины, из них у 50,4% отмечались симптомы воспаления, а у 7,3% клиника отсутствовала. Инфекционные агенты преимущественно были представлены вирусами (52; 42,3%), облигатные бактериальные патогены и простейшие идентифицированы у незначительного числа больных (5; 4,1%), сочетание последних обнаружено почти у каждой десятой женщины (14; 11,3%). Установлено, что в 32,5% при обнаружении облигатных патогенов во влагалище последние были выявлены и в других отделах мочеполовой системы. Особого внимания заслуживают пациентки (31; 25,2%), у которых при отсутствии патогена в отделяемом влагалища, он был выявлен в уретре и/или цервикальном канале шейки матки и/или ампуле прямой кишки.

Таким образом, в структуре урогенитальных инфекций женщин преобладают хронические и малосимптомные формы, отмечается многоочаговость инфицирования, что свидетельствует о необходимости исследования отделяемого всех возможных отделов инфицирования мочеполовой системы и проведения комплексного клинико–лабораторного обследования пациенток вне зависимости от степени выраженности клинической симптоматики.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА (ГЕЛЬ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

НЕПОМНЯЩАЯ Т.И.

СПб ГУЗ КВД № 2, г. Санкт–Петербург

Цель исследования: Оценить эффективность и переносимость препарата Виферон (гель для местного применения) в комплексном лечении генитальных бородавок.

Материалы и методы: В течении 6 месяцев было проведено наблюдение 30 пациентов в возрасте 25 ± 5 лет, обратившихся в КВД № 2 по поводу генитальных бородавок. В исследование включались пациенты с множественными элементами размером от 0,2 до 1 см. Пациенты были рандомизированы методом «простой монеты» на контрольную группу, получавшую Виферон–гель в состав комплексной терапии, и группу сравнения, получавшую стандартную терапию. В обеих группах генитальные бородавки были удалены методом криодеструкции. Сеансы криотерапии проводились в количестве от 2 до 6 в зависимости от площади поражения. В качестве стандартной терапии использовалась местная обработка 5% водным раствором перманганата калия. Также всем пациентам назначался Виферон 500 000 МЕ (суппозитории) дважды в сутки в течении 10 дней. В контрольной группе Виферон (гель) назначался в следующем режиме: аппликации геля (3 раза в сутки) на область обработанных элементов начиная с 2–го дня после криодеструкции в течении 7–10 дней.

Результаты: В контрольной группе болевые ощущения, чувство жжения в области дефекта исчезали ко 2–му дню после удаления. В группе сравнения они сохранялись до 3–4 дней.

Сроки эпителизации эрозий в контрольной группе ускорялись в среднем на 3 дня по сравнению с группой сравнения. Присоединение вторичной инфекции в области удаления в обследуемой группе не наблюдалось. В контрольной группе вторичное инфицирование наблюдалось в 2 случаях. Через 6 месяцев после лечения рецидивов генитальных бородавок в обеих группах не отмечалось. Побочных эффектов при применении Виферона (гель) отмечено не было.

Выводы: Виферон–гель показал высокую эффективность при лечении генитальных бородавок. Виферон–гель хорошо переносится и может быть рекомендован в комплексной терапии генитальных бородавок с целью снижения болевого симптома, ускорения сроков эпителизации и профилактики вторичного инфицирования после криодеструкции.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ЛАВОМАКС У ЖЕНЩИН С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

ЛЕТЯЕВА О.И., ГИЗИНГЕР О.А.

НИИ иммунологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», г. Челябинск

Проведена оценка влияния препарата Лавомакс на состояние микробиоценоза влагалища и шейки матки у женщин с микоплазменной инфекцией. На клинико–лабораторном наблюдении находились 82 пациентки в возрасте от 19 до 40 лет. Для постановки диагноза были использованы методы микроскопический, бактериологический (посев на среду Сабуро, Блаурока, среду МРС), ПЦР. До лечения микрофлора влагалища и шейки матки представлена: *St. Epidermidis*, *E. coli*, *Klebsiella*, *St. saprofiticus* в количестве 10^5 – 10^7 КОЕ/мл, *S. albicans* 10^2 – 10^7 КОЕ/мл, лакто–бифидобактерии либо отсутствовали, либо их титр не превышал 10^6 КОЕ/мл, микоплазмы обнаруживались в титре $\geq 10^4$ КОЕ /мл. Пациентки были разделены на 2 группы, не имеющие выраженных отличий по анамнестическим, клиническим и лабораторным данным. В первую группу вошли 52 пациентки. Они получали стандартную базисную антибактериальную терапию и препарат Лавомакс по схеме 0,125 г в течение двух дней, затем по 0,125 г с интервалом 48 часов. Вторая группа, состоявшая из 30 женщин, лечилась только антибактериальными препаратами. Результат оценивали сразу после окончания курса лечения и через 1,5 месяца после его окончания. В первой группе сразу после лечения отмечалось снижение роста условно–патогенной флоры, лактобифидобактерии не обнаруживались. Во 2–й группе количество условно–патогенной флоры не менялось, лактобифидобактерии не обнаруживались. При контрольном обследовании через 1,5 месяца в первой группе лактобифидобактерии достигали концентрации 10^6 КОЕ/мл и выше, а численность условно–патогенной флоры не превышала 10^3 КОЕ/мл. Уреамикоплазмы были выявлены в титре $\geq 10^4$ КОЕ/мл у двух женщин. Микрофлора в контрольной группе после окончания лечения была представлена *St. saprofiticus*, *St. aureus*, *Klebsiella*, *Mobiluncus* в титрах, превышающих 10^4 – 10^5 КОЕ/мл, лактобифидобактерии $\leq 10^3$ КОЕ/мл, *S. albicans* $\geq 10^3$ КОЕ/мл, микоплазмы были выявлены в титре $\geq 10^4$ КОЕ/мл у 5 пациенток. Таким образом, использование в комплексной терапии микоплазменной инфекции иммуномодулятора Лавомакс позволяет не только эффективно бороться с этиологическим агентом, но и стимулирует восстановление нормальной микрофлоры, подавляя рост условно–патогенной микрофлоры.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ С УЧЕТОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОБИОТЫ К АНТИМИКОТИКАМ

ОСИПОВА Л.В., БОРИСОВА Л.А., БОРИСОВА М.Ф., ОРЛОВ Е.В.

ДВО ММУ ГП№ 9, г. Самара

Под наблюдением находились 58 женщин в возрасте от 17 до 54 лет. Этиологический диагноз кандидозной инфекции верифицирован на основании результатов лабораторного обследования — микроскопии мазков, окрашенных метиленовым синим и по Граму. Видовой состав возбудителя определяли используя среду для селективной изоляции *Candida* spp.– Кандиселект. Чувствительность к антифунгальным препаратам определяли методом Фунгитест. Дополнительные лабораторные исследования на ИППП дали отрицательный результат. Результаты обследования: *Candida albicans* выделены у 41 чел., *Candida glabrata* — у 5 чел., *Candida tropicalis* — у 1 чел., *Candida crusea* — у 1 чел. У 10 чел. не было роста на питательной среде. Таким образом, мы получили положительные результаты теста у 48 женщин. При определении чувствительности к антимикотикам мы получили следующее: к 5 Флюороцитазину чувствительны 38 образцов грибов, к Амфотерицину В — 37, к Миконазолу — 27, к Кетоконазолу — 26, к Итраконазолу — 17, к Флюконазолу — 25. Промежуточная чувствительность к Амфотерицину В — 2 образца, к Миконазолу — 11, к Кетоконазолу — 10, к Итраконазолу — 10, к Флюконазолу — 4, к 5 Флюороцитазину — образцов с промежуточной чувствительностью не было. Устойчивые формы: к 5 Флюороцитазину — 8 образцов, к Амфотерицину В — 7, к Миконазолу — 8, к Кетоконазолу — 10, к Итраконазолу — 18, к Флюконазолу — 17. С учетом чувствительности 25 женщин лечились флюконазолом, 11 — итраконазолом, 8 — миконазолом, 4 — препаратом группы полиенов. Основной курс лечения длился 14 дней, затем женщины получали противорецидивную терапию соответствующим антимикотиком в течение 3–4 менструальных циклов. После окончания курса лечения (4–6 месяцев) в 44 случаях (91,67%) результаты контрольного бактериологического исследования были отрицательными.

Вывод: Проведённое исследование позволило установить отчетливую связь успешного лечения больных хроническим рецидивирующим урогенитальным кандидозом с предварительным обследованием на видовую принадлежность грибов рода *Candida* spp. и их чувствительности к антимикотикам.

СВЕЧИ ПАНАВИР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

ПЕРЛАМУТРОВ Ю.Н., ЧЕРНОВА Н.И.

МГМСУ, г. Москва

Цель: Определение эффективности свечей Панавир в лечении пациентов с ПВИ.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 больных с рецидивирующей папилломавирусной инфекцией в возрасте от 20 до 40 лет, с давностью заболевания от 10 до 24 месяцев.

Пациенты, включенные в исследование, имели жалобы на образования в области наружных половых органов. При исследовании соскобов из урогенитального тракта при помощи ПЦР и ПЦР *real time* у всех больных выделены ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска в клинически значимом титре. При этом у 3 женщин обнаружено 4 типа вирусов, у 9 больных — 3 типа, у 7 пациентов — 2 типа и у 11 исследуемых — по 1 типу. Наиболее часто выделялся 16–й тип — в 22 случаях, 52–й тип — в 17 и 33–й тип — в 11. При осмотре отмечались множественные кондиломы с экзофитным ростом.

Больным назначили Панавир по 1 суппозиторию ректально на ночь. Процедура повторялась через день — 5 свечей на курс.

Результаты: На 5-й день лечения отмечалось уменьшение количества кондилом у 14 пациентов.

После удаления вегетаций хирургическим лазером период заживления занял в среднем 5–7 дней. При наблюдении за больными в течение 60 дней после проведенного лечения ремиссия наблюдалась у 29 больных. При исследовании соскобов из урогенитального тракта при помощи ПЦР и ПЦР *real time* через 2 месяца после лечения ДНК ВПЧ в клинически значимом титре выделялась у 4 больных.

Выводы: Использование свечей в монотерапии способствовало уменьшению количества вегетаций у 14 больных.

Применение Панавира в комплексной терапии ПВИ ускоряло эпителизацию слизистой после лазерной деструкции кондилом у 27 пациентов.

Высокая клиническая эффективность и безопасность, хорошая переносимость и комфортность использования свечей Панавир, отмеченные у абсолютного числа пролеченных пациентов, позволяют рекомендовать препарат к широкому применению в терапии ПВИ.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ КАНДИДОЗНО-БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

ПЕРЛАМУТРОВ Ю.Н., ЧЕРНОВА Н.И., ГУЛЬТЯЕВ М.М.

МГМСУ, г. Москва

Цитокиновый статус организма важно оценивать в качестве прогностического критерия развития инфекционно-воспалительного процесса. Диагностическая значимость оценки уровня концентрации цитокинов заключается в констатации самого факта её повышения или понижения, причем для оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания целесообразно определять концентрацию как про- так и противовоспалительных цитокинов.

Цель исследования: Изучение показателей системного и локального цитокинового профиля у женщин с бактериально-вирусной инфекцией гениталий.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 125 женщин сексуально активного репродуктивного возраста с урогенитальным кандидозом, хламидиозом, трихомониазом в сочетании с папилломавирусной, цитомегаловирусной инфекциями и генитальным герпесом. Давность микст-инфекции от 6 месяцев до 3 лет. У всех пациенток отмечалось затяжное вялотекущее течение ВЗОМТ. Изучали содержание воспалительных и противовоспалительных цитокинов: в сыворотке крови — Альфа-ФНО, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-13, в смывах отделяемого из влагалища — ИЛ-4, ИЛ-6, ИНФ- α . Исследование проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты: Изучение экспрессии цитокинов выявило существенные изменения системного и локального профиля. У обследованных пациенток в сыворотке крови выявлено снижение уровня ИЛ-2, ИЛ-10, ИЛ-12, увеличение содержания Альфа-ФНО, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-13. В локальных смывах отмечалось повышение ИЛ-4 ($7,12 \pm 1,14$ пг/мл), ИЛ-6 ($37,4 \pm 0,75$ пг/мл) и снижение ИНФ- α $23,4 \pm 2,23$ пг/мл.

Выводы: У больных с восходящей бактериально-вирусной инфекцией отмечается выраженный дисбаланс в системе цитокинов, что может стать причиной активизации цитомегаловирусной и папилломавирусной инфекций, а также дальнейшей хронизации ВЗОМТ, ассоциированных с микстинфекцией. Мониторинг концентраций различных цитокинов и их соотношения позволит выявить тип иммунного ответа организма на заболевание и индивидуально подходить к назначению адекватной противовоспалительной и иммунокорректирующей терапии.

ЦИТОКИНЫ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ИППП

ПОЛОНСКИЙ В.О., ЕРШОВ Ф.И.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, г. Москва

К числу важнейших факторов естественного и адаптивного иммунитета относится система интерферона и других цитокинов. ИППП различной природы сопровождаются продукцией ряда провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, мониторинг которых позволяет судить о тяжести этих заболеваний, их течении и исходах, а также об эффективности проводимой терапии. Наибольшую информативную значимость при ИППП, как это показано в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях, имеют такие цитокины, как ИНФ- α , ИНФ- γ , ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-18 и ФНО- α . Так например, ИНФ- γ , ИЛ-1 β , ФНО- α принадлежит решающая роль в противодействии хламидийной инфекции, при этом развитие персистирующей хламидийной инфекции напрямую зависит от изменения концентрации ИФН- γ . Несколько иные закономерности наблюдаются при анализе цитокинового статуса при других ИППП. В настоящее время существуют разнообразные методологические подходы к определению уровней цитокинов в сыворотке и плазме крови, эякуляте, цервикальном секрете. Для детекции цитокинов наиболее широко применяется метод иммуноферментного анализа (ИФА). Для исследования биологической активности интерферонов применяется метод интерферонового статуса, а для оценки функциональной активности клеток крови применяют индукционные методики с использованием митогенов и индукторов цитокинов. В наших исследованиях апробирована и внедрена стандартизированная методика оценки функционального состояния клеток крови поликлональными активаторами в системе *ex vivo*, с помощью набора реагентов «Цитокин-Стимул-Бест» (ЗАО «Вектор-Бест»). Показано, что для оценки цитокинового статуса целесообразно использовать панель из 10 наиболее информативных цитокинов. С помощью метода ИФА определяются цитокины врожденного (ИНФ- α , ИНФ- γ , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18 и ФНО- α) и адаптивного иммунитета (ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-10). Полученные нами результаты подтверждают значимость определения уровня цитокинов для оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии. Следует особо подчеркнуть, что уровни тестируемых цитокинов зависят от конкретной формы патологии, что необходимо учитывать при анализе полученных результатов. При этом следует обязательно проводить сопоставление результатов лабораторного тестирования с клиническими данными. Для коррекции нарушений естественного и адаптивного иммунитета при ИППП дополнительно к традиционной терапии целесообразно использовать иммунокорректоры, объективным критерием контроля эффективности которых является мониторинг смысловых, наиболее информативных цитокинов.

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ *T. VAGINALIS* ПРИ КОНТАКТЕ С КЛЕТЧНЫМ МОНОСЛОЕМ

РАЗДОЛЬСКАЯ Н.В., ИВАНОВ А.М., ГАВРИЛОВА О.В., КРИВОРУЧКО А.Б., ЗАСЛАВСКИЙ Д.В.

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

В настоящее время мочеполовой трихомоноз лидирует по частоте встречаемости в группе инфекций, передающихся преимущественно половым путем. Общероссийские данные свидетельствуют о заболеваемости трихомонозом, более 300 человек на 100000 населения. Сложность лабораторной диагностики создает наличие в клиническом материале различных морфологических форм *T. vaginalis*, не признаваемых многими специалистами в качестве возбудителя. Причина возникновения морфотипов округлой и амебoidalной формы до сих пор не выяснена.

Моделирование инфекционного процесса *in vitro* с использованием клеточных линий (L-41 — костный мозг больного лейкемией и Нер-2 — рак гортани человека) с последующей окраской препаратов по Май-Грюнвальду-Гимзе позволили оценить цитоморфологическую изменчивость *T. vaginalis*. При инокуляции типичных грушевидных, подвижных морфотипов трихомонад в концентрации $2,0 - 3,0 \times 10^8$ кл/мл на конфлюэнтный монослой клеток морфология паразита изменяется: теряется жгутиковая подвижность, редуцируется ундулирующая мембрана, аксостиль не выходит за пределы клетки. Трихомонады формируют псевдоподии, их цитоплазма сильно вакуолизирована. Эти амебoidalные морфотипы активно делятся, но по характеру деления отличаются от грушевидных форм. Амебoidalные морфотипы считаются инфекционной и наиболее вирулентной формой. По мере разрушения монослоя часть амебoidalных форм теряют контакт с клетками и в суспензии появляются округлые, неподвижные, сильно вакуолизированные формы, сохраняющие морфологию амебoidalных форм, но не формирующие псевдоподии. После полного разрушения монослоя *T. vaginalis* прекращает активное деление, и округлая форма переходит в типичную грушевидную форму с ундулирующей мембраной, выраженным аксостилем и с гомогенной цитоплазмой.

Полученные на модели инфекционного процесса *in vitro* данные позволяют описать округлые и амебoidalные морфотипы как инфекционные стадии жизненного цикла. Их морфология варьирует в зависимости от степени прикрепления простейших к клеткам-хозяевам. Наличие округлых клеток в клиническом материале может свидетельствовать о протекании активного инфекционного процесса. Типичные грушевидные формы, появляющиеся при полном разрушении монослоя в эксперименте *in vitro* и, по-видимому, в условиях *in vivo*, могут рассматриваться как расселительная стадия.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.

РЕЗАЙКИН А.В., ЗУБАРЕВ А.Р., РОДИОНОВА Г.В.

ГУ «Городская поликлиника № 220» Департамента здравоохранения г. Москвы, кафедра функциональной диагностики ФУВ РГМУ.

В настоящее время при обследовании больных дерматовенерологического профиля определенное место занимают инструментальные методы исследования, позволяющие более точно установить правильный диагноз, своевременно назначить терапию и осуществлять контроль ее эффективности. Одним из таких методов является ультразвуковая диагностика, которая все больше и больше увеличивает свою роль в разрешении вопросов диагностики в повседневной практике дерматовенеролога. Результаты наших исследований показали, что использование комплексной ультразвуковой диагностики при инфекционно-воспалительных заболеваниях мочеполовой системы у мужчин выявило гемодинамические изменения венозного оттока в простатическом сплетении, что позволило объективно оценить активность воспалительного процесса в предстательной железе и эффективность проводимой терапии. Кроме того, ультразвуковые методы исследования способствовали установлению факторов, обуславливающих нарушение венозной гемодинамики в малом тазу у мужчин, приводящие к формированию резистентности к проводимой терапии, рецидивам заболевания. Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей с применением нагрузочной пробы, прежде всего дистального артериального русла, при онихомикозах, обнаружило скрытые нарушения реактивности микроциркуляторного сосудистого русла, которые послужили основанием для включения в терапию больных ангиопротекторов. Метод «гелевой подушки» в сочетании с полифункциональным ультразвуковым датчиком с частотой сканирования 7—12 МГц, использованный нами при обследовании больных объемными образованиями кожи, позволил избежать финансовых затрат, связанных с приобретением узкоспециализированных высокочастотных датчиков. Эхограммы, получаемые с помощью данной методики, с высокой точностью показали наличие или отсутствие внутридермального распространения новообразования, возможную глубину его инвазии, степень выраженности васкуляризации. Следует отметить, что все вышеперечисленные методики ультразвукового исследования имеют свою кодировку в виде медицинской услуги как в системе обязательного, так и добровольного медицинского страхования. Таким образом, предлагаемые нами методы ультразвукового исследования, предназначенные для обеспечения лечебно-диагностического процесса в деятельности дерматовенеролога, нашли реальную финансовую поддержку и внедрены в работу лечебных учреждений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕРПЕС-ВИРУСОВ ЧЕЛОВЕКА В УРОГЕНИТАЛЬНОМ МАТЕРИАЛЕ БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

ХАЛИДОВА Х.Р., МАНГИТОВ А.К., РАДЖАПОВА Р.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Введение: Герпетическая инфекция — одна из самых распространенных вирусных инфекций, поражающая гениталии человека. Наиболее изученными урогенитальными вирусами являются ВПГ 1 и 2-го типа, ЦМВ. Роль вирусов ВЭБ, ВГЧ 6, 7, 8-го типов в гинекологической и урологической практике остается ещё мало изученной.

