

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ

II ВСЕРОССИЙСКИЙ
КОНГРЕСС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ



25-28 сентября 2007 год

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ

II ВСЕРОССИЙСКИЙ
КОНГРЕСС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ



25-28 сентября 2007 год

СОСТАВИТЕЛИ СБОРНИКА

Под редакцией

Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, академика РАН
Кубановой Анны Алексеевны

Редакционный совет:

Акимов В.Г.	— д.м.н., профессор
Волнухин В.А.	— д.м.н.
Знаменская Л.Ф.	— к.м.н.
Китаева Н.В.	— к.м.н.
Лесная И.Н.	— к.м.н.
Надгериева О.В.	— к.м.н.
Рахматулина М.Р.	— к.м.н., доцент
Резайкина А.В.	— д.м.н., профессор
Степанова Ж.В.	— д.м.н., профессор
Фриго Н.В.	— д.м.н.

Ответственные за выпуск:

Васильева М.Ю.
Шульман А.Я.
Цыганова Е.М.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	4
II. ДЕРМАТОЛОГИЯ	31
III. МИКОЛОГИЯ	112
IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	119
V. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ДЕРМАТОЗОВ	154

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

О системе практической подготовки врачей общей практики по вопросам дерматовенерологии

Амозов М. Л.
ОКВД, г. Мурманск

Необходимость взаимодействия между врачами общей практики и врачами–дерматовенерологами в вопросах организации специализированной дерматовенерологической помощи населению не требует детальной дополнительной аргументации. На базе Мурманского областного кожно–венерологического диспансера организован постоянно действующий практический курс стажировки на рабочем месте для врачей общей практики. Приказом комитета по здравоохранению Мурманской области определен порядок направления на стажировку врачей общей практики. Продолжительность стажировки 2 раза в год по 7 дней.

В период подготовки врачи общей практики обучаются непосредственно на рабочем месте под руководством опытных врачей–дерматовенерологов вопросам тактики ведения различных групп больных. Отрабатываются наиболее часто встречающиеся ситуации диагностики ИППП и кожных заболеваний, уделяется внимание правильному заполнению статистической документации при регистрации ИППП и заразных кожных заболеваний.

В первую очередь, в течение 2005–2006 гг., прошли подготовку врачи общей практики, работающие в отдаленных поселках области, где отсутствует врач–дерматовенеролог. По окончании подготовки врач общей практики имеет возможность осуществлять оперативное консультирование с закрепленным куратором — врачом–дерматовенерологом из Областного кожно–венерологического диспансера по сложным вопросам ведения дерматовенерологических больных. Особое внимание также уделяется выработке правильных, эпидемиологически обоснованных решений, принимаемых врачами общей практики при выявлении подозрений на ИППП.

Главной задачей данного вида практической подготовки врачей общей практики является четкое разграничение полномочий при различных клинических ситуациях между врачами общей практики и врачами–дерматовенерологами.

Выводы: выбранная нами форма практической подготовки врачей общей практики по дерматовенерологии позволяет ускорить адаптацию врачей общей практики при решении вопросов тактики ведения больных дерматовенерологического профиля, снизить число тактических и диагностических ошибок, обеспечить организованное методическое руководство деятельностью конкретного врача общей практики.

Экономическая эффективность поэтапного оказания медицинской помощи больным дерматологического профиля

Амозов М. Л., Горбовая Т. В., Филиппова Н. М.
ОКВД, г. Мурманск

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации одной из актуальных задач в настоящее время является оптимизация стационарной помощи, проведение ее реорганизации, внедрение новых ресурсосберегающих технологий.

Наиболее перспективным направлением является внедрение эффективной поэтапной системы оказания специализированной стационарной помощи в лечебно–профилактических учреждениях, что позволит обеспечить рациональное использование финансовых ресурсов. Целью нашей работы явилось определение экономической эффективности поэтапного оказания медицинской помощи больным в ГУЗ «Мурманский областной кожно–венерологический диспансер».

На основании данных медицинской документации изучены группы больных, госпитализированных в круглосуточный стационар диспансера в 2003–2005 гг., определена реальная потребность каждой группы в пребывании на койках круглосуточного стационара в течение всего периода лечения, выделена группа больных, подлежащих поэтапному