Целью данной работы являлось комплексное определение частоты выявления 7 видов герпесвирусов ВПГ 1 и 2-го типа, ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ 6, 7, 8-го типов в урогенитальном материале больных саркомой Капоши (СК).

Материалы и методы: Материалом для исследования служили урогенитальные образцы 40 больных с гистологически установленным диагнозом СК. В работе использовались ПЦР-системы, разработанные в НПФ «Литех».

Результаты и выводы: При проведении ПЦР в 16 (40%) урогенитальных образцах был обнаружен герпес-вирус. При этом моноинфекция была обнаружена в 5 пробах (31,3%), а смешанная инфекция — в 11 пробах (68,7%). Моноинфекция была представлена ВГЧ-8 в трёх случаях, а ВГЧ-6 и ВЭБ по одному случаю соответственно. ЦМВ, ВПГ-1 и ВГЧ-7 обнаружены не были. При выявлении смешанной герпес-вирусной инфекции наиболее часто встречались сочетания ВЭБ и ВГЧ-8 — в 5 образцах (45,4%), а также ВЭБ и ВПГ 2-го типа в 2 образцах (18,2%), ВГЧ-8+ВПГ 2-го типа (9,1%) и ВГЧ-6+ВГЧ-8 (9,1%) по 1 образцу соответственно. Тройное инфицирование зарегистрировано у 2 пациентов с обязательным присутствием ВГЧ-8 (18,2%). Кроме того, было отмечено, что наиболее частым сопутствующим герпес-вирусом являлся ВЭБ.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование частоты встречаемости семи видов герпесвирусов в урогенитальном материале больных СК показало преобладание наименее изученных герпес-вирусов — ВГЧ-8, ВЭБ и ВГЧ-6 не только в виде моноинфекции, но и в сочетании с другими герпес-вирусами. В связи с этим комплексное обследование является необходимым звеном диагностики для изучения роли данных вирусов в урогенитальной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «РОЗАМЕТ» С АППЛИКАТОРОМ

ХАМАГАНОВА И.В., ПИВЕНЬ Н.П., КОВГАНКО И.А.

Кафедра дерматовенерологии лечебного факультета РГМУ (зав. — акад. РАМН, проф. А.А. Кубанова),
КВД № 14 ЗАО г. Москвы (главный врач — Н.П. Пивень)

Под нашим наблюдением находились 30 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с выявленным неспецифическим вульвовагинитом. Всем было проведено ПЦР-исследование с целью исключения инфекций, передаваемых половым путем, общий анализ крови, мочи. За 3 недели до настоящего обследования никто из женщин какого-либо лечения по поводу неспецифического вульвовагинита не получал. К началу исследования все пациентки предъявляли жалобы на зуд разной степени выраженности, жжение, покалывание в очагах поражения, периодически — дискомфорт при мочеиспускании, болезненные ощущения после мочеиспускания. При осмотре выявлялась гиперемия, отечность вульвы и вагины. Крем «Розамет» (1% крем метронидазола) применяли на ночь после местного душа с применением гипоаллергенных моющих средств. Препарат назначали в виде вагинальных аппликаций в дозе 1/3 аппликатора (~1,7 г). Лечение начинали на 8–13-й день менструального цикла. Рекомендованная продолжительность курса лечения составляла 10–15 дней. 3 пациентки по собственной инициативе увеличили дозу препарата до целого аппликатора и использовали «Розамет» соответственно по 5 г в течение 5 дней. 2 пациентки пропустили по одному дню во время курса лечения. Лечение все пациентки переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов отмечено не было. Уменьшение субъективных ощущений было отмечено через 2–3,5 дня от начала терапии. По окончании 10-дневного курса при контрольном осмотре регресс гиперемии, отечности вульвы и вагины был отмечен у 26 пациенток. Повторный контрольный осмотр был проведен через 5 дней по окончании курса терапии кремом «Розамет». Достигнутый эффект сохранялся. Наши исследования позволяют рекомендовать применение крема «Розамет» для терапии неспецифических вульвовагинитов в дозе 1/3 аппликатора (~1,7 г) в течение 10 дней.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ХРЯНИН А.А.

Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава;
Региональная общественная организация «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов», г. Новосибирск

Вирусные инфекции в настоящее время представляют собой наиболее значимую проблему для здоровья человека, учитывая высокую заболеваемость, большое их разнообразие, как правило, пожизненное течение и отсутствие специфического лечения. Поэтому значение первичной профилактики в медицине приобретает важнейшее место в предупреждении вирусных инфекций в глобальном масштабе.

Папилломавирусная инфекция является наиболее распространенной вирусной инфекцией, передаваемой половым путем среди мужчин и женщин во всем мире. Помимо заболеваний (аногениальные бородавки, папилломатоз), которые являются прямым следствием генитальной папилломавирусной инфекции, имеется онкологическая патология, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), и к ней в первую очередь следует отнести рак шейки матки.

Для практикующих специалистов остается актуальным выбор наиболее эффективного и безопасного средства для профилактики и лечения клинических форм ВПЧ. Более 12 лет в качестве лечения и профилактики ВПЧ в России используется спрей Эпиген интим («Хеминова Интернациональ С.А.», Испания) для наружного и интравлагалищного применения. За это время спрей Эпиген интим зарекомендовал себя как средство выбора на фоне деструктивных методов лечения ВПЧ. Спрей содержит активное вещество — активированную глицирризованную кислоту, экстрагируемую из растительного сырья (корня солодки). Противовирусные эффекты детально изучены: так в 90-е годы было установлено, что глицирризиновая кислота прерывает репликацию вирусов на ранних стадиях за счет ингибирования киназы Р. Глицирризованная кислота ингибирует ДНК и РНК вирусов, вызывает инактивацию вирусных частиц, блокирует внедрение активных вирусных частиц через мембрану внутрь клетки, нарушает синтез новых структурных компонентов вирусов. При наружном и интравлагалищном применении Эпиген интим депонирует в очагах поражения, обладает только местным действием, что объясняет высокий профиль безопасности и практически отсутствие противопоказаний.

Помимо выраженного противовирусного действия препарат Эпиген интим спрей обладает иммуномодулирующим эффектом, который проявляется повышением числа и активности Т-лимфоцитов, снижением уровня основных провоспалительных цитокинов: IL-1, IL-6, TNF- α и IFN- γ .

В профилактических целях спрей Эпиген интим наносится до и после полового акта, а также при возникновении провоцирующих факторов: стресс, переутомление, нарушение микрофлоры — 3 раза в день интравлагалищно и наружно на весь период проявления провоцирующих факторов. Для лечения клинических форм ВПЧ Эпиген интим спрей применяется местно и интравлагалищно, по схеме: 3–5 раз в день курсом 7–10 дней. После деструктивных методик Эпиген интим спрей достоверно (в среднем на $2 \pm 0,78$ дня) ускоряет эпителизацию зон поражения, снижает местную воспалительную реакцию.

Таким образом, Эпиген интим — местный иммуномодулятор с комплексным действием. Воздействие активированной глицирризованной кислоты приводит к снижению патологического литического потенциала вирусных агентов и создает длительный защитный эффект.

НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

ЦУРИКОВА Е. Ю.

МЛПУЗ КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

Среди воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы хронический простатит является наиболее распространенным. Страдают чаще мужчины наиболее трудоспособного и репродуктивного возраста. При этом, по оценкам разных авторов, простатит может вызываться вирусами простого герпеса (ВПГ) в 2,9–21,8% случаев. Поскольку рецидивирующая герпетическая инфекция протекает, как правило, на фоне иммунодефицитного состояния, герпетический простатит, помимо лечения противовирусными препаратами, требует назначения медикаментозных средств с иммуномодулирующей активностью.

Нами было проведено лечение 150 мужчин с простатитом в возрасте от 32 до 54 лет, у которых при обследовании выявлена герпетическая инфекция. Диагноз подтвержден иммунофлюоресцентным методом и методом ДНК-диагностики (ПЦР) сока предстательной железы. Всем пациентам было проведено комплексное иммунологическое обследование, которое проводилось 2-кратно (до и после лечения). В зависимости от используемых схем лечения больные были разделены на 3 группы. В первой группе больные получали стандартную базисную терапию герпетического простатита, включающую противовоспалительные средства, физиотерапевтические процедуры, симптоматическое лечение по показаниям. В качестве этиотропной терапии использовались противовирусные средства (фамвир по 125–250 мг 2 раза в сутки 5–10 дней). Во второй группе помимо стандартной терапии пациенты получали иммуномодулирующую терапию с применением полиоксидония — по 6 мг внутримышечно через день, на курс 10 инъекций. Третья группа пациентов дополнительно к стандартной терапии с применением полиоксидония получала виферон-3 в виде ректальных суппозиторий — по 2 свечи ежедневно с 12-часовым интервалом в течение 10 дней, с последующим использованием 3 раза в неделю по 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом, длительностью 3 месяца.

Сравнительный анализ показателей иммунного статуса после лечения во всех трех группах показал достоверно лучшие результаты в группе пациентов, получавших стандартную терапию, полиоксидоний и виферон. Таким образом, можно сделать вывод, что включение в стандартную терапию больных герпетическим простатитом таких препаратов, как полиоксидоний и виферон в комплексе, дает возможность значительно улучшить клинико-иммунологические показатели, что выражается в увеличении сроков ремиссии, уменьшении длительности возникающих рецидивов и, как следствие, улучшении качества жизни пациентов.

ЗНАЧЕНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ШАТАЛОВА А. Ю.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Изучить этиологическую роль условно-патогенных микроорганизмов в развитии неспецифических воспалительных процессов уrogenитальной системы женщин репродуктивного возраста.

Материалы: Проведен анализ клинико-лабораторного обследования 130 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в КДЦ ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» с жалобами со стороны мочеполового тракта. Всем пациенткам было проведено микроскопическое и микробиологическое исследование, дополнительно было проведено исследование методом ПЦР для идентификации *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*.

Результаты: По результатам клинико-диагностического обследования женщин воспалительные процессы уrogenитального тракта, не связанные со специфическим процессом, составили 116 человек (89,2%), из которых на долю неспецифических вульвовагинитов пришлось 68 наблюдений (58,6%), смешанной бактериально-кандидозной инфекции — 19 (16,4%). В 90% случаев у пациенток выявлялись коринебактерии, в 39% — лактобактерии. Анализ микробного пейзажа отделяемого влагалища женщин с неспецифическими процессами показал, что наиболее часто в обильном и умеренном количестве наблюдался рост следующих микроорганизмов: *Enterococcus faecalis* — 44 случая (50,6%), *Escherichia coli* — 31 (35,6%), *Staphylococcus epidermidis* — 30 (34,5%), *Streptococcus agalactiae* — 12 (13,8%), *Staphylococcus aureus* — 10 (11,5%), *Proteus mirabilis* — 7 (8,0%). По результатам микробиологического исследования в большинстве наблюдений (67,8%) выявлялся рост ассоциаций 4–5 микроорганизмов, при этом преобладали представители факультативных анаэробов. У 14 пациенток (10,8%) отмечался рост условно-патогенных микроорганизмов в ассоциации с возбудителями ИППП (*Chlamydia trachomatis* — 5 случаев (35,7%), *Mycoplasma genitalium* — 3 случая (21,4%), *Neisseria gonorrhoeae* — 2 случая (14,3%), *Trichomonas vaginalis* — 4 случая (28,6%).

Выводы: По результатам исследований этиологически значимыми микроорганизмами в развитии неспецифических вульвовагинитов являются *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli* (50,6% и 35,6% соответственно).

6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СИФИЛИСА

ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

БИЛЬДЮК Е.В., ВАФИНА Г.Г., МАВЛЮТОВА Г.И.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»,
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Казань

Цель: Изучить особенности клинического течения первичного сифилиса на современном этапе.

Материалы и методы: 387 больных сифилисом первичным и 281 (72,6%) — вторичным, расчетно-аналитическая программа.

Результаты: Твердый шанкр определялся у 200 пациентов, из которых у 106 — диагностировался первичный, а у 94 — вторичный сифилис. Эрозивные аффекты обнаружены в 44,0%, язвенные — в 49,5% случаев. Установлено достоверное преобладание язвенных твердых шанкров во вторичной стадии по сравнению с первичной ($p < 0,05$). Остальные твердые шанкры (6,5%) характеризовались как резидуальные. В случае локализации в области гениталий у женщин склерозы находились: на больших половых губах в 37,6%, в области задней спайки — в 31,2%, на малых половых губах — в 19,4%, на шейке матки — в 3,2%, на передней спайке — в 6,5% случаев. У мужчин в 43,0% случаев — в области ствола и/или основания полового члена, в 32,7% — на крайней плоти, в 22,4% — на головке полового члена. Экстрагенитальная локализация встречалась в 9,5% случаев: у мужчин — в 3,9%, у женщин — в 18,2%. Множественные твердые шанкры определялись у 1/3 (38,5%) пациентов, причем в 33,6% случаев у мужчин и в 44,1% — у женщин. По два твердых шанкра определялось в 36,7%, по три и более — в 63,3% случаев. Осложнения твердых шанкров наблюдались в 14,5% случаев, причем обнаружено достоверное повышение регистрации осложнений у больных, находившихся во вторичном периоде заболевания ($p < 0,01$). В 12,5% случаев диагностировался фимоз, в 2,0% — баланопостит. Базальный инфильтрат был обнаружен у большей части (86,5%) больных, причем в первичном периоде в 94,5%, а во вторичном — в 77,7% случаев. Обнаружено достоверное снижение этого симптома во вторичной стадии по сравнению с первичной ($p < 0,01$). Регионарный склераденит определялся в 85,5%, лимфангит — в 3,8%, полиаденит в конце первичного периода — в 88,6% случаев.

Выводы: Твердый шанкр на протяжении своего существования подвергается постоянной эволюции, что влечет за собой различия клинических характеристик у больных в различных стадиях заболевания и может способствовать определению давности патологического процесса. У женщин чаще определяются экстрагенитальные и множественные шанкры, что следует учитывать при их обследовании и постановке диагноза.

ОПЫТ РАБОТЫ ЭКСПЕРТНОГО КОНСИЛИУМА ПО ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

ГЛУЗМИН М.И., ШЕВЧЕНКО А.Г., САМОЙЛИК И.Б.

ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Краснодар

Цель исследования: Оценка необходимости экспертного консилиума в тактике ведения больных сифилисом.

Результат: С 2005 года в клиническом кожно-венерологическом диспансере (ГУЗ ККВД ДЗ КК) функционирует экспертный консилиум ведущих специалистов-дерматовенерологов по сифилису (медконсилиум) для решения сложных диагностических случаев и тактики ведения больных сифилисом. В 2008 году на медконсилиум для определения дальнейшей тактики ведения было представлено 446 пациентов, из которых 28% получили в прошлом специфическое лечение по поводу сифилиса. При анализе клинико-диагностических и анамнестических данных респондентов, прошедших специфическое лечение, установлено, что 16% больных в лечении и дальнейшем наблюдении не нуждаются, и были сняты с «Д» учета; 9,6% — подлежали дальнейшему клинико-серологическому контролю, среди которых 4% пациентов лечились в прошлом по поводу сифилиса неофициально. Учитывая отсутствие документов, подтверждающих факт полноценного лечения и контроля излеченности, клинико-лабораторные данные, решено установить диагноз сифилис и провести лечение. Лица, получившие в прошлом превентивное лечение по поводу сифилиса, были представлены в связи с положительным результатом крови при скрининге методом ИФА, а далее при дообследовании — положительных результатов трепонемных тестов (РПГА, РИФ), при отрицательном результате РМП, определена тактика их ведения. 2,4% больных, получивших в прошлом специфическое лечение, — беременные женщины, им рекомендовано профилактическое лечение. Дополнительный курс лечения по поводу серорезистентности был необходим 24% больных, с учетом сроков и клинико-лабораторных данных контроля излеченности. Для верификации поражения нервной системы 25,6% пациентов рекомендована спинномозговая пункция, после проведения которой, 14,4% больным был установлен диагноз нейросифилис.

Таким образом, экспертный консилиум играет определенную роль в выборе тактики ведения больных сифилисом, что в конечном итоге может влиять на эпидемиологическую ситуацию.

РАННИЙ СКРЫТЫЙ СИФИЛИС: ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ

ГОРЛАНОВ И.А., АГАЕВ Р.А., ЗАСЛАВСКИЙ Д.В.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Цель работы: Ретроспективная сравнительная оценка результатов лечения больных ранними формами манифестного течения сифилиса и ранним скрытым сифилисом.

Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты более 1000 больных сифилисом из КВД города Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Больных ранним скрытым сифилисом было 19%, в т.ч. мужчин — 38%, женщин — 62%. 50% больных

получили лечение дюрантными препаратами пенициллина (экстенциллин, ретарпен, бициллины), остальные — водорастворимым пенициллином. Анализ результатов лечения экстенциллином показал, что к концу первого года заболевания негативация наблюдалась лишь у 60% больных. Остальные оставались серопозитивными и расценивались как случаи серорезистентности. Серопозитивность со временем уменьшалась, однако и к 3 годам около 25% больных оставались серопозитивными. Первичный и вторичный сифилис отличались более быстрой негативацией. К концу первого года более 90% больных с первичным сифилисом и около 70% больных вторичным сифилисом имели отрицательный результат серологических реакций. Как показали наши исследования, стартовые уровни серологических реакций у больных вторичным и ранним латентным сифилисом оказались различными. У больных ранним латентным сифилисом средний титр антител к началу терапии был достоверно выше, чем у лиц с ранними манифестными формами болезни ($p < 0,001$).

Полученные данные указывают на то, что у больных скрытой формой сифилиса уровень иммунологической реактивности выше, и иммунный ответ против трепонем интенсивнее, чем у больных манифестными формами инфекции.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ЗЕМЦОВ М.А., ЧЕБОТАРЕВ В.В., МАЖАРОВА М.И.

ГУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», г. Ставрополь

ГУЗ «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», г. Буденновск

Динамика заболеваемости сифилисом в Ставропольском крае с 1991 по 2006 г. была практически аналогична заболеваемости сифилисом в целом в РФ, но имела некоторую особенность. Так, в благополучном 1991 году показатели заболеваемости сифилисом в Ставропольском крае и в РФ составили соответственно 13 и 7, в пик эпидемии (1997 г.) — 236 и 277, в 2005 году — 34,3 и 69,0, в 2006 году — 33,6 и 65,2 на 100 тыс. населения. В 2007 и 2008 годах в Ставропольском крае показатель заболеваемости сифилисом составил соответственно 32,4 и 31,6 на 100 тыс. населения. Таким образом, при исходном показателе, почти в два раза превышающем российский, на пике заболеваемости в нашем крае он был ниже в сравнении с российским на 14,8%, в 2005 году — на 50,3%, в 2006 году — на 53,0%, практически оставаясь стабильным последние 3 года. Процент от общего числа больных сифилисом в 2006 году первичный составил 14,0%, в 2007 году — 14,2%, в 2008 году — 16,9%; вторичный соответственно — 36,4%, 33,0%, 34,0%; скрытый ранний соответственно — 40,0%, 43,0%, 37,5%.

Такой уровень заболеваемости можно объяснить тем, что в Ставропольском крае функционирует система по раннему активному выявлению больных сифилисом: при обследовании пациентов в соматических стационарах было выявлено 37,6% больных сифилисом, в основном, скрытыми формами, нейросифилисом, как ранним, так и поздним; при трехкратном обследовании беременных на сифилис выявлено 19% больных. Четырехкратное обследование декретированных контингентов, профилактические осмотры дали 18% активного выявления больных. Среди контактных лиц сифилис выявлен у 19,4%.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОСИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹КАТУНИН Г.Л., ¹КИТАЕВА Н.В., ¹ФРИГО Н.В., ¹РОТАНОВ С.В.,
²НАХАЕВ В.И., ²ВОРОБЬЕВА И.М.

¹ ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», ² Москва; ГКБ № 54, Москва

Цель исследования: Анализ клинического течения нейросифилиса на современном этапе.

Материалы и методы: За период 2008–2009 г. с целью исключения специфической патологии нервной системы были обследованы 32 больных сифилисом в возрасте от 29 до 50 лет. Среди них 10 человек (31%) были с впервые установленным диагнозом сифилис, у 22 пациентов (69%) отмечалось стойкое сохранение позитивности нетрепонемных тестов (RPR, РМП, РСКк) с сывороткой крови после лечения различных форм сифилиса. Исследование спинномозговой жидкости осуществлялось регламентированными методами в соответствии с приказом МЗ РФ № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» (РМП, РСКт, РСКк, РИФц, ИФА, РИБТ). Проводились консультации невролога, офтальмолога, психиатра, инструментальные методы исследования МРТ, КТ.

Результаты: В результате обследования 32 больных сифилисом специфическое поражение нервной системы было выявлено у 21 пациента (65,6%). Асимптомный нейросифилис был диагностирован у 9 больных (42,9%), нейросифилис с симптомами — у 12 (57,1%), среди которых признаки прогрессирующего паралича наблюдались у 7 пациентов (33,3%), менинговаскулярного нейросифилиса — у 3 (14,3%), спинной сухотки — у 1 (4,7%), табопаралича — у 1 (4,7%). Следует отметить, что 8 пациентов ранее обращались на консультацию к неврологам с различными жалобами со стороны нервной системы. При обследовании больных прогрессирующим параличом преобладали психические расстройства в виде интеллектуальных нарушений, изменения личности, бреда, дезориентации в месте, времени и пространстве. У больных с менинговаскулярным нейросифилисом на первый план выступали клинические симптомы переходящего нарушения мозгового кровообращения в виде общемозговых симптомов (боль и шум в голове), снижения памяти и внимания, а также очаговые симптомы в чувствительной сфере в виде парестезий отдельных участков кожи лица или конечностей. В 1 случае менинговаскулярного нейросифилиса развился ишемический инсульт с кратковременным гемипарезом. У пациента со спинной сухоткой наблюдались расстройства координации при ходьбе. Клинические симптомы в случае табопаралича проявлялись сочетанием психических и двигательных расстройств.

Выводы: Полученные результаты исследования показывают, что в настоящее время у большого числа больных нейросифилисом (42,9%) отмечается скрытое течение инфекции, среди манифестных проявлений нейросифилиса преобладают нередко приводящие к инвалидизации поздние формы, что свидетельствует о необходимости разработки высокотехнологичных, чувствительных и специфичных методов лабораторной диагностики, а также координации действий дерматовенерологов и неврологов (психиатров) по раннему выявлению нейросифилиса.

ХАРАКТЕР РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

КОШКИН С.В., ЧЕРНЫХ Т.В., ¹ЗАЙЦЕВА Г.А.

ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава,

¹ ФГУ «Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росмедтехнологий», г. Киров

За последние десятилетия изменилась клиническая картина и характер течения сифилитической инфекции. Все больше встречаются множественные эрозивные и язвенные шанкры, осложнения первичной сифиломы, пустулезные сифилиды, сочетание вторичных (папулы ладоней и подошв, широкие кондиломы, алопеция, лейкодерма) и первичных (твердый шанкр, паховый лимфаденит) проявлений сифилиса. Под нашим наблюдением находилось 54 больных вторичным сифилисом в возрасте от 18 до 55 лет (29 женщин и 25 мужчин), клинические проявления у которых характеризовались одновременным наличием твердого шанкра, пустулезных сифилидов, гипертрофических папул, лейкодермы и алопеции. У 51 (94,4%) пациента зарегистрированы язвенные шанкры, у 11 (20,4%) — осложнения в виде гангренизации и фагеденизма. У наблюдавшихся больных с помощью унифицированных методов определяли типы гаптоглобинов и группы крови системы АВ0. Характер распределения типов гаптоглобина (Hr) у больных выглядел следующим образом: Hr 1–1 — у 14 (25,8%), Hr 2–1 — у 32 (59,3%), Hr 2–2 — у 8 (14,8%). В контрольной группе, состоящей из 624 здоровых доноров, частота встречаемости типов гаптоглобина составила: Hr 1–1 — 45 (7,3%), Hr 2–1 — 253 (40,5%), Hr 2–2 — 326 (52,2%). При сравнении полученных данных установлено значимое повышение частоты встречаемости типов гаптоглобина 1–1, 2–1 и снижение представительства типа гаптоглобина 2–2 среди обследованных больных ($p < 0,05$). Анализ распределения групп крови АВ0 у больных сифилисом по сравнению с контрольной группой не выявил существенных различий: 0(I) — 15 (27,8%) против 201 (38,1%), A(II) — 20 (37,%) против 169 (32,0%), B(III) — 14 (25,8%) против 126 (23,8%), AB(IV) — 5 (9,2%) против 32 (6,0%) соответственно. Таким образом, результаты типирования свидетельствуют, что имеются особенности в распределении типов гаптоглобина у больных сифилисом с выраженными клиническими проявлениями заболевания, следовательно, определение типа гаптоглобина можно использовать для прогнозирования течения сифилитической инфекции.

СОДЕРЖАНИЕ Д–ДИМЕРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ И РАННИМ СКРЫТЫМ СИФИЛИСОМ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

НОВИКОВ Ю.А., НОВИКОВ А.И., РЕПИНА Т.В., ПЕТРОВА Ю.А.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава

Центральная научно-исследовательская лаборатория ОмГМА

БУЗ ОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Омск

При инфекционной патологии имеются изменения системы гемостаза, выраженность которых зависит от формы и тяжести течения заболевания. По определению Д–димер является продуктом плазминовой деградации фибрина, повышение его концентрации в плазме свидетельствует об активации внутрисосудистого свертывания крови.

Цель исследования: На основании современного теста активации системы гемостаза оценить степень риска тромботических осложнений у больных ранними формами сифилиса до и после специфического лечения.

Применяемые методы и технологии: В венерологическом отделении БУЗ ОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» проведено обследование 30 больных ранним скрытым сифилисом (I группа), 30 больных вторичным сифилисом (II группа) до и после лечения. Диагноз сифилиса устанавливался в соответствии с Инструкцией МЗ от 29.12.99 г. № 98/273. Уровень Д–димера определяли с помощью реактивов фирм «HUMAN» (Германия) и «TRINITY BIOTECH» на селективном коагулометре–автомате AMAX DESTINY plus (Ирландия). В качестве контрольной группы выступали 10 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группой больных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica for Windows 6.0.».

Результаты: При сравнении трех независимых групп отмечено, что уровень Д–димера в обеих клинических группах повышен ($p = 0,05$) в сравнении с группой контроля. При этом в группе больных со вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек определялись данные различия в большей степени, так как в I группе уровень Д–димера повышен на 12,6% от уровня аналогичного показателя группы контроля, во II группе — на 3,8% от уровня контрольной группы. На фоне стандартной терапии в обеих группах этот показатель снижался, и стал в I группе на 0,8%, а во II группе на 2,5% ниже показателя группы практически здоровых людей.

Таким образом, полученный результат позволяет предположить, что при ранних формах сифилиса имеет место активация внутрисосудистого свертывания крови, выраженная в слабой степени и принимающая обратное развитие при устранении повреждающего фактора в процессе лечения.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007–2009 ГГ.

НОВИКОВ Ю.А., НОВИКОВ А.И., ЧЕРМОШЕНЦЕВ А.А., ОРЛОВА Л.И., ИВАСЮК Г.Н., КИДАЛОВ М.Б.

БУЗ ОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Омск

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава

Резкое повышение заболеваемости сифилисом в 90–е годы минувшего столетия сопровождалось большим разнообразием клинических проявлений заболевания. В последние годы отмечается увеличение скрытых форм раннего и позднего сифилиса и, как следствие, увеличение регистрации нейросифилиса, часто протекающего по типу асимптомного менингита.

На базе венерологического отделения люмбальные пункции стали выполняться с ноября 2007 г. Данные манипуляции проводились сертифицированным врачом–неврологом на базе БУЗ ОО «ККВД» при наличии показаний и добровольного информированного согласия со стороны пациентов. Ликворологическое обследование включало в себя определение физических, биохимических, цитологических и серологических параметров.

За два месяца 2007 г. проведено ликворологическое обследование 7 пациентам; у одного больного с диагнозом серорезистентность выявлен нейросифилис с симптомами (сифилитический менингит).

В 2008 г. были обследованы 22 пациента; у 8 из них выявлен нейросифилис: у 5 (62,5%) — нейросифилис с симптомами (сифилитический менингит, увеит и др.), у 3 (37,5%) — нейросифилис асимптомный, 6 (75%) наблюдались по поводу серорезистентности, 2 (25%) поступили в стационар с диагнозом поздний сифилис.

За 6 месяцев 2009 г. выполнено уже 55 ликворологических обследований. Диагноз нейросифилис установлен 23 больным. Из них у 20 (87%) — нейросифилис асимптомный, у 3 (13%) — нейросифилис с симптомами (сифилитический менингит, увеит, атрофия зрительного нерва). Из 23 больных 10 (43,5%) поступили в венерологическое отделение с диагнозом сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний и 13 (56,5%) — с диагнозом серорезистентность.

Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о необходимости более тщательного обследования лиц с серорезистентностью на предмет выявления различных форм нейросифилиса, прежде всего асимптомного менингита.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАННИХ ФОРМАХ СИФИЛИСА С ПОМОЩЬЮ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФА «PULSE TRACE»

НОВИКОВ Ю.А., НОВИКОВ А.И., РАДУЛ Е.В., РОМАНОВ А.А., ОРЛОВА Л.И., ДАНИЛЕНКО С.А.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия
БУЗ ОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» г. Омск

В настоящее время доказана тропность бледной трепонемы к сосудистой стенке. В основе морфологических изменений лежат поражение сосудов, в связи с чем мы решили изучить функциональное состояние эндотелия при ранних формах сифилиса. С этой целью мы определяли SI — индекс ригидности, характеризующийся отношением роста пациента к Δt (времени между первым и вторым пиками цифрового объема пульса), с помощью фотоплетизмографа «Pulse Trace». Нами было проанализировано состояние активности эндотелия у больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек (23 чел.), составивших I группу, и ранним скрытым сифилисом (23 чел.), составивших II группу. В качестве группы контроля выступали 20 практически здоровых лиц.

Результаты проведенных нами исследований показали достоверное увеличение базальной SI в I группе ($p = 0,05$) по сравнению с группой контроля. Также отмечалось увеличение данного показателя и во II группе, но оно не было достоверным ($p < 0,1$). После проведения эндотелий-независимой вазодилатации нитроглицерином стоит отметить повышение SI ($p < 0,005$) лишь в группе больных вторичным сифилисом. При использовании саламола в качестве эндотелиального вазодилататора мы получили достоверное увеличение SI как в I группе ($p < 0,05$), так и во II группе ($p < 0,05$).

Таким образом, анализируя индекс жесткости при фотоплетизмографическом исследовании, можно сделать следующие **выводы**:

При вторичном сифилисе кожи и слизистых оболочек регистрируется увеличение индекса ригидности как после проведения эндотелий-независимой вазодилатации, так и эндотелий-зависимой вазодилатации, что говорит о значительной активации вазоконстрикторных свойств как за счет гладкомышечного компонента, так и эндотелиальных факторов при манифестных формах сифилиса.

При скрытом раннем сифилисе наблюдается повышение индекса ригидности лишь после проведения пробы саламолом, что говорит о незначительном влиянии гладкой мускулатуры сосудов на увеличение вазоконстрикции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ЭКСПРЕСС-ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

НОВОСЁЛОВ В.С., ФЕДОСЕЕВА С.

ММА им. И.М.Сеченова, ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управделами Президента РФ, г. Москва

Несмотря на то что уровень заболеваемости сифилисом в последние годы существенно снизился, эпидемиологическая ситуация в стране остается напряженной в связи с изменением структуры заболеваемости по формам данной инфекции — увеличением доли скрытых форм болезни. При этом важная роль в своевременном выявлении болезни принадлежит скрининговым лабораторным методам, которые не требуют дополнительного лабораторного оборудования и вместе с тем обеспечивают получение адекватных диагностических результатов уже в процессе приема пациента. В связи с этим актуальность поиска новых диагностических методик сохраняется свою актуальность.

Имеются сообщения (Ротанов С. В., Фриго Н. В., Ключева В. И., 2006, 2008) о высококачественном иммунохроматографическом экспресс-тесте, каким является диагностическая тест-система «Determine Syphilis TP» (Inverness Medical Japan Co.Ltd.) для определения антител к антигенам возбудителя сифилиса в сыворотке, плазме, а также в цельной крови человека.

С целью оценки чувствительности и специфичности тест-системы «Determine Syphilis TP» на базе ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» и клиники кожных и венерических болезней ММА им. И. М. Сеченова были проведены исследования сывороток крови от 161 пациента, 51 из которых страдал различными формами сифилиса. Группа контроля (здоровые) была представлена 110 пациентами. Возраст пациентов колебался от 13 до 68 лет, из них женщин было 74, мужчин — 87 человек. Сыворотки крови от больных сифилисом подвергались исследованиям в трепонемных тестах (РИФ, РПГА, РИБТ, ИФА) для выявления трепонемоспецифических антител; кроме этого, изучались реактивные антитела (РМП, РСК с кард. АГ).

Иммунохроматографический анализ проводился на специальной пористой узкой тест-полоске, куда наносилась исследуемая сыворотка крови. Специфические антитела, содержащиеся в образце, связываются с конъюгатом антигенов бледной трепонемы и коллоидным селеном, образуя иммунные комплексы. Продолжая мигрировать вдоль материала тест-полоски, иммунные комплексы достигают зоны учета результатов, где нанесены иммобилизованные лизатные антигены бледной трепонемы. В этом месте происходит вторичное связывание образованных ранее иммунных комплексов за счет свободных валентностей антитрепонемных антител с формированием более сложных комплексов, что проявляется в этой зоне тест-полоски в виде полосы красного цвета различной интенсивности. Компоненты образца при достижении зоны внутреннего контроля теста вступают во взаимодействие с нанесенным в этом участке авидином, что приводит к появлению красной полосы в данной зоне. При отсутствии трепонемных антител образования комплексов в зоне учета результатов исследования не происходит и формируется окрашенная полоса только в зоне учета внутреннего контроля теста, что говорит о правильном проведении процедуры исследования.

Результаты комплексного серологического исследования иммунохроматографического экспресс-теста («Determine Syphilis TP») для определения антител к антигенам бледной трепонемы по чувствительности и специфичности дали 100%-ный результат.

Результаты данной работы позволили выявить преимущества скринингового обследования пациентов на сифилис при использовании иммунохроматографического анализа, которые заключались в простоте исполнения анализа, отсутствии необходимости приобретения дополнительного дорогостоящего лабораторного оборудования, быстрой и несложной интерпретации результатов, высокой чувствительности и специфичности метода, невысоких экономических затратах на расходные материалы.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

МИНУЛЛИН И.К., ПЛАТОНОВА О.В., НИЗАМОВА Н.Ю.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань

В современной практике одним из путей качественного улучшения серодиагностики сифилиса является процесс внедрения автоматизированных систем постановки анализа. Одним из преимуществ иммуноферментного анализа является возможность полной его автоматизации. На сегодняшний день, с этой точки зрения, существует наиболее современный и удобный метод диагностики — это иммунохемилюминесцентный анализ (ИХА). В диагностике сифилиса в нашей стране иммунохемилюминесцентный анализ пока не нашел широкого применения. Целью нашего исследования явилось определение места и значимости ИХА в группе серологических тестов для диагностики сифилиса. Изучались сыворотки пациентов с различными модификациями результатов специфических и неспецифических тестов на сифилис. 1-я группа — 20 сывороток пациентов, ранее пролеченных от сифилиса (отрицательный результат МРП; положительный результат ИФА, РПГА, РИФ); 2-я группа — 20 сывороток от пациентов со свежими формами сифилиса (все тесты положительные); 3-я группа — 20 сывороток от пациентов с отрицательными результатами во всех тестах; 4-я группа — 15 сывороток от пациентов, имеющих ложноположительные результаты в нетрепонемном тесте (МРП) и отрицательные — в ИФА, РПГА, РИФ, среди которых 10 образцов сывороток, полученных от беременных женщин, 2 — от онкологических больных, 1 — от больного с ХПН, 2 — с заболеваниями печени, 5-я группа — 5 сывороток беременных женщин, имеющих отрицательный результат в нетрепонемном тесте (МРП) и расхождение результатов в трепонемных тестах (положительный результат ИФА; отрицательный результат РПГА и РИФ). Исследования показали, что сыворотки пациентов 1 и 2-й групп в ИХА дали так же, как и другие специфические тесты, положительный результат. При исследовании сывороток крови 3,4 и 5-й групп получили отрицательный результат ИХА. Одновременно было проведено обследование 300 сывороток из ежедневной постановки ИФА на сифилис иммунохемилюминесцентным методом. Наблюдалась полная корреляция результатов анализа. Полученные данные свидетельствуют о том, что ИХА может быть рекомендован для диагностики сифилиса как высокочувствительный и специфический метод. Явное преимущество ИХА — это простота использования, минимальное время получения результата, полная автоматизация процесса, высококачественные реагенты. Учитывая сложность иммунного ответа при сифилисе, иногда необходимой является комплексная диагностика с применением нескольких трепонемных тестов. ИХА наряду с другими специфическими тестами является дополнительным надежным подтверждающим методом в решении сложных экспертных ситуаций у больных сифилисом, а также в решении вопроса о ложной позитивности нетрепонемного теста и, особенно, при расхождении результатов трепонемных тестов.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ И СЛУХОВЫХ АНАЛИЗАТОРОВ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ. ПРИЧИНЫ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ

РОКИЦКАЯ В.Н., САФИНА Ф.Г.

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия РосЗДРАВА»,
ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань

На фоне резкого увеличения случаев сифилиса участились и случаи сифилиса нервной системы. Однако осторожность врачей в отношении специфического характера поражения недостаточна. Обращает на себя внимание отчетливое преобладание среди других форм нейросифилиса поражение зрительного и слухового анализаторов, которые могут поражаться при всех формах приобретенного и врожденного сифилиса и подчас являются единственным клиническим проявлением заболевания. Ранняя диагностика этой патологии имеет важное значение для предупреждения тяжелых поражений глаза и его придатков. Возможны поражения зрительного нерва, век (твердый шанкр), конъюнктивы, слезного аппарата, орбиты, роговицы, склеры, хрусталика, стекловидного тела, сосудистого тракта, сетчатки. Несвоевременное лечение приводит к значительному снижению зрения и даже к слепоте. Черепно-мозговые нервы могут поражаться во всех периодах сифилиса. Вторая пара — *N. opticus* — зрительный нерв: амблиопия, амавроз, концентрическое сужение полей зрения, скотома, гомонимная гемиганопсия, квадрантная гомонимная гемиганопсия, гетеронимная гемиганопсия, битемпоральная и биназальная гемианопсия. Третья пара — *N. oculomotorius* — глазодвигательный нерв. Поражение крупноклеточных ядер: расходящееся косоглазие, экзофтальм, птоз. Поражение парасимпатических ядер: мидриаз, нарушение аккомодации, нарушение реакции зрачка на свет. Четвертая пара — *N. trochlearis* — блоковый нерв: легкое сходящееся косоглазие, диплопия. Шестая пара — *N. abducens* — отводящий нерв: выраженное сходящееся косоглазие, диплопия. Однако у офтальмологов и отоларингологов лечебно-профилактических учреждений, как правило, не возникает подозрение на сифилитический процесс. Анализ причины диагностических ошибок на первом этапе обследования приводит к следующим выводам: 1) низкий уровень знаний клиники сифилиса нервной системы у врачей различных специальностей; 2) отсутствие осторожности в отношении нейросифилиса; 3) несвоевременное глубокое лабораторное и клиническое обследование (МРП, ИФА IgM, РПГА, РИФ + консультация дерматовенеролога). Достоверными диагностическими признаками сифилиса являются: клиническая картина, нахождение бледных трепонем в очагах поражения, положительные серологические тесты, данные офтальмоскопии. Ранняя диагностика и своевременная терапия приводит, как правило, к излечению, сохраняет больным зрение и избавляет их от тяжелых необратимых осложнений.

ХАРАКТЕР ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

ЧЕРНЫХ Т.В., КОШКИН С.В., ¹ЗАЙЦЕВА Г.А., ²МАМАЕВА Т.А.

ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, ¹ФГУ «Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росмедтехнологий»,

²ГЛПУ Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер, г. Киров

¹ ФГУ «Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росмедтехнологий», г. Киров

Многие современные исследователи указывают на изменение течения вторичного периода сифилиса, отмечают более раннее возникновение рецидивной сыпи и поздних проявлений инфекции. Этот патоморфоз связывают с изменением иммунологической реактивности организма. Целью нашей работы явилось исследование иммунологических показателей у больных сифилисом с выраженными клиническими проявлениями заболевания. Под наблюдением находились 57 больных вторичным сифилисом, клинические проявления у которых характеризовались одновременным наличием твердого шанкра, пустулезных сифилидов, гипертрофических папул, лейкодермы и алопеции. Высыпания на коже носили генерализованный характер. У 53 (92,9%) пациентов зарегистрированы язвенные шанкры, у 11 (19,3%) – с осложнениями в виде гангренизации и фагеденизма. У всех больных исследовали комплекс показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также неспецифической резистентности организма. Группа сравнения включала 300 здоровых доноров. Результаты иммунологического обследования позволили констатировать, что у больных достоверно снижено количество CD4+ ($44,1 \pm 1,25\%$ против $53,5 \pm 1,4\%$; $p < 0,001$) и CD8+ лимфоцитов ($25,5 \pm 0,94\%$ против $28,7 \pm 0,98\%$; $p < 0,05$), а также процент фагоцитирующих нейтрофилов ($67,4 \pm 2,41\%$ против $79,0 \pm 1,3\%$; $p < 0,001$). Кроме того, у них наблюдается повышение значения НСТ-теста ($20,5 \pm 1,73\%$ против $12,2 \pm 1,20$; $p < 0,05$), значительно увеличена концентрация ЦИК ($0,144 \pm 0,009$ против $0,074 \pm 0,003$; $p < 0,001$), уровень Ig G ($17,0 \pm 0,76$ г/л против $11,0 \pm 0,15$ г/л; $p < 0,001$), Ig M ($2,97 \pm 0,31$ г/л против $1,6 \pm 0,04$ г/л; $p < 0,001$) и Ig A ($3,82 \pm 0,44$ г/л против $2,2 \pm 0,04$ г/л; $p < 0,01$) в сыворотке крови. Перечисленные изменения иммунологических показателей у больных свидетельствуют о недостаточности клеточного звена иммунитета и повышенной продукции иммуноглобулинов основных классов. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что у больных сифилисом с выраженными клиническими проявлениями существуют показания для включения в комплексное лечение иммунокорректирующих препаратов с целью повышения эффективности специфической терапии и предотвращения развития серорезистентности.

К ВОПРОСУ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА В ПРОЦЕССЕ СКРИНИНГА ПАЦИЕНТОВ С ПРОФИЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ШЕВЧЕНКО А.Г., ГЛУЗМИН М.И., КНЯЗЕВА Г.А.

ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Краснодар

Эпидситуация по сифилису в Краснодарском крае характеризуется значительным числом случаев специфического поражения сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: Анализ случаев, подозрительных на кардиоваскулярный сифилис у профильных больных, выявленных в процессе скрининга, в кардиологическом стационаре.

За истекший период 2009 года на консилиуме краевого кожно-венерологического диспансера проанализированы данные пяти больных, направленных из Центра грудной хирургии краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.В. Очаповского (ЦГХ ГУЗ «ККБ № 1»), для уточнения диагноза в связи с получением у них при обследовании положительного результата ИФА на сифилис. Больные поступили в ЦГХ для проведения оперативного лечения в связи с изолированной аневризмой восходящего отдела аорты, сочетанной патологией аортального клапана и аневризмой аорты, поражением аортального клапана. Двое больных категорически отрицали сифилис в анамнезе и возможность получения в прошлом лечения; один — в 2003 году не закончил специфическое лечение сифилиса скрытого позднего; один получил лечение по поводу сифилиса вторичного в 1995 году, один — амбулаторное лечение в 2004 году по поводу сифилиса скрытого неуточненного, как ранний или поздний, дюранными препаратами пенициллина. На основании результатов специфического серологического исследования, дополнительного аппаратного обследования и консультации кардиолога у всех подтверждено специфическое поражение аорты, сердца, клапанного аппарата.

Таким образом, имеющаяся тенденция к регистрации кардиоваскулярного сифилиса реализуется в специфическом поражении аорты и клапанного аппарата сердца, прогрессивном течении инфекции, в том числе и в результате нерациональной.

С учетом вышеизложенного оправданы подходы к скринингу сифилиса у кардиологических больных в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 26.03.2001 г. № 87 с использованием высокочувствительных серологических реакций (ИФА и РПГА), а также отмечена важность проведения после полного курса специфической терапии, как латентных, так и манифестных форм сифилиса, полноценного контроля излеченности с регламентируемым нормативными требованиями алгоритмом и объемом обследования и консультаций врачей-специалистов.

К ВОПРОСУ СКРЫТОГО СИФИЛИСА

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К.

РСНПЦ дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Удельный вес скрытого сифилиса в республике остается высоким. Надо отметить, что начиная с 1997 года, когда скрытый сифилис составил 32% от всех форм, удельный вес его начал расти и в последующем составил: в 1998 г. — 40%; в 1999 г. — 42%; в 2000 г. — 40,7%; в 2001 г. — 39,6%; в 2002 г. — 39,4%; в 2003 г. — 43,3%; в 2004 г. — 47,3%; в 2005 г. — 50,8%; в 2006 г. — 48,3%; в 2007 г. — 50,2% и в 2008 г. — 51,2%.

Нами осуществлен анализ 386 больных скрытым сифилисом, находившихся на лечении в клинике РСНПЦДив МЗ РУз. Мужчин было — 214, женщин — 172. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет. Больных до 20 лет было 40, от 21 до 30 лет — 162, от 31 до 40 лет — 80, от 41 до 50 лет — 48, от 51 до 60 лет — 36, от 61 и более лет — 20 человек.

Позитивность серологических реакций крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипновым антигеном в 89,6%, трепонемным антигеном — в 87,3%, в микрореакции — в 93,3%. Из специфических реакций — РИФ абс дала позитивность в 95,6% случаях, РИФ 200 — в 92,4%, РИБТ — в 90,1%.

При анализе возможных причин развития скрытого сифилиса прием антибиотиков был отмечен в 37,2% случаев. Выявлены при обследовании в соматических стационарах 42,8% больных сифилисом; 7,2% больных лечились в негосударственных, частных клиниках; 7,8% больных не знали о возможности лечения сифилиса на бюджетной основе и затруднялись в денежных средствах.

Нужно отметить, что скрытый сифилис не всегда остается скрытым, так как при тщательном обследовании больных можно определить различные отклонения со стороны внутренних органов и систем.

Так, при обследовании 386 больных скрытым сифилисом в 23,8% случаев отмечены отклонения со стороны неврологического статуса; из 54 больных в 88,8% случаев выявлено патологическое состояние ликвора; при обследовании 98 больных скрытым сифилисом в 44,1% случаев выявлены признаки аортита и в 31,2% случаев миокардита; биохимические показатели (общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, глюкоза и др.) до лечения были снижены или увеличены, которые после специфической терапии нормализовались.

Резюмируя, можно отметить, что у больных скрытым сифилисом при тщательном обследовании можно выявить различные отклонения со стороны висцеральных органов, нервной системы.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., АБЗОИРОВ К.М.

РСНПЦ дерматологии и венерологии МЗ Рuz, г. Ташкент

Серорезистентность после специфического лечения сифилиса представляет на сегодняшний день все еще нерешенную проблему современной венерологии. Литературные источники представляют весьма широкий арсенал причин и концепций формирования серорезистентности при сифилисе.

Нами изучен 121 больной с серорезистентностью в возрасте от 18 до 65 лет. Анализ первично установленных диагнозов показал, что наиболее часто серорезистентность наблюдалась после лечения больных с диагнозом сифилис скрытый ранний — 64 (52,9%) больных, больных с вторичным рецидивным сифилисом было 30 (24,8%) человек, первичным серопозитивным — 12 (9,9%), вторичным свежим — 11 (9,1%), сифилисом скрытым поздним — 4 (3,3%).

Анализ методов лечения лиц с серорезистентностью выявил, что подавляющее большинство больных — 67 (55,4%) получали специфическое лечение производным бензатин-пенициллином G, водорастворимым пенициллином — 27 (22,3%), бициллинами 3–5 — 12 (9%), резервными антибиотиками — 15 (12,4%) больных.

Обследование соматического состояния больных выявило сопутствующую патологию со стороны различных органов и систем. Так, неврологические нарушения имелись у 18 (14,9%) больных, гематологические изменения (анемии, васкулиты и др.) — у 14 (11,6%), заболевания ЖКТ (хронические гастриты, язвенная болезнь, холециститы, колиты) — у 11 (9,1%); у 9 (7,4%) больных отмечались изменения со стороны ССС, у 6,6% — хронические заболевания дыхательной системы, у 5 (4,1%) — эндокринные нарушения (заболевания щитовидной железы), у 4 (3,3%) — заболевания мочеполовой системы. Заболевания нескольких органов и систем имелись у 14 (11,5%) больных. Кроме того, у больных отмечались статически достоверные различия в показателях клеточного и гуморального звена иммунитета.

Таким образом, выявлено, что наибольшее число развития серорезистентности отмечалось у больных с диагнозом скрытого раннего и вторичного рецидивного сифилиса. Развитию серорезистентности способствуют иммунологические сдвиги в организме, сопутствующая соматическая патология больных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО СИФИЛИСА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

ЯКОВЕНКО Г.Т., ПЫЛАЕВА Г.Н.

ВО ГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер» г. Владимир, Россия

Цель: Изучение особенностей течения манифестного сифилиса в настоящее время.

Материалы и методы: Проведен анализ 350 медицинских амбулаторных карт больных сифилисом. В исследование вошли пациенты, проходившие специфическое лечение в период с 2003 по 2007 г.

Результаты: В наблюдаемой группе больные мужчины составили 150 человек (43%), женщины 200 человек (57%). Количество больных с первичным сифилисом 68 человек (19%), вторичным 230 человек (66%).

Клинически первичный сифилис характеризовался наличием эрозивных твердых шанкров у 68%, язвенных — у 32% больных. Первичные аффекты носили множественный характер у 16% больных, что имеет эпидемиологическую значимость. Причиной множественных твердых шанкров является одновременное заражение в нескольких местах при наличии нескольких входных ворот инфекции.

Экстрагенитальную локализацию твердого шанкра имели 1,3% больных. Инфильтрат в основании твердого шанкра отсутствовал в 50%, что затрудняло дифференциальную диагностику сифилиса.

Осложненные первичные аффекты (баланопостит, фимоз) наблюдались у 18% больных. Высокий процент осложнений был обусловлен наличием микстинфекций либо попыткой самолечения. Регионарный аденит отчетливо определялся у большинства больных (94%), односторонний паховый аденит — у 29% больных, двухсторонний — у 71%. Специфический лимфангит (воспаление лимфатического сосуда на протяжении от твердого шанкра до регионарных лимфатических узлов) встречался в единичных случаях (2,1%). К моменту появления вторичных сифилидов сохранялись остатки эрозивных и язвенных шанкров в 42% случаев. Обильная розеолезная сыпь диагностировалась у 21% больных. Наиболее характерными высыпаниями для вторичного сифилиса были папулезные элементы. Они наблюдались у 61% больных. Папулы ладоней и подошв диагностировались у 24% больных, широкие кондиломы выявлялись у 12% пациентов. Диффузная мелкоочаговая алопеция выявлялась у 21%. Лейкодерма встречалась в 3%.

Выводы: Особенности течения сифилиса в настоящее время являются уменьшение реакции лимфатических сосудов на внедрение в организм бледной трепонемы, увеличение атипичных и осложненных форм твердого шанкра.

7. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ИНФЛИКСИМАБОМ НА ОСНОВЕ ПРОВЕДЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО–ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

КАГАНОВА Н.Л., ФРИГО Н.В., ЗНАМЕНСКАЯ Л.Ф., ЯКОВЛЕВА С.В., БУТАРЕВА М.М., ЖИЛОВА М.Б., РОТАНОВ С.В.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Поиск молекулярных маркеров эффективности и безопасности лечения больных псориазом, получающих терапию препаратом инфликсимаб, для создания персонализированного подхода к назначению лечения.

Методы и технологии: Для реализации поставленной цели исследования в ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» было проведено секвенирование гена *TNF-α* и его промоторной области, секвенирование первого экзона гена *TNF-R-I* и промоторной области данного гена и рестрикционный анализ гена *TNF-R-II* в позиции 196 G/T (rs 1061622) на выборке 28 больных псориазом, получающих терапию препаратом инфликсимаб.

Результаты: На первом этапе проведения молекулярно–генетических исследований был оптимизирован протокол экстрагирования ДНК из биоптатов кожи: 1) гомогенизация биоптатов кожи механическим способом при высокоскоростном движении (30 ударов/с) специальных металлических шариков с использованием автоматической станции для разрушения и гомогенизации биологических образцов TissueLyser II (фирма QIAGEN, Германия), 2) энзимно–детергентная обработка с использованием додецилсульфата натрия (ДСН) и протеиназы К и 3) выделение ДНК из лизатов с использованием коммерческого набора реагентов Diatom™ DNA Prep 100 (фирма IsoGen, Россия).

При секвенировании промоторной области гена *TNF-α* у подавляющего большинства больных псориазом изолированно или в сочетаниях были обнаружены следующие замены нуклеотидов (цифрами обозначена позиция, в которой произошла замена, относительно сайта начала транскрипции): –861 Т на С (генотип СС), –859 А на Т (генотип ТТ), –857 С на Т (генотип ТТ), –572 С на А (генотип АА). У нескольких больных изолированно или в сочетаниях обнаружен генотип GA в позиции –238, у одного больного — генотип GA в позиции –376. У одного пациента замен обнаружено не было. При проведении секвенирования гена *TNF-α* у пациентов изолированно или в сочетаниях были обнаружены следующие замены нуклеотидов: 478 G на A (генотип AA), 1164 C на T (генотип TT), 1293 A на G (генотип GG), 1371 A на G (генотип GG), 2729 T на G (генотип GG). У нескольких больных изолированно или в сочетаниях обнаружены генотипы GA в позиции 409 и генотип GA в позиции 478, у одного больного — генотип GA в позиции 840, у одного больного — генотип CT в позиции 1213, у одного больного — генотип AG в позиции 1293. У части пациентов (7 человек) замен обнаружено не было.

При секвенировании промоторной области гена *TNF-R-I* у подавляющего большинства больных псориазом обнаружена замена нуклеотидов Т на G в позиции –609 (генотип GG). Лишь у двух пациентов данная замена не обнаружена (генотип ТТ). При секвенировании первого экзона гена *TNF-R-I* у большинства пациентов обнаружен генотип AG в позиции 317, у пяти больных — генотип AA, у двух больных — генотип GG.

При проведении рестрикционного анализа гена *TNF-R-II* у девяти пациентов обнаружен генотип GG в позиции 196, у одиннадцати больных — генотип ТТ, у одного пациента — генотип GT.

Выводы: При сравнительном анализе полученных данных и клинической характеристики больных псориазом могут быть обнаружены некоторые закономерности, позволяющие прогнозировать терапевтическую эффективность планируемого лечения.

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КОЖНО–ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАТУНИН Г.Л., ФРИГО Н.В., РОТАНОВ С.В., КИТАЕВА Н.В.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Анализ лабораторных методов исследования, применяемых с целью диагностики нейросифилиса, в лабораториях кожно–венерологических диспансеров (КВД) субъектов Российской Федерации (РФ).

Методы и технологии: Для реализации поставленной цели исследования в ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» была разработана анкета–опросник, включавшая в себя вопросы о методиках лабораторного исследования ликвора, применявшихся в клинико–диагностических (серологических) лабораториях КВД субъектов РФ. Анкеты–опросники были направлены в 86 КВД субъектов РФ.

Результаты: Ответы на вопросы анкеты были получены из 61 (71%) серологической лаборатории. Анализ предоставленных данных показал, что только в 51 (83,6%) из 61 лаборатории КВД субъектов РФ, ответивших на анкету, проводили регулярное исследование ликвора.

Оценку содержания белка и цитологическое исследование ликвора осуществляли только в 12 (19,8%) серологических лабораториях КВД субъектов РФ. Для выявления специфических антител, ассоциированных с сифилитической инфекцией, наиболее часто применяли реакцию связывания комплемента (РСК) — в 45 (73,8%). Другие тесты применяли реже: реакцию иммунофлюоресценции (РИФц) — в 29 (47,5%) лабораториях; иммуноферментный анализ (ИФА) — в 29 (47,5%); реакцию микропреципитации (РМП) — в 15 (24,6%). Реакцию иммунизации трепонем (РИБТ) использовали в единичных лабораториях — в 4 (6,6%).

Распределение специализированных лабораторий, выполнявших исследование ликвора с целью диагностики нейросифилиса, по федеральным административным округам (ФО) РФ было представлено следующим образом: в Приволжском ФО — в 13 (100%) из 13 лабораторий, участвовавших в исследовании; в Уральском ФО — в 5 (100%) из 5; в Южном ФО — в 5 (83%) из 6; в Сибирском ФО — в 11 (85%) из 13; в Дальневосточном ФО — в 7 (78%) из 9; в Центральном ФО — в 6 (67%) из 9 и в Северо–Западном ФО — в 4 (67%) из 6.

Выводы: На настоящий момент организация клинического исследования образцов ликвора в специализированных лабораториях дерматовенерологического профиля не соответствует требованиям, предъявляемым к качеству диагностики нейросифилиса действующими нормативными документами (приказы Минздрава Российской Федерации № 87, 291 и 327). В условиях высокого уровня заболеваемости сифилисом в РФ это может служить фактором, способствующим увеличению частоты поражения нервной системы при раннем и позднем сифилисе. Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации диагностики нейросифилиса путем расширения сети КВД, осуществляющих лабораторную диагностику нейросифилиса, и внедрения для исследования ликвора современных высокочувствительных методов диагностики.

ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА

КРИВОРУЧКО А.Б., ИВАНОВ А.М., КРИВОРУЧКО О.Б., РАЗДОЛЬСКАЯ Н.В., ЗАСЛАВСКИЙ Д.В., АРТАМОНОВ К.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

M. hominis и *U. urealyticum*, по мнению большинства ученых, относятся к условным патогенам, об участии которых в развитии патологического процесса в урогенитальном тракте можно говорить лишь при выявлении их в количестве 1×10^4 м.к./мл и выше. Оптимальным и ведущим методом диагностики урогенитальной микоплазменной инфекции является метод культуральной диагностики. Результаты определения концентрации микоплазм в материале из урогенитального тракта не всегда соответствуют клинической картине заболевания. Причиной данных противоречий являются недостатки методики стандартного культурального исследования, которая отличается низкой достоверностью. В соответствии с данной методикой производится однократное разведение материала (1:100), посеянного на жидкую питательную среду, и при изменении цвета индикатора делается вывод о содержании микоплазм в концентрации 10^4 цветообразующих единиц (ЦОЕ) и более.

Проведены исследования по определению соотношения ЦОЕ на жидких питательных средах и колониеобразующих единиц (КОЕ) на плотных средах, являющихся информативными критериями оценки количества микроорганизмов в биологическом материале. Определяли пороговые концентрации микоплазм, при которых происходило изменение цвета жидкой питательной среды при десятикратных разведениях исследуемого материала. Результаты посева из пробирки с пороговой концентрацией микоплазм на плотную питательную среду и подсчет выросших колоний позволяли определить соотношения ЦОЕ и КОЕ. Установлено, что микоплазмы в концентрации 1×10^2 КОЕ и более способны изменить цвет жидкой питательной среды, а регламентированное методикой разведение в 10 раз позволяет определить концентрацию до 1×10^3 микробных клеток, что не соответствует общепринятому титру *M. hominis* 1×10^4 , свидетельствующему о наличии заболевания, вызванного микоплазмами, следовательно, одним из источников ошибок при количественной оценке результатов культивирования *M. hominis* является несоответствие между реальным содержанием возбудителя в исследуемом материале и рекомендациями по интерпретации этих данных, используемыми на практике.

Адекватная оценка этиологически значимых концентраций возбудителя по существующей схеме возможна только при проведении предварительной внутрилабораторной оценки ростовых свойств питательных сред для культивирования *M. hominis* и *U. urealyticum* с использованием типовых штаммов микроорганизмов.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА В ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ

¹ЛИПОВА Е.В., ²БОЛДЫРЕВА М.Н., ¹ВИТВИЦКАЯ Ю.Г., ¹ЧЕКМАРЕВ А.С.

¹ Курс лабораторной диагностики и лабораторной микологии при кафедре дерматовенерологии и клинической микологии ГОУ ДПО РМАПО, г. Москва;

² ГПУ ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России, г. Москва

Цель: Изучить значение преаналитического этапа в исследовании биоты урогенитального тракта женщин методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР РВ).

Материалы и методы: Методом ПЦР РВ исследовано 186 (100%) образцов, полученных из уретры, влагалища и цервикального канала шейки матки женщин репродуктивного возраста, обратившихся с лечебной или профилактической целью в КВД г. Москвы. Проведен сравнительный анализ эффективности метода ПЦР РВ в зависимости от техники получения клинического образца для исследования. Оценкой качества получения биопробы служило количество ДНК эпителиальных клеток, содержащихся в исследуемом образце. На основании проведенных ранее исследований было рассчитано абсолютное значение показателя контроля взятия материала (КВМ), свидетельствующее о достаточном количестве материала в исследуемой пробе. Оптимальная величина этого показателя должна составлять не менее 10^5 геномной ДНК человека. При величине показателя КВМ, меньшей, чем 10^4 , результат ПЦР анализа биоты считается недостоверным и требует повторного взятия биоматериала.

Результаты: Из 186 (100%) образцов 133 (71,5%) пробы были получены в соответствии со стандартами техники взятия клинического образца, 53 (28,5%) — произвольно, дерматовенерологами различных КВД. Объективная оценка достаточности биоматериала в исследуемой пробе на основании показателя КВМ продемонстрировала, что даже при условии соблюдения стандартов получения клинического образца (133; 100%), в 17,3% ($n = 23$), почти каждая пятая проба не пригодна для исследования, т.к. показатель КВМ составлял менее 10^5 . Соответственно абсолютное число микроорганизмов, идентифицируемых в данной пробе, не может иметь клинического значения. Произвольный способ получения биопроб (53; 100%) увеличивает число неадекватных исследований ПЦР РВ в 3,7 раза по сравнению со стандартными способами получения клинического образца, что затрудняет клиническую интерпретацию результатов. При этом КВМ меньше 10^5 составляет более половины исследованных образцов — 64,2%.

Выводы: Установлено, что выполнение протокола преаналитического этапа исследования ПЦР РВ на исследовании биоты урогенитального тракта повышает эффективность лабораторного анализа в 3,7 раза в сравнении с произвольной техникой получения биопроб. Показатель КВМ менее 10^5 свидетельствует о неадекватности взятия биопробы для исследования методом ПЦР РВ (в этом случае), и результат анализа не имеет клинического значения.

НОВЕЙШИЕ РАЗРАБОТКИ ФИРМЫ «ЭКОЛАБ» В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЧЁТА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ

МАРДАНЛЫ С.Г., ТОЛСТЫХ Н.С., БУРЛАК М.В.

ЗАО «ЭКОлаб», г. Электрогорск

В настоящее время в серодиагностике сифилиса применяются как трепонемные (ТТ), так и нетрепонемные (НТ) тесты. Имея в распоряжении спектр всех методов, а именно такой спектр предоставляет фирма «ЭКОлаб», с большей уверенностью можно правильно выстроить алгоритм диагностики сифилиса. Все ТТ на основе ИФА, разработанные фирмой «ЭКОлаб», универсальны для ручной постановки и при использовании анализаторов. В наборах реагентов предусмотрены таблицы определения титра положительного образца от КП. Для определения чувствительности ТТ и НТ фирма «ЭКОлаб» использует международный стандарт First International Standard serum (NIBSC, London/ UK) с количественным содержанием антител. Чувствительность набора «Сифилис–РПГА–тест» составляет 0,05 МЕ/мл. Чувствительность тестов, основанных на ИФА (тесты для определения суммарных антител и тест для выявления иммуноглобулинов класса G), коррелирует и составляет 0,01 МЕ/мл– 0,02 МЕ/мл. Возможен инструментальный учёт результатов РПГА и ИФА на отечественных фотометрах «Эксперт–лаб» и «Критерий–2» («Критерий–2» учитывает только результаты РПГА). Это позволяет документировать и сохранять результаты РПГА на электронном носителе, а в дальнейшем сопоставлять полученные данные. Чувствительность НТ «Сифилис RPR–тест» составляет 1,5 МЕ/мл. Все ТТ позволяют выявить наличие антител класса G к возбудителю сифилиса в спинномозговой жидкости. По данным исследований нашей фирмы, оптимальное предварительное разведение ликвора для диагностики методом РПГА составляет 1:5, далее — по схеме анализа образцов. В настоящий момент система проходит испытания в Государственном научном центре дерматовенерологии. Из числа НТ разработан новый микрофлюидный диагностический Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) на слайде, предусматривающий использование микроскопа X100. Именно этому методу в нашей стране принадлежит будущее в диагностике нейросифилиса. Новейшим верифицирующим ТТ, недавно разработанным нашей фирмой и уже успевшим зарекомендовать себя в программе рекламы, является «Лайн–Блот Сифилис». Относительно недорогостоящий высоко чувствительный и предусматривающий возможность ликвородиагностики, он так же универсален как в комплектации для ручной постановки, так и с помощью любого анализатора. Лабораторные испытания реакции проводилось на открытой системе фирмы TECAN ProfiBlot 48.

ОПТИМИЗАЦИЯ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ И ТРИХОМОНИАЗА

ПОЛЕВЩИКОВА С.А., ФРИГО Н.В., СОЛОМКА В.С.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Разработка селективных питательных сред для культуральной диагностики гонореи и трихомониаза.

Материалы и методы: Осуществлен подбор компонентов, включенных в состав селективной добавки к питательной среде для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae* и питательной среды и селективной добавки к ней для выделения и культивирования *T. vaginalis*. Проведен экспериментальный выпуск селективных питательных сред в жидкой, лиофильной и порошковидной форме, для чего использовались: лиофильная сушка, радиационная стерилизация, автоклавирование. Проведено изучение диагностической эффективности селективной добавки к питательной среде для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae* (на 50 штаммах *N. gonorrhoeae*, полученных из 10 лабораторий ДВУ различных субъектов Российской Федерации), а также питательной среды и селективной добавки к питательной среде для выделения и культивирования *T. vaginalis* (на 10 лабораторных штаммах *T. vaginalis*, выделенных от больных урогенитальным трихомонозом).

Результаты: В отделе лабораторной диагностики ИППП и болезней кожи ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» были проведены исследования, направленные на разработку отечественной селективной добавки к питательной среде для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae*, а также отечественной питательной среды и селективной добавки к ней для выделения и культивирования *T. vaginalis*. Разработанная селективная добавка к питательной среде для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae* показала высокую диагностическую эффективность, что выразилось в наличии ростовых и селективных свойств среды с добавкой, не уступавших свойствам общепризнанной среды для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae* — GC — агар с селективной добавкой VCAT (Бектон Дикинсон, США). Питательная среда и селективная добавка к питательной среде для выделения и культивирования *T. vaginalis* показали высокую диагностическую эффективность, что выразилось в наличии ростовых и селективных свойств, не уступавших и даже превышавших свойства общепризнанной среды для выделения и культивирования *T. vaginalis* — Трихосел бульон (Бектон Дикинсон, США). Патентное поле по разработке новой оригинальной селективной питательной среды для выделения и культивирования *T. vaginalis* и новой оригинальной селективной добавки для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae* оказалось чистым. Результаты патентных и собственных исследований послужили основанием для составления двух заявок на патент: «Селективная добавка для выделения и культивирования *Neisseria gonorrhoeae*» (№ 2008141991 от 23.10.2008) и «Питательная среда и селективная добавка к питательной среде для выделения и культивирования *Trichomonas vaginalis*» (№ 2008141988 от 23.10.2008).

Выводы: Таким образом, в ходе выполнения комплексной работы по разработке селективных питательных сред для выделения и культивирования возбудителей ИППП впервые были получены высокоэффективные: отечественная селективная добавка для выделения и культивирования *N. gonorrhoeae*, а также отечественная питательная среда и селективная добавка к питательной среде для выделения и культивирования *T. vaginalis*. Их использование для культуральной диагностики гонококковой и трихомонадной инфекций будет способствовать оптимизации выявления этих инфекций и снижению заболеваемости данными ИППП на территории Российской Федерации.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ШТАММОВ *N. GONORRHOEAЕ*, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ МОНО- И МИКСТИНФЕКЦИЯХ

СИНГУР О.А., ИСКАНДАРОВА О.В.

Краевой клинический кожно-венерологический диспансер, г. Владивосток

В настоящее время во всем мире и в России наблюдается рост инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Социальная значимость ИППП связана не только с экономическими затратами на лечение, но в первую очередь с риском для репродуктивного здоровья населения, так как вызывают воспалительные заболевания органов малого таза, простатиты, эпидидимиты, бесплодие. С целью оптимизации терапии воспалительных заболеваний мочеполового тракта нами ежегодно проводится мониторинг распространенности, частоты встречаемости моно- и микстинфекции, а также мониторинг резистентности возбудителей заболеваний.

Материалы и методы: Проводились мониторинг и оценка чувствительности штаммов *N. gonorrhoeae*, *Ur.urealyticum*, *M.hominis*, выделенных из клинического материала пациентов в возрасте 18–45 лет, обратившихся в ГУЗ КККВД. Диагноз подтвержден культурально. Оценка чувствительности к антибиотикам проводилась методом серийных разведений с определением МПК.

Результаты: В результате мониторинга распространенности в структуре ИППП, за последние 5 лет наблюдается некоторая тенденция к снижению заболеваемости гонореей, однако отмечается рост ИППП, вызванных *Ur.urealyticum*, *M.hominis*. Обращает внимание, что моноинфекция встречается только в 32% случаев. Нами зафиксировано, что за последние 5 лет (2005–2009 гг.) произошел рост удельного веса микст-форм в 1,7 раза с 40% до 68%. Наиболее часто регистрируются следующие микст-инфекции: *N. gonorrhoeae* + *Ur.urealyticum* в 10% случаев, *Ur.urealyticum*+ *M.hominis* — в 24%, *Ur.urealyticum*+ *M.hominis*+*G.vaginalis* — в 13%. Необходимо отметить, что в 32% случаев *N. gonorrhoeae* и *Ur.urealyticum* встречаются в ассоциации с *S.aureus*.

Одновременно проводили мониторинг резистентности к антибактериальным препаратам выделенных штаммов. Нами отмечено, что за пятилетний период наблюдается некоторый рост резистентности к антибиотикам, применяемым для лечения ИППП согласно стандарту среди моноинфекции. В то же время зафиксирован резкий подъем антибиотикорезистентности штаммов *Ur.urealyticum*, *M.hominis*, выделенных при микст-формах, а также среди штаммов *N. gonorrhoeae* и *Ur.urealyticum*, находящихся в ассоциации с *S.aureus*. Так, в 2005 году штаммы *N. gonorrhoeae* к доксициклину были резистентны в 27%, а в 2009 г. — 68% случаев, отмечен резкий подъем устойчивости к ципрофлоксацину — с 6% до 24% соответственно. Регистрируется существенный подъем антибиотикорезистентности и у выделенных штаммов *Ur.urealyticum*, *M.hominis*. Так, *Ur.urealyticum* и *M.hominis* были чувствительны к доксициклину в 100% в 2005 году, то к 2009 году зафиксировано уже 7% устойчивых штаммов, к джозамицину резистентность возрасла с 1% до 5%, а к спиромицину с 7% до 16% соответственно.

Выводы: За последние пять лет (2005–2009 гг.) чувствительность штаммов *N. gonorrhoeae* к наиболее часто применяемым в лечении антибиотикам снизилась почти в 2 раза, что, вероятно, объясняется, с одной стороны, выраженными адаптационными способностями гонококка, направленными на сохранение вида, с другой — нахождением в ассоциациях с другими микроорганизмами, где патогенность каждого вида усиливается. В то же время отмечено снижение чувствительности к антибактериальным препаратам выделенных штаммов *Ur.urealyticum*, *M.hominis* на 5–17% в среднем, что диктует необходимость проведения мониторинга за антибиотикорезистентностью возбудителей ИППП и прежде всего — *N. gonorrhoeae*.

БАЗА ДАННЫХ ШТАММОВ *N. GONORRHOEAЕ*, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОЛОМКА В.С., ПОЛЕВЩИКОВА С.А., НУРУТДИНОВА О.С., КУБАНОВ А.А.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Разработка и ведение базы данных по результатам изучения фено- и генотипических свойств возбудителей ИППП (в частности, *N. gonorrhoeae*) в Российской Федерации.

Материалы и методы: База данных возбудителей ИППП в Российской Федерации была разработана ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» для систематизации сведений о свойствах культур *N. gonorrhoeae*, накопленных в ходе выполнения мероприятий Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» в 2007–2008 годах. Изучение свойств штаммов *N. gonorrhoeae* проводилось микробиологическими (видовая идентификация *N. gonorrhoeae* и определение чувствительности штаммов гонококка к антимикробным препаратам (АМП) методом серийных разведений в агаре) и молекулярно-генетическими методами (ПЦР, прямое секвенирование фрагментов генома *N. gonorrhoeae*, мини-секвенирование с последующим масс-спектрометрическим анализом).

Результаты: База данных культур штаммов *N. gonorrhoeae* размещена в Интернете на самостоятельном веб-сайте www.gp-top.ru и общедоступна. В базу данных помещены на хранение результаты изучения фено- и генотипических свойств штаммов *N. gonorrhoeae*, выделенных от пациентов из различных субъектов Российской Федерации. Разработанная база данных является реляционной, то есть каждая запись в таблице содержит информацию, относящуюся только к одному конкретному объекту. Формат базы данных культур штаммов *N. gonorrhoeae* сопоставим с международной базой NG-MAST для возможности обмена получаемыми данными и прослеживания клонального родства и распространения микроорганизмов, вызывающих ИППП. Основным аспектом применения сведений, заключенных в базе данных, является доведение доступной информации до специалистов лечебно-профилактических учреждений дерматовенерологического профиля, при этом специалист получает информацию о чувствительности возбудителя ИППП к АМП на уровне федеральных округов и конкретных субъектов Российской Федерации. Пользователям веб-сайта доступна следующая информация: количество изолятов *N. gonorrhoeae*, полученных из субъектов Российской Федерации; процент чувствительных, умеренно резистентных и резистентных к АМП штаммов *N. gonorrhoeae*; частота распространения генетических детерминант устойчивости *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам; распределение молекулярных типов *N. gonorrhoeae*, циркулирующих в Российской Федерации. Данные, размещенные на веб-сайте, исключают возможность персональной идентификации пациентов, от которых были получены образцы биологического материала.

Выводы: Ведение и регулярное пополнение информационных ресурсов мониторинга антибиотикорезистентности возбудителей ИППП позволяет проводить как научную, так и практическую работу по предупреждению распространения возбудителей

ИППП в Российской Федерации, анализировать полученную информацию о преобладающих механизмах резистентности микроорганизмов к АМП на территории Российской Федерации и доводить ее до сведения врачей дерматовенерологических учреждений. Базы данных дают также возможность изучать клональное родство микроорганизмов, вызывающих ИППП, как на территории Российской Федерации, так и за ее пределами, а также прогнозировать их распространение и контролировать эпидемиологическую ситуацию по ИППП.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ *N. GONORRHOEAЕ* В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2007 — 2008 ГГ.)

СОЛОМКА В.С., ПОЛЕВЩИКОВА С.А., ФРИГО Н.В., ЛЕСНАЯ И.Н., КУБАНОВ А.А.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: Сравнительное изучение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам (АМП) среди штаммов, выделенных в 2007 и 2008 годах от больных острой неосложненной гонококковой инфекцией из различных субъектов Российской Федерации.

Материалы и методы: Мониторинг антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* с определением чувствительности выделенных штаммов к АМП проводился в рамках подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)». В 2007 году из 36 субъектов Российской Федерации было собрано 660 жизнеспособных штаммов *N. gonorrhoeae*, а в 2008 году из 30 субъектов Российской Федерации — 900 жизнеспособных штаммов *N. gonorrhoeae*. Чувствительность *N. gonorrhoeae* к АМП (пенициллин, тетрациклин, цiproфлоксацин, спектиномицин, азитромицин, цефтриаксон) изучалась методом серийных разведений в агаре в соответствии с критериями CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institution).

Результаты: Сравнительный анализ результатов мониторинга антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae*, проводившегося в 2007 — 2008 годах, показал, что увеличилось число штаммов, не чувствительных к пенициллину (с 72,4% в 2007 году до 80,4% в 2008 году) и тетрациклину (с 67,2% в 2007 году до 85,1% в 2008 году). Число штаммов, не чувствительных к цiproфлоксацину, в среднем по Российской Федерации изменилось незначительно (в 2007 году — 55,1%; в 2008 году — 53,9%). Отмечено возрастание резистентности *N. gonorrhoeae* к спектиномицину (с 4,5% в 2007 году до 8,5% в 2008 году) и азитромицину (с 1,3% в 2007 году до 5,5% в 2008 году). Отсутствие устойчивых к азитромицину штаммов выявлено лишь в Уральском и Сибирском Федеральных округах. На протяжении 2007–2008 годов в Российской Федерации продолжал регистрироваться высокий уровень чувствительности *N. gonorrhoeae* к цефтриаксону (100%).

Выводы: Результаты мониторинга антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae*, проведенного на протяжении 2007–2008 гг., подтверждают необходимость исключения пенициллина, тетрациклина и цiproфлоксацина из схем лечения гонококковой инфекции в Российской Федерации, т.к. уровень резистентности к ним *N. gonorrhoeae* значительно (в десятки раз) превосходит уровень, рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения для назначения лечения гонококковой инфекции данными препаратами. Препаратом выбора для лечения гонореи в Российской Федерации является цефтриаксон. Лечение гонореи спектиномицином во всех федеральных округах Российской Федерации и лечение гонореи азитромицином во всех федеральных округах, кроме Уральского и Сибирского, рекомендовано проводить только под контролем определения чувствительности *N. gonorrhoeae* к данным АМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СРЕДИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

ТЕМНИКОВ В.Е., ЛОБАНОВА И.В., ДИДЕНКО И.В.

ГУЗ КВД Ростовской области, г. Ростов–на–Дону

Бактериологическое исследование было проведено у 23 больных хроническим уретритом, у которых методами бактериоскопии, ПЦР и ИФА не выявлялись возбудители хламидиоза, микоплазмоза, гонореи, трихомониоза и предшествующая эмпирическая антибиотикотерапия оказалась неэффективной. Возраст обследованных мужчин колебался от 24 до 58 лет, в среднем $29,6 \pm 0,4$ года, давность заболевания не менее 1,5 лет. Все изоляты оценивались с точки зрения их значения в качестве возбудителей инфекций мочеполовых путей, также был определен вид всех микроорганизмов. Выделение возбудителей, получение чистых культур, их идентификация и оценка клинической значимости осуществляли в лаборатории ГУЗ КВД Ростовской области, с использованием автоматического бактериологического анализатора (WalkAway–40/96, производства США).

Состав возбудителей инфекций мочеполовых путей представлен в 82% случаев грамположительными кокками (*S. sciuri*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S. aureus*). В 9% случаев обнаружены энтеробактерии (*E. coli*), у 9% получили — *Candida albicans*. Эти данные не согласуются с результатами подобных исследований, показывающими, что *E. coli* является основным патогеном, вызывающим инфекции мочеполовых путей. По нашему мнению, это связано с тем, что многие пациенты с подобными клиническими проявлениями не сдают посев отделяемого уретры и получают эмпирическую антибактериальную терапию.

При оценки чувствительности грамположительных кокков следует отметить высокую устойчивость к пенициллинам (оксациллин, ампициллин), МИК=>32 мкг/мл; макролидам (эритромицин, азитромицин), МИК=>16 мкг/мл; тетрациклинам, МИК=>16 мкг/мл. Средняя чувствительность выявлена к препаратам цефалоспоринового ряда, МИК=>8 мкг/мл. Свыше 95% штаммов были чувствительны к препаратам группы фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин, цiproфлоксацин), МИК<=2 мкг/мл.

В заключение следует отметить, что, планируя антибактериальную терапию больных с инфекцией мочеполового тракта, не вызванной хламидиями, микоплазмами, трихомонадой и гонореей, необходимо учитывать результаты индивидуальной чувствительности определенных штаммов микроорганизмов у данных пациентов. При этом средством выбора остаются фторхинолоны, среди которых преимуществом обладает левофлоксацин.

СОСТОЯНИЕ КОЛЛЕКЦИИ ШТАММОВ, ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И КЛИНИЧЕСКИХ ОБРАЗЦОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СОЗДАННОЙ НА БАЗЕ ФГУ «ГНЦД РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»

ФРИГО Н.В., РОТАНОВ С.В., ПОЛЕВЩИКОВА С.А., СОЛОМКА В.С.

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Оценка состояния коллекции штаммов, генетического материала и клинических образцов возбудителей инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), и перспектив ее развития.

Методы и технологии: В 2004 году в рамках выполнения работ по развитию системы мониторинга изменчивости и контроля качества лабораторной диагностики возбудителей ИППП на базе ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» была создана коллекция штаммов, генетического материала и клинических образцов возбудителей ИППП, которая поддерживается и пополняется по настоящее время. Хранение биологического материала коллекции штаммов, генетического материала и клинических образцов возбудителей ИППП осуществляется в условиях низкой температуры (минус 70–80° С). Для обеспечения сохранности генетического материала, поддержания жизнеспособности штаммов и клинических образцов возбудителей ИППП проводятся работы по рекультивированию штаммов. Для аттестации образцов биологического материала, содержащегося в коллекции, применяются следующие методы: микробиологические — бактериоскопический, бактериологический, определение чувствительности штаммов к антимикробным препаратам (АМП); молекулярно-генетические — выделение ДНК возбудителя из биологического материала, полимеразная цепная реакция, молекулярное типирование; регламентированные серологические реакции на сифилис — РПГА, РМП, ИФА, РИБТ, РИФ.

Результаты: В настоящее время на хранении в коллекции штаммов, генетического материала и клинических образцов возбудителей ИППП находятся: 3533 культуры *N. gonorrhoeae*, выделенных в ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» с 2004 по 2009 годы из числа предоставленных лечебно-профилактическими учреждениями дерматовенерологического профиля субъектов Российской Федерации; 75 образцов биологического материала, содержащего возбудитель сифилиса *T. pallidum*; 1810 образцов сыворотки крови больных сифилисом, содержащих специфические антитрепонемные антитела, охарактеризованных в комплексе регламентированных серологических реакций; 40 образцов клинического материала, содержащего ДНК *S. trachomatis*.

Выводы: Наличие уникальной коллекции штаммов, клинических образцов возбудителей ИППП и их генетического материала позволяет: проводить мониторинг показателей устойчивости микроорганизмов к АМП в субъектах РФ и отслеживать появление новых генотипов возбудителей; изучать эпидемиологические закономерности распространения ИППП; осуществлять единый государственный учет патогенных микроорганизмов, вызывающих ИППП.

8. КОСМЕТОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ И ПИЛИНГОВ BIOMEDIC В ТЕРАПИИ ACNE VULGARIS

ГЛАЗКОВА Л.К., ЮТЯЕВА Е.В.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Проблема acne vulgaris наиболее актуальна у молодых людей в возрасте 16–35 лет (до 85% пациентов). Для данного дерматоза характерно длительное рецидивирующее течение, формирование поствоспалительных дефектов кожи. Пациенты молодого возраста желают получить быстрый косметический эффект, не меняя при этом свой образ жизни.

Для молодых людей особенно привлекательны те технологии, которые позволяли бы одновременно купировать воспаление, осветлять кожу и не вызывали бы значительных побочных эффектов.

5% и 10% LHA–пилинги Biomedic La Roche–Posay активно отшелушивают на уровне рогового слоя эпидермиса, оказывая выраженное комедонолитическое, противовоспалительное и осветляющее действие. При сочетанном применении с азелаиновой кислотой оказывают потенцирующее действие друг на друга.

Под нашим наблюдением находились 13 женщин в возрасте от 18 до 22 лет, средний возраст $20,5 \pm 1,5$ лет. Длительность заболевания составила $6,5 \pm 1,5$ лет. У всех пациенток диагностирована папулопустулезная форма acne vulgaris. Симптомкомплекс «постакне»: атрофические рубцы — у 8 (62%), гиперпигментация — у 6 (46%) обследованных.

Все пациентки получили 4 сессии пилингов с интервалом в 2 недели. Первая процедура проводилась 5% раствором, остальные — 10% раствором пилинга Biomedic. Предпилингвая подготовка и постпилингвый уход осуществлялись азелаиновой кислотой. Отмечена хорошая переносимость процедуры пилинга, во время которой только 2 пациентки отметили выраженное жжение. В период постпилинга покраснение и шелушение было незначительным, регрессировало в течение 3–4 суток, что не мешало обычному ритму жизни пациенток.

Средний показатель теста на общую угревую нагрузку (total acne load) до лечения достигал $46,69 \pm 21,46$ балла, на фоне терапии наблюдалось динамичное уменьшение количества высыпаний. Наибольшему регрессу подвергались комедоны с периферической эритемой, папулы и пустулы диаметром ≥ 2 мм. На 30–й день показатель теста на общую угревую нагрузку снизился на 50,41% и фиксировался на уровне $23,15 \pm 14,26$ балла; к 4–й процедуре пилинга было достигнуто снижение индекса на 73,48% от исходного, что составило в среднем $12,38 \pm 9,88$ балла ($p \leq 0,001$). Отмечалось значительное осветление, выравнивание окраски кожи, сглаживание атрофических рубцов.

Выраженный терапевтический и косметический эффект пилингов Biomedic в сочетании с азелаиновой кислотой позволяет рекомендовать их для терапии acne vulgaris, коррекции постакне.

РОЛЬ АНТИБОТУЛОТОКСИНОВЫХ АНТИТЕЛ В НЕЭФФЕКТИВНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ

ДОВБЕШКО Т.Г.

ГОУ ДПО Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт–Петербург

Ботулотоксин типа А (БТА) применяется в эстетической медицине с целью коррекции гиперкинетических морщин и лечения гипергидроза. Однако в практике встречаются случаи неэффективности ботулинотерапии. Они могут быть связаны с препаратом (нарушение условий транспортировки и хранения), с врачом–специалистом (неправильно выбранные мышцы–мишени, неадекватная дозировка препарата, нарушения в технике выполнения инъекции), с пациентом (несоблюдение рекомендаций после проведения процедуры, наличие антител). БТА является иммуногенным белком и способен стимулировать выработку нейтравливающих антиботулотоксиновых антител, приводящих к снижению чувствительности пациента к препарату, что способствует ослаблению либо полному отсутствию клинического эффекта. В доступной отечественной литературе не описаны результаты исследований иммунорезистентности к терапии препаратами ботулотоксина. Поэтому целью нашей работы явилось изучение наличия антител к БТА у пациентов. Определяли антитела к БТА методом пассивной гемагглютинации у 237 человек. Из них первую группу составили пациенты (39 человек), получившие БТА по эстетическим показаниям и не имевшие желаемого результата. Во вторую группу вошли пациенты неврологического профиля (44 человека), получавшие БТА в лечебных целях. Третью группу, контрольную (154 человека), составила случайная выборка пациентов. Выявлено, что у 17,5% человек контрольной группы в крови содержится антитела к БТА в различных титрах, от низких до высоких. Среди пациентов неврологического профиля, леченных препаратами БТА, антитела в крови присутствуют у 80%. Пациенты эстетического профиля, у которых ботулинотерапия оказалась малоэффективной, содержали антитела к БТА в 87% случаев. Полученные результаты свидетельствуют о том, что антитела к БТА могут встречаться у пациентов до лечения, обуславливая первичную резистентность к ботулотоксину. Продукция антител возрастает на фоне ботулинотерапии, особенно при использовании малых, «эстетических», доз препарата. Путем преодоления антителозависимой резистентности к БТА может явиться повышение дозы применяемого препарата.

АНАЛИЗ И ПРОФИЛАКТИКА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В ОПЕРАТИВНОЙ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ

ДУБЕНСКИЙ В.В.

Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь

Актуальность: Лечение новообразований кожи (НОК) и определение показаний к лечебной тактике является заключительным и важнейшим этапом работы с пациентом, качественное выполнение которого может влиять на социальную адаптацию больных. Планируем оперативное вмешательство при опухолях кожи, необходимо учитывать радикальность удаления новообразования с обеспечением наилучшего косметического эффекта, на уровень которого могут влиять те или иные осложнения.

Цель исследования: Анализ архивных материалов историй болезни 3147 пациентов, которым выполнены удаления новообразований кожи по эстетическим и медицинским показаниям методом радиоволновой хирургии.

Результаты исследования: Нами проведен анализ архивных материалов историй болезни, который позволил выявить осложнения, причинами которых стали факторы эндогенного и экзогенного характера, способные повлиять на ход оперативного вмешательства и дальнейшее течение репаративного процесса. Среди эндогенных факторов риска развития интраоперационных и послеоперационных осложнений необходимо выделить эндокринопатии (сахарный диабет, гипер- и гипотиреоз), инфекционные процессы, системные заболевания.

Наибольшее значение имеют местные факторы развития осложнений, к которым, прежде всего, относятся характеристики самого образования, подлежащего удалению.

Размеры НОК: при размерах раны до 9–11 мм² вероятность формирования послеоперационного рубца незначительная, при большей площади послеоперационной раны вероятность формирования рубца прямо пропорциональна ее размерам, при условии глубины раны до сосочкового слоя дермы.

Глубина залегания опухоли (при размерах операционной раны > 11 мм²), вероятность формирования рубца прямо пропорциональна ее глубине.

Этиология НОК. Вирусная природа опухоли подразумевает глубокую эксцизию и сопровождается такими осложнениями, как кровотечение, нарушение пигментации, рубцевание.

Локализация НОК. Удаление опухолей в зонах активного кровоснабжения (лицо, волосистая часть головы, гениталии) представляет риск развития геморрагий. Вместе с тем удаление образований в некоторых топографических областях сопряжено с генетически детерминированным патологическим рубцеванием в виде формирования атрофических и келоидных рубцов (кончик носа, мочки ушных раковин, кожа груди, верхней части спины).

Тип кровоснабжения НОК. Наличие магистрального питающего сосуда, способного явиться источником кровотечения интраоперационно и отсроченного. Среди НОК эпителиального происхождения наиболее часто магистральный тип кровоснабжения можно обнаружить у подошвенных бородавок (до 60% случаев); среди соединительно-тканых опухолей — у дерматофибром (более 40%), твердых фибром (более 60%), мягких фибром (более 50%). Среди опухолей меланоцитарной системы магистральный тип кровоснабжения чаще определяется у внутридермальных невусов (более 80% случаев).

Наряду с эндогенными причинами осложнений экзогенные факторы можно разделить на две основные группы: осложнения, обусловленные несоблюдением пациентом рекомендаций врача по уходу за послеоперационной раной, и осложнения, связанные с тактикой и принципами рационального использования техники оперативного вмешательства по поводу НОК (неадекватный выбор метода лечения, неверный расчет режимов воздействия, несовершенство техники выполнения процедуры и т.д.).

Таким образом, факторы риска возникновения осложнений при удалении НОК весьма разнообразны. **Они могут явиться причиной неудач на всех этапах лечения: во время операции, в ближайшие часы и дни после нее, спустя продолжительный период времени**, что позволяет выделить следующие категории:

Интраоперационные осложнения: острое кровотечение, термическая травма тканей.

Ранние послеоперационные осложнения: локальные послеоперационные отеки, обширный послеоперационный некроз, вторичные кровотечения, инфекционное воспаление раны, ранний рецидив, активация фоновых заболеваний.

Поздние послеоперационные осложнения: формирование гипертрофических и келоидных рубцов, рубцовые деформации, гипер- и гипопигментации, поздние рецидивы опухоли.

Заключение: В большинстве случаев осложнения хирургии НОК связаны с действиями врача, совершенными при оценке статуса больного, природы заболевания, топографии и размеров опухоли или неправильно выбранной тактики лечения.

АНТИВОЗРАСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ДНК–РНК–КОМПЛЕКСОВ

КОРОЛЬКОВА Т.Н., АМБАРЦУМЯН Л.Л., ГОМА С.Е.

ГОУ ДПО Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт–Петербург

Гиалуроновая кислота составляет основу аморфного вещества дермы. Она способна связывать и удерживать большое количество воды, создавая таким образом тургор кожи. С возрастом количество гиалуроновой кислоты в дерме начинает снижаться, о чём сигнализируют появляющиеся признаки биологического старения. В последнее время одним из направлений антивозрастной терапии является мезотерапевтическое введение гиалуроновой кислоты, при этом механизм действия данной процедуры направлен на восполнение возникающего с возрастом дефицита гиалуроновой кислоты в коже. Также с целью профилактики и коррекции возрастных изменений кожи широко применяется мезотерапевтическое введение препаратов ДНК и РНК (например, деринат, натрия нуклеоспермат и т.д.). Нуклеиновые кислоты внеклеточно стимулируют местные иммунные реакции, активируют клеточный метаболизм. Целью работы явилась оценка воздействия терапии препаратами гиалуроновой кислоты и ДНК–РНК–комплексов на функциональные параметры кожи. Вводили мезотерапевтически препарат ДНК и РНК 11 пациенткам с внешними признаками старения кожи, а также препарат гиалуроновой кислоты с ДНК и РНК–комплексами — 9 пациенткам, еженедельно, 4 процедуры на курс. Исследовали параметры эластичности кожи, влагосодержание и pH рогового слоя эпидермиса перед началом курса, в середине и по окончании, для измерений использовали прибор Cutometer MPA 580 (Courage&Khazaka, Германия) с соответствующими датчиками. У всех пациенток достигнут хороший эстетический эффект, выраженный в уменьшении явлений сухости кожи, повышении ее тургора, разглаживании мелких морщин. Курс мезотерапевтического введения препарата гиалуроновой кислоты с ДНК и РНК–комплексами не вызывал побочных эффектов и пациенток и хорошо ими переносился. Инструментальное исследование выявило положительное воздействие обоих препаратов на параметры эластичности кожи пациенток, выраженное главным образом в достоверном изменении показателей вязко–упругих свойств кожи на 22–35%. Вероятно, курс мезотерапевтического введения как только ДНК–РНК–комплексов, так и их сочетания с гиалуроновой кислотой не оказывает влияния на упругость, обусловленную волокнистыми структурами кожи, а модулирует вязко–упругие свойства кожи в сторону увеличения упругой компоненты (либо уменьшения вязкой) за счет гидратации дермы, способствуя снижению «усталости» кожи, повышению ее упругости, тургора.

ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕНСИВНОЙ ГИДРАТАЦИИ СУХОЙ КОЖИ ЛИЦА

МАЛОВА И.О., ОЛЕЙНИКОВА Ю.В., ПАНЧЕНКО Д.С.

Кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС ИГМУ,
ГУЗ «Областной центр врачебной косметологии» г. Иркутск, Россия

Цель исследования: Оценка морфофункционального состояния сухой кожи лица и его динамика в процессе интенсивной гидратации кожи препаратом Локобейз РИПЕА, состав которого отличается высоким содержанием липидов, идентичных липидам здоровой кожи. Крем содержит керамид 3, холестерин, олеиновую и пальмитиновую кислоты, наночастицы парафина, жидкий парафин, глицерин и вазелин.

Для зрелой кожи характерно нарушение синтеза липидов рогового слоя, в том числе холестерина, что способствуют уменьшению числа ламеллярных телец и ослаблению барьерных свойств липидных структур. Причиной возрастной сухости кожи также является снижение гидратации рогового слоя из дермы, что обусловлено ухудшением микроциркуляции и снижением синтеза белков, необходимых для переноса влаги из дермы в эпидермис.

Под нашим наблюдением находились 42 женщины в возрасте от 47 до 59 лет. Ведущими жалобами были: снижение тонуса кожи, сухость, чувство стягивания кожи после умывания. Крем Локобейз РИПЕА наносился 1 раз в сутки в течение 14 дней. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин в возрасте от 48 до 57 лет.

Для оценки состояния кожи использовали ультразвуковой сканер DUB (Германия). В данной возрастной категории нормальные значения толщины эпидермиса составили $0,138 \pm 0,031$ мкм, дермы — $1,47 \pm 0,1$ мкм. Толщина эпидермиса у наших пациенток составила $0,129 \pm 0,028$ мкм, дермы — $1,39 \pm 0,2$ мкм. У данной группы женщин выявлены эхоструктурные инволюционные особенности кожи лица: истончение, неравномерная толщина и прерывистость эпидермиса, уменьшение толщины дермы, визуальное увеличение общей площади гипозоженных участков дермы.

Биомеханические свойства кожи оценивали на компьютеризированном многофункциональном приборе Soft 5,5 (Италия). Выявлено снижение показателей влажности и эластичности кожи. При значениях влажности контрольной группы $48,4 \pm 1,7$ усл. ед. показатель наших пациенток был снижен до $39,8 \pm 1,9$ усл. ед., что соответствовало обезвоженной, слабо увлажненной коже. При нормальных значениях эластичности $14,7 \pm 1,2$ усл. ед. параметры изучаемой группы составили $10,9 \pm 0,5$ усл. ед. (низкоэластичная). Констатировано смещение pH кожи в сторону щелочного диапазона в разной степени: $6,2 \pm 0,1$ (в контрольной группе pH кожи $6,0 \pm 0,2$).

После применения крема Локобейз РИПЕА у 39 (92%) женщин отмечалось уменьшение сухости кожи лица, у 30 (72%) — уменьшение чувства стягивания кожи после умывания, у 18 (43%) — повышение тонуса кожи.

При ультразвуковом сканировании кожи по сравнению с исходным состоянием отмечались изменения структуры эпидермиса в виде его уплотнения, уменьшения неровности; толщина эпидермиса составила $0,136 \pm 0,023$ мкм. Показатели структуры дермы достоверно не изменялись.

При повторном мониторинге биомеханических свойств кожи было зафиксировано повышение показателей: влажности — до $47,2 \pm 1,2$ усл. ед., эластичности — до $13,9 \pm 1,5$ усл. ед. Наблюдалась тенденция к нормализации уровня pH кожи до $5,9 \pm 0,2$ усл. ед.

Таким образом, применение крема Локобейз РИПЕА способствует положительной динамике морфофункционального состояния сухой кожи лица.

ВЛИЯНИЕ ПИЛИНГОВ С РЕТИНОВОЙ И β -ЛИПОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТАМИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КОЖИ

МАТЫЦИН В.О., ШЕПИЛОВА И.А., БАЛАШОВА А.В., РОДИОНОВА Е.Н.

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург

Пилинги являются одной из наиболее распространенных косметических процедур, применяющихся в коррекции возрастных изменений кожи. В последнее время рецептуры пилингов совершенствуются за счет введения липофильных веществ, хорошо проникающих через эпидермальный барьер. Так, например, β -липогидрокси кислота (β -ЛГК) имеет углеводородную цепочку, придающую молекуле липофильность, а ретиноевая кислота, помимо изначально присущей ей липофильности, обладает сигнальной функцией. Хорошо известен клинический эффект пилингов, однако тонкие механизмы воздействия пилингов на функциональные параметры кожи слабо освещены в доступной литературе и недостаточно изучены. Целью работы явилось изучение влияния пилинга с ретиноевой и β -ЛГК кислотами на функциональные параметры кожи. Обследована группа женщин в возрасте от 31 года до 60 лет. Пациентки получали химический пилинг с ретиноевой и β -ЛГК кислотами на область лица, шеи, декольте. Перед процедурой пилинга в течение десяти дней пациентки проводили подготовку кожи с использованием 20% лосьона гликолевой кислоты для уменьшения толщины рогового слоя. Исследовали содержание меланина и гемоглобина в коже, влагосодержание рогового слоя эпидермиса (Mexameter MX 18, Corneometer CM 825, Courage&Khazaka, Германия) исходно, после 10-дневной подготовки 20% гликолевой кислотой, непосредственно перед пилингом, через 14 и 28 дней после пилинга. Обнаружено, что пилинги с ретиноевой и β -ЛГК кислотами обладают сходными эффектами на функциональные параметры кожи. Так, на 14-й день достоверно повышались значения эритемы на 13,6% ($p < 0,01$) по сравнению с показателями до начала подготовки кожи. К 28-му дню происходило некоторое снижение значений эритемы (на 8% выше исходных, $p < 0,05$), однако они оставались высокими относительно исходных. Данная тенденция имеет место после разрешения островоспалительных явлений и характеризуется стойкой активацией кровотока в микрососудистом русле, которая способствует улучшению питания кожи. Влагосодержание рогового слоя эпидермиса на 14-й день после пилинга с ретиноевой кислотой имеет тенденцию к росту на 9,6% ($p < 0,1$) и сохраняется на 28-й день ($p < 0,1$). Сходная тенденция к росту (на 12,6%, $p < 0,01$) влагосодержания эпидермиса отмечена на пилинге β -ЛГК: на 28-й день. Таким образом, пилинги с ретиноевой и β -ЛГК кислотами способствуют улучшению питания кожи и увлажнению рогового слоя эпидермиса, тем самым обеспечивая оптимальное функционирование эпидермального барьера.

ПРИМЕНЕНИЕ ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА (IPL) В ТЕРАПИИ СОСУДИСТЫХ И ПИГМЕНТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

МЕДВЕДЕВА О.В., ГОЛЬЦОВА Е.Н.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС с курсом врачебной косметологии, г. Тюмень

Проблема устранения пигментных и сосудистых поражений у пациентов является одной из весьма актуальных в дерматокосметологии. Для решения данных проблем в настоящее время в медицинской практике используются аппараты с источником широкополосного интенсивного импульсного света (IPL) с широким диапазоном длин волн от 515 до 1200 нм. Широкое развитие получило одно из направлений светолечения — фотоомоложение.

Цель работы: Изучить эффективность широкополосного импульсного света (IPL) в терапии сосудистых и пигментных патологий кожи.

Применяемые методы и технологии: Сеансы фотоомоложения проводились на световой установке — аппарате **LUMENIS ONE**, использовалась терапевтическая световая головка с отсекающим фильтром 560 нм, лечебные вспышки проводились прицельно на пораженный участок сериями по 2 импульса продолжительностью от 2 мс до 6 мс, с интервалом термической релаксации от 15,0 мс до 20 мс. Мощность энергетического потока варьировала от 23 до 32 Дж/см², охлаждение рабочей поверхности световой насадки — до 0° градусов по Цельсию. Проводилось от 3 до 5 процедур фотоомоложения пораженного участка кожи. Интервал между процедурами составлял 3—4 недели.

Результаты работы: Пролечено 12 пациентов с телеангиэктазиями кожи носа, щек и 9 пациентов с солнечным лентиго кистей рук. В ходе динамического наблюдения в период лечения отмечено: у 8 пациентов телеангиэктазии полностью разрешились, у 4 отмечено постепенное обесцвечивание пораженного участка кожи, в дальнейшем наблюдалось выравнивание рельефа и тона кожи. На фоне лечения у пациентов с солнечным лентиго кистей рук пигментные пятна исчезли или значительно осветлились и фрагментировались.

Выводы:

- Процедуры фотоомоложения, проводимые на аппарате с источником широкополосного интенсивного импульсного света (IPL), являются эффективным методом в лечении пациентов, страдающих пигментными и сосудистыми патологиями кожи.
- Процедуры фотоомоложения безопасны, неинвазивны, безболезненны для лечения пациентов различных возрастных групп.
- Технология широкополосного импульсного света (IPL) позволяет за один сеанс фотоомоложения устранить сразу несколько косметических недостатков.

PELLEVE — НОВЕЙШАЯ СИСТЕМА РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА

ТРУФАНОВ В.Д.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии РУДН, г. Москва

Потеря упругости кожи является наиболее частой косметологической жалобой среди лиц среднего и пожилого возраста. Вместе с тем все большее число пациентов предпочитает решать эту проблему не радикальным хирургическим вмешательством, а терапевтическими неабляционными методами разглаживания морщин. 19 мая 2009 года Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) официально одобрило применение новой системы подтяжки кожи PELLEVE «для неинвазивного лечения кожных складок и морщин слабой и средней выраженности». PELLEVE представляет собой монополярную систему нехирургической коррекции дряблости кожи с использованием атравматичной радиочастоты 4,0 МГц. В основе ее лежит запатентованная технология емкостного сопряжения, благодаря которой генератор, не затрагивая эпидермис, передает через кожу большой поток энергии в ткани дермы для нагревания кожи и подкожного жирового слоя. Тепло стимулирует изменение существующих коллагеновых волокон, а также образование новых коллагеновых фибрилл. Кроме того, согласно результатам исследований под воздействием высокочастотного монополярного излучения в клетках человеческой кожи увеличивается экспрессия гена, ответственного за синтез коллагена. Система PELLEVE является дальнейшим развитием метода радиочастотного лифтинга РАДИАЖ, разработанного компанией Ellman International (США) — создателем первого в мире радиоволнового медицинского генератора «Сургитрон». Система состоит из высокочастотного генератора нового поколения «Сургитрон DF-120 S5», который вырабатывает переменный сигнал с частотой 4,0 МГц, легко регулируемый по мощности врачом, и рабочих наконечников диаметром 5, 10, 15 и 20 мм, с помощью которых энергия высокочастотного излучения направляется в строго определенную зону кожи. Глубина и степень термического повреждения тканей зависит от геометрических особенностей и размеров рабочего наконечника аппарата, а также от особенностей электропроводности обрабатываемых тканей. Для тканей с более высоким импедансом (например, для подкожной жировой клетчатки) характерна генерация большего количества тепла и, как следствие, более выраженный термический эффект. Наконечники, применяемые в системе PELLEVE, имеют не сферическую, а «приплюснутую» форму, что усиливает и ускоряет нагревательный эффект. Результаты исследования, проведенного итальянскими и американскими врачами-дерматологами на группе из 83 женщин и 10 мужчин с дряблостью кожи малой и средней тяжести, показали наличие видимого положительного эффекта от применения одной процедуры PELLEVE: через 30 дней — в 90,3% случаев, через 60 дней — 88,2% и через 90 дней — 87,1%. Достоверность результатов подтверждена независимыми специалистами FDA.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ IPL-ТЕХНОЛОГИИ В ТРИХОЛОГИИ

ХАРИТОНОВА Е.Е., ИГНАТЮК М.А., ЦИСАНОВА Н.И., КАРАЧУНОВ Р.А.

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург

В дерматологической практике «проблема волос» пациентов играет довольно значительную роль. Заболевания волос составляют по частоте примерно 4–8% от общего количества кожных заболеваний. Одной из основных проблем и направлений современной трихологии является поиск новых средств, направленных на восстановление роста волос. В настоящее время

в практической деятельности дерматокосметологов широко применяется импульсное широкополосное оптическое излучение (IPL–технологии). Частным случаем применения является фотопилиция — метод, основанный на разрушении ростковой части волосяной луковицы в результате фототермической реакции. Однако было замечено, что при нарушении режимов эпиляции вместо прекращения роста волос наблюдался их усиленный рост. Это наблюдение послужило основанием предположить возможность применения низких энергий импульсного широкополосного света в качестве метода стимуляции роста волос. Проведено пилотное исследование влияния низких энергий импульсного широкополосного света на рост волос на 8 здоровых волонтерах. Облучали однократно участок тела размером 5x5 см импульсным широкополосным светом с энергетическим максимумом в зоне 695 нм и удельной энергией 25 Дж/см². Перед процедурой и спустя 6 недель проводилось анкетирование волонтеров (по объективным и субъективным признакам) и фотографирование, а также микровидеодиагностика волос, включающая в себя трихограмму и фототрихограмму (на микровизиографе Aramo SG с 60– и 200–кратным увеличением, подключенном к компьютеру, с программным обеспечением Trichoscience 1.6). Подсчитывали количество волос на 1 см², их средний диаметр, процентное соотношение волос, находящихся в фазе анагена (фазе роста) и фазе телогена (фазе выпадения). Исследование показало, что пониженные дозы широкополосного импульсного оптического излучения статистически достоверно увеличивали плотность волос и их средний диаметр. Подавляющее большинство больных субъективно отметили эффект усиления роста волос. Таким образом, настоящее исследование показало, что низкая интенсивность импульсного широкополосного оптического излучения является стимулирующим фактором для роста волос. Этот факт открывает перспективы применения и необходимость дальнейшего изучения импульсной фототерапии в лечении различных форм облысения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕХАНИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ В КОРРЕКЦИИ ЛОКАЛЬНЫХ ЖИРОВЫХ ОТЛОЖЕНИЙ И ЛЕЧЕНИИ ГИНОИДНОЙ ЛИПОДИСТРОФИИ

ШЕПИЛОВА И. А., СОГОМОНЯН А. В., ПОЛИЙЧУК Т. А., РОМАНОВ Д. А., ЧАПЛЫГИН А. В.

ГОУ ДПО Санкт–Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт–Петербург

Лечебные физические факторы активно используются в коррекции таких широко распространенных косметических дефектов, как локальные жировые отложения и гиноидная липодистрофия (целлюлит). При этом одним из наиболее часто применяемых факторов являются механические колебания: ультразвук и вибрация. Однако в настоящее время не определены оптимальные режимы проведения процедур для коррекции локальных жировых отложений и гиноидной липодистрофии. Также неизвестно, способны ли механические колебания влиять, негативно либо позитивно, на состояние эпидермального барьера и механических свойств дермы. Изучали влияние различных параметров интенсивности ультразвукового (УЗ) воздействия при коррекции локальных жировых отложений и вибровакuum–терапии у пациентов с различными стадиями и клиническими формами гиноидной липодистрофии. Обследовано пять групп пациенток (по 8–10 человек в группе). Четырём группам пациенток с локальными жировыми отложениями в области бедер и ягодиц проводили УЗ–терапию с разной мощностью для каждой группы: 0,8 1,2 1,6 и 2,0 Вт/см² соответственно. Курс УЗ–терапии составил 7–10 процедур, интервал 3–4 дня, время воздействия на зону 3–4 мин, использован аппарат «Ionto–sono» (Германия), с площадью излучателя 5 см². Для вибровакuum–терапии использован аппарат ВВМ–01–«Нолар» (Россия). Курс лечения составлял 10 процедур 2 раза в неделю, время воздействия 30 мин. Степень разрежения вакуум–апликатора 50–60 кПа, частота колебаний 30–50 Гц. Перед началом и в ходе курса терапии проводили объективное обследование пациентов, фотографирование, а также исследование функциональных параметров кожи: влагосодержание и рН рогового слоя эпидермиса, исследование эритемы и меланина кожи, исследование механических свойств кожи. Установлено, что вибровакuum–терапия была эффективна у всех пациенток, УЗ–терапия оказывала эффект на высоких мощностях, не менее 2,0 Вт/см². Отмечено уменьшение объема подкожной жировой клетчатки, сглаживание поверхностного рельефа. При этом оба метода не оказывали влияния на изучаемые функциональные параметры кожи. Таким образом, показана эффективность и безопасность для кожи исследованных методов коррекции локальных жировых отложений и гиноидной липодистрофии.

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

ЮЦКОВСКАЯ Я. А., КИЗЕЙ И. Н.

ГОУ ВПО «ВГМУ «Росздрава», ООО «Профессорская клиника Юцковских», г. Владивосток

В последние годы внимание практикующих специалистов привлекают вопросы эффективности лечения папилломавирусной инфекции (ПВИ) человека на коже и половых органах, что связано с ростом распространенности инфекции, ее высокой контагиозностью и доказанной онкогенностью. Так как вирусные новообразования кожи (НК) занимают особенное положение на стыке трёх дисциплин — дерматологии, онкологии и иммунологии, в г. Владивостоке на базе ООО «Профессорская клиника Юцковских» («ПКЮ») с 1997г. создана специализированная служба комплексного подхода к диагностике и лечению НК. По данным ООО «ПКЮ» с 2004 по 2009 год в структуре НК наиболее часто к дерматологу обращались пациенты с НК вирусной природы — 20,3%, 37% после предшествующего лечения с развитием рецидива ПВИ. Поэтому в клинической практике при наличии торпидного, длительного течения ПВИ, частых рецидивах целесообразно сочетание методов эксцизии папиллом с иммунотропной терапией. За истекший период радиоэксцизия проведена 1800 пациентам с вирусными папилломами кожи. Оперативное вмешательство осуществляли на аппарате «Сургитрон» в режимах: разрез, разрез–коагуляция, коагуляция, фульгурация, при мощности волны «4», при поверхностных образованиях, и на «7» — при более глубоких, что способствовало более радикальному удалению пораженной ткани. В зависимости от размеров и локализации НК использовали петельные, ромбовидные, широкие игльчатые и шариковые электроды. При необходимости дополнительно производили обработку раны в режиме фульгурации широким игльчатым электродом с мощностью волны «5». Таким образом, достигалась деструкция близлежащих здоровых тканей без значительного косметологического дефекта и обеспечивалось полное соблюдение мер анти– и абластики. Все удаляемые новообразования планово направлялись на гистологическое исследование. Анализ показал, что после эксцизии у 87% не наблюдалось болезненности и послеоперационного отека, инфильтрация отмечена в 3,7% случаев, кровотечение — в 8,9%. Заживление раны происходило с минимальным образованием рубцовой ткани на 16,0 ± 0,28–е сутки: эпителизация на 7–10–е сутки, эпидермизация на 14–21–е сутки. При контрольном наблюдении 230 пациентов в течение 1 года рецидивы за–

фиксированы у 13,5%. Длительный мониторинг результатов эксцизии ПВИ на коже и половых органах прибором «Сургитрон™» указывал на правильный выбор метода, дающий возможность прогнозировать практическое отсутствие осложнений.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТКЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ МЕТОДА «PELLEVE» (АППАРАТ «SURGITRON DF120») ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

ЮЦКОВСКАЯ Я.А., ТАРАСЕНКОВА М.С.

ГОУ ВПО «ВГМУ «Росздрава», ООО «Профессорская клиника Юцковских», г. Владивосток

С целью усовершенствования комплексных программ профилактики и коррекции возрастных изменений кожи лица в современной косметологии используются аппаратные методики и малоинвазивные процедуры, что определяет актуальность проводимого исследования. Принцип метода «Pelleve» основан на воздействии высокочастотного электрического поля с целью контролируемого прогрева дермы и подкожной жировой клетчатки. Тепловой эффект создается за счет сопротивления радиочастотному току в коже и подкожной ткани, что приводит к немедленной подтяжке кожи и улучшению ее текстуры. Немедленный лифтинг-эффект обусловлен дермальным отеком и контролируемым термосокращением волокон коллагенового каркаса кожи. Отсроченный эффект достигается за счет того, что разогрев дермы запускает ряд компенсаторных механизмов, включая пролиферацию фибробластов, усиление местного кровоснабжения и ускоренную продукцию неокколлагена. Восстановление коллагенового каркаса дермы обеспечивает стойкий эффект омоложения кожи, заключающийся в сокращении ее площади, улучшении тургора и уменьшении длины и глубины морщин. На клинической базе ГОУ ВПО «ВГМУ «Росздрава» ООО «Профессорская клиника Юцковских» в г. Владивостоке проводятся постклинические испытания метода «Pelleve» (аппарат «Surgitron DF120»). В исследовании участвуют социально активные женщины в возрасте 30–45 лет. С согласия пациентов другие методы воздействия на кожу с целью коррекции возрастных изменений лица исключены. Методы исследования: стандартная диагностика кожи (рН-метрия, себуметрия, гидрометрия, эластометрия, термометрия), местный цитокиновый статус, ультразвуковое сканирование кожи, гистологическое исследование. По предварительным результатам, наиболее выраженный эффект (улучшение качества кожи, лифтинг-эффект, разглаживание поверхностных морщин) наблюдался у пациенток в возрасте 30–40 лет. Все пациентки отметили хорошую переносимость процедуры, ее безболезненность, с разрешением отека и гиперемии кожи в течение 30–60 минут. Окончательные результаты исследования будут освещены в последующих публикациях.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ- ЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 4

Алмазова А.А.	15, 16
Амозов А.М.	19
Атабеков Н.С.	23
Афанасьева И.Г.	13
Аюпова В.З.	22
Базанов Е.К.	15
Бердицкая Л.Ю.	20
Бильдюк Е.В.	21
Валиева А.З.	17
Васильева М.Ю.	20
Васильченко А.В.	19
Вафина Г.Г.	21
Выговская Т.Л.	22
Галлямова Ю.А.	21
Гараева З.Ш.	12
Гарифуллина И.В.	21
Гильмутдинова И.В.	22
Григорьева Н.С.	26
Грудцына И.В.	22
Долженицина Н.А.	13, 22
Дудко В.Ю.	26
Ермошина Е.А.	11
Земцов М.А.	12
Зильберберг Н.В.	23, 24
Ибрагимов Ш.И.	23
Ибрагимова Р.З.	12
Извекова А.К.	23
Кениксфест Ю.В.	23
Китаева Н.В.	13
Корюкина Е.Б.	27
Корякин С.А.	18
Кохан М.М.	24
Кубанов А.А.	4
Кубанова А.А.	4, 11
Кузнецова Е.Д.	18, 19
Кузнецова Н.П.	13
Кулин И.А.	24
Кулагина Л.М.	14
Кунгуров Н.В.	23, 24
Лесная И.Н.	4, 11, 25
Лучинина Д.Г.	14
Мавлютова Г.И.	12
Мажарова М.И.	12
Мангитов О.В.	23
Мартынов А.А.	4, 11
Марцинковский Д.А.	24
Масюкова С.А.	25
Мелехина Л.Е.	13
Мельниченко Н.Е.	15
Меркулова С.А.	15
Микешина А.В.	15
Минуллин И.К.	21
Морозова Е.В.	19
Олонцева Т.В.	18
Петрова Н.Н.	26
Платонов А.А.	15
Платонов А.В.	15
Полевщикова С.А.	25
Полякова А.А.	15, 16
Попова Н.И.	15
Разумова С.А.	25
Римар О.Г.	24
Ротанов С.В.	25
Савоськин А.Н.	26
Сенчугов С.В.	26

Смирнова И.О.	26
Смирнова Т.С.	26
Соломка В.С.	25
Сонин Д.Б.	11
Столяров А.А.	15
Сырнева Т.А.	20, 27
Таишева Л.А.	17
Титугина А.Ю.	18, 19
Торопова Н.П.	18
Тураев Р.Г.	15
Тухтарова М.В.	26
Уфимцева М.А.	24
Фриго Н.В.	25
Фризин В.В.	14
Фризин Д.В.	14
Хисматуллина З.Р.	22
Чащин А.Ю.	13
Чеботарев В.В.	12
Чернышова М.П.	21
Шакуров И.Г.	18, 19
Шегай М.М.	25
Шпакова Н.А.	22
Юлдашев К.А.	23
Юцковский А.Д.	14

2. ДЕРМАТОЛОГИЯ 28

Абдуллаходжаев К.А.	58
Авдиенко И.Н.	28
Арифов С.С.	28, 29
Ахтямов С.Н.	32
Бабаджанов О.А.	28
Баднина Е.И.	29
Балтер И.А.	29, 32, 50, 60
Баранова О.В.	35
Басиева К.Б.	39
Баткаев Э.А.	29, 35
Безуглый А.П.	30
Беликов А.Н.	30
Белоусова Т.А.	31
Блахнина А.В.	31
Блинова Е.С.	37, 38
Бородулина Е.А.	32, 50
Бутов Ю.С.	32
Бычкова Н.Ю.	33, 34
Васенова В.Ю.	32
Волкова Е.Н.	34
Волкова С.Б.	35
Волошин Р.Н.	49
Ворожцов Г.Н.	32, 35
Габидуллин З.Г.	37
Галанова Е.А.	36
Галимов Р.К.	38
Гамаюнов Б.Н.	36, 54
Гараева З.Ш.	37
Гафаров М.М.	37, 38
Глазкова Л.К.	47
Глубокова И.Б.	38
Гольцова Е.Н.	41, 59
Горчаков Д.А.	39
Горчакова М.А.	39
Грашкин В.А.	39
Гребенников В.А.	49
Давоян З.В.	51
Данилевская Р.С.	39
Демина О.М.	32
Джалилов Д.С.	39
Джанашия К.П.	40
Долгих Т.И.	48
Дубенский Вл.В.	40

Ермошина Н.П.	41
Ефимов Б.А.	44
Жуков А.С.	57
Зайнуллина О.Н.	37
Зайцева Ю.Н.	41
Зараева И.Ф.	48
Звонков Е.Е.	42
Зиганшин О.Р.	42
Ибрагимов Ш.И.	58
Иванюк В.Н.	50
Ильяшенко Н.С.	51
Илюшкина Е.А.	42
Имянитов Е.Н.	57
Исабаев Б.А.	39
Исмагилов А.И.	29
Катханов А.М.	55
Катханова О.А.	55
Комлева Л.Ф.	30
Коннов П.Е.	43, 51
Коннова Т.В.	51
Короткий Н.Г.	36, 43, 44, 45, 53, 54, 56
Костина С.В.	43
Костров А.В.	51
Кострова М.А.	51
Кравченко С.К.	42
Кривов Л.И.	36
Кряжева В.Н.	62
Кубанов А.А.	28
Кубылинский А.А.	31, 44, 61
Кузина З.А.	39
Кузина И.Т.	49
Кузнецова Е.Д.	38
Кузюнова А.В.	44
Кузьмин С.Г.	32, 35
Кукало С.В.	45
Кулагина Е.В.	44
Куликова О.Д.	40
Курдина М.И.	45
Кязимов Г.А.	46
Лазутина Е.В.	43
Левончук Е.А.	46
Левчик Н.К.	47
Летаева О.В.	47
Лимарева Л.В.	43
Литвин А.А.	54
Логинова С.П.	34
Лоншакова Т.М.	34
Ляпустина С.В.	34
Ляховецкий Б.И.	47
Макаренко Л.А.	45
Макляков Ю.С.	49
Макова Г.Н.	47
Максудходжаева Л.Х.	58
Маркина Н.Ю.	45
Матушевская Е.В.	54
Медведева О.В.	59
Медведчиков Е.К.	48
Мельник А.П.	36, 48
Мельниченко Н.Е.	52
Меркулова С.А.	52
Мокина Я.В.	42
Молчанов Ю.А.	49, 52
Мохаммад С.С.	49
Набока М.В.	50
Насникова И.Ю.	45
Негматов Б.И.	54

Никонова И.В.	43
Новиков А.И.	48
Ольховская К.Б.	52
Орлов Е.В.	32, 50, 51
Охлопков В.А.	48
Павленко Т.Я.	39, 51
Пазина М.В.	56
Пантелеева Г.А.	51
Перетолчина Т.Ф.	47
Перламутров Ю.Н.	52
Петричук С.В.	40
Пилипенко Л.П.	52
Пилюгин Н.В.	57
Платонов А.В.	49, 52
Поздеев О.П.	33
Попов И.В.	54
Правдина О.В.	48
Рахматов Т.П.	39
Русак Ю.Э.	53
Рюмин Д.В.	29
Саатов Б.Т.	29
Савинова А.Ф.	53
Самцов А.В.	57
Сидоренко Н.А.	51, 53
Сидоренко О.А.	51, 53
Скрипкин Ю.К.	54
Смирнов А.И.	51
Смолина Е.Р.	48
Соколова Т.Ф.	48
Соловьева Е.Г.	49
Сорокина К.Н.	56
Стенина М.А.	36
Султанова З.З.	60
Сучкова Т.Н.	36, 54
Табашникова А.И.	29, 32, 50, 60
Тверской Р.М.	36, 48
Терентьев С.Ю.	41
Тихомиров А.А.	36, 54
Тлиш М.М.	55
Торбина О.В.	55
Торопова Н.П.	56
Туктамышева Л.В.	56
Уджуху В.Ю.	31, 44, 45, 53
Умеров О.И.	29
Усовецкий И.А.	56
Фахретдинова Х.С.	56
Филимонкова Н.Н.	47
Филиппов В.Е.	60
Фоминых Т.С.	62
Хаертдинова Л.А.	37
Хайретдинова Р.М.	57
Хайрутдинов В.Р.	55
Халидова Х.Р.	57
Хлюпина Е.В.	58, 59
Хлюпина Е.В.	59
Чаплыгин А.В.	57
Чеботарев В.В.	59
Чекрыгина М.В.	30
Чуверова К.А.	60
Шакуров И.Г.	60
Шарова Н.М.	43, 56
Шахмаматов Н.Р.	60
Шахмаматова С.Р.	60
Ширшакова М.А.	61
Шкарупа Н.А.	53
Шкода С.А.	29

Школьников М.М.	32	Болдырева М.Н.	74	Сехин С.В.	74	Юлдашев К.А.	97, 98
Штиршнайдер Ю.Ю.	61	Болехан А.В.	81	Скидан Н.И.	76, 78	Юлдашев К.К.	97
Юркина А.Н.	33	Борисова Л.А.	87	Сорокина Е.А.	75	Яковенко Г.Т.	98
Яковенко Г.Т.	62	Борисова М.Ф.	87	Сухина И.А.	81		
Яковлев А.Б.	62	Бочанова Е.Н.	74	Теличко И.Н.	81		
Яковлев И.М.	36, 48	Бунакова Л.К.	74	Титова М.В.	81		
Яковлева Н.В.	41	Витвицкая Ю.Г.	74, 85	Тлиш М.М.	83		
Янин Д.В.	51		86	Торопова И.А.	74		
3. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ		Волкова Е.Н.	75	Трофимов Д.Ю.	74	7. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ	
Бакуров Е.В.	65	Воронина Л.Г.	75	Уджуху В.Ю.	71	Артамонов К.В.	100
Волгин В.Н.	63	Гаврилова О.В.	89	Файзуллина Е.В.	74	Болдырева М.Н.	100
Галимова Д.М.	66	Герасимова Н.М.	76, 83	Фризин Д.В.	74	Бурлак М.В.	101
Дубенский Вл.В.	63, 64	Гизатуллина Р.Д.	77	Халидова Х.Р.	89	Бутарева М.М.	99
Елькин В.Д.	64	Гизингер О.А.	76	Хамаганова И.В.	90	Витвицкая Ю.Г.	100
Иванов П.А.	66	Гизингер О.А.	87	Хрянин А.А.	90	Диденко И.В.	103
Клюев Д.П.	63	Гилязева Г.Р.	77	Цурикова Е.Ю.	91	Жилова М.Б.	99
Ключарева С.В.	65	Гирш В.А.	77	Цыганкова Е.П.	74	Заславский Д.В.	100
Ламоткин И.А.	63	Глазкова Л.К.	77	Чащин А.Ю.	72	Знаменская Л.Ф.	99
Малишевская Н.П.	65	Горбунов А.П.	76, 78	Чеботарев В.В.	74	Иванов А.М.	100
Романова В.Л.	65	Гринев А.В.	74	Чекмарев А.С.	85	Искандарова О.В.	102
Сабынина Е.Е.	66	Гриценко В.А.	71	Чекмарев А.С.	86	Каганова Н.Л.	99
Садовская М.В.	63	Гульятеев М.М.	88	Чернова Н.И.	87, 88	Катунин Г.Л.	99
Седова Т.Г.	64	Гуськова И.А.	74	Чечула И.Л.	74	Китаева Н.В.	99
Селиванова О.Д.	65	Дехнич А.В.	74	Шаталова А.Ю.	91	Криворучко А.Б.	100
Соколова Т.В.	63	Долженицина Н.А.	81	Штиль О.О.	75	Криворучко О.Б.	100
Странадко Е.Ф.	63	Дубенский В.В.	78	Юнусова Е.И.	72	Кубанов А.А.	102, 103
Файзуллин В.А.	66	Дубенский Вл.В.	78, 79	6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СИФИЛИСА		Лесная И.Н.	103
Файзуллин Я.В.	66	Елисеева Е.В.	74	Абзоиров К.М.	98	Липова Е.В.	100
Файзуллина Е.В.	66	Еньшина И.Н.	72	Агаев Р.А.	92	Лобанова И.В.	103
Халдин А.А.	64	Ершов Ф.И.	88	Бильдюк Е.В.	92	Марданлы С.Г.	101
4. КЛИНИЧЕСКАЯ МИКОЛОГИЯ		Залялеева С.А.	80, 81	Вафина Г.Г.	92	Нурутдинова О.С.	102
Айрапетян Н.Р.	69	Заславский Д.В.	89	Ворожьева И.М.	93	Полевщикова С.А.	101, 102
Бутов Ю.С.	67	Зимица Т.А.	81	Глузмин М.И.	92, 97	Раздольская Н.В.	100
Васенова В.Ю.	67	Зубарев А.Р.	89	Горланов И.А.	92	Ротанов С.В.	99, 104
Воробьев С.В.	68	Иванов А.М.	81, 89	Даниленко С.А.	95	Сингур О.А.	102
Гармонов А.А.	67	Игликов В.А.	84	Зайцева Г.А.	94, 97	Соломка В.С.	101, 102
Гусова З.Р.	68	Ильин Л.А.	75	Заславский Д.В.	92	Темников В.Е.	103
Дубенский В.В.	67	Карянов В.П.	82	Земцов М.А.	93	Толстых Н.С.	101
Дубенский Вл.В.	67	Касаткин Е.В.	82	Ивасюк Г.Н.	94	Фриго Н.В.	99, 101
Ермошина Н.П.	68	Катханов А.М.	83	Катунин Г.Л.	93	Чекмарев А.С.	100
Жучков М.В.	68	Катханова О.А.	83	Кидалов М.Б.	94	Яковлева С.В.	99
Ильшенко Н.С.	68	Ковганко И.А.	90	Китаева Н.В.	93	8. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
Касихина Е.И.	69	Козлов Р.С.	74	Князева Г.А.	97	Амбарцумян Л.Л.	106
Матушевская Е.В.	69	Козлов Р.С.	74	Кошкин С.В.	94, 97	Балашова А.В.	107
Павленко Т.Я.	68	Корчагина О.В.	72	Курбанова Н.К.	97	Глазкова Л.К.	105
Позднякова О.Н.	69	Криворучко А.Б.	89	Мавлютова Г.И.	92	Гольцова Е.Н.	108
Свирцевская Е.В.	69	Кубылинский А.А.	71	Мажарова М.И.	93	Гома С.Е.	106
Сергеев Ю.В.	69	Кузнецова Н.П.	72	Мамаева Т.А.	97	Довбешко Т.Г.	105
Сидоренко О.А.	68	Кузнецова Ю.Н.	83	Минуллин И.К.	96	Дубенский Вл.В.	105
Уразлин Н.У.	70	Кузнецкова Т.В.	84	Нахаев В.И.	93	Игнатюк М.А.	108
Шахматов Н.Р.	70	Левчик Н.К.	76	Низамова Н.Ю.	96	Карачунов Р.А.	108
Шахматова С.Р.	70	Летяева О.И.	76, 84,	Новиков А.И.	94, 95	Кизей И.Н.	109
5. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			87	Новиков Ю.А.	95	Королькова Т.Н.	106
Абдрахманов Р.М.	80, 81	Лецкалюк Ю.Ф.	85	Новоселов В.С.	95	Малова И.О.	107
Александрова О.Ю.	74	Липова Е.В.	74, 85,	Орлова Л.И.	94, 95	Матыцин В.О.	107
Аль-Сабунчи Т.В.	71	Лысенко О.В.	84	Петрова Ю.А.	94	Медведева О.В.	108
Аль-Сабунчи Т.В.	71	Мангитов А.К.	89	Платонова О.В.	96	Олейникова Ю.В.	107
Андрейчев В.В.	71	Мешкова М.Е.	81	Пылаева Г.Н.	98	Панченко Д.С.	107
Апчел А.В.	81	Митичкина Е.В.	75	Радул Е.В.	95	Полийчук Т.А.	109
Афанасьева И.Г.	72	Михайлова Е.А.	75	Репина Т.В.	94	Родионова Е.Н.	107
Бабаев О.Р.	85	Непомящая Т.И.	86	Рокицкая В.Н.	96	Романов Д.А.	109
Баткаев Э.А.	85	Никитин В.Ю.	81	Романов А.А.	95	Согомонян А. В.	109
Батыршина С.В.	72, 73	Орлов Е.В.	87	Ротанов С.В.	93	Тарасенкова М.С.	110
Белькова Ю.А.	74	Ортенберг Э.А.	74	Самойлик И.Б.	92	Труфанов В.Д.	108
Бердникова Н.Е.	72	Осипова Л.В.	87	Сафина Ф.Г.	96	Харитоновна Е.Е.	108
Бережанский Б.В.	74	Первушина Е.А.	75	Федосеев А.С.	95	Цисанова Н.И.	108
Бикмамбетова И.И.	85	Перламуртов Ю.Н.	87, 88	Фриго Н.В.	93	Чаплыгин А.В.	109
		Петрусенко Э.И.	85	Чеботарев В.В.	93	Шепилова И.А.	107, 109
		Пивень Н.П.	90	Чермых Т.В.	94, 97	Ютяева Е.В.	105
		Полонский В.О.	88	Чермошнцев А.А.	94	Юцковская Я.А.	109, 110
		Раджапова Р.С.	89	Шевченко А.Г.	92, 97		
		Раздольская Н.В.	89				
		Резайкин А.В.	89				
		Родионова Г.В.	89				
		Савичева А.М.	74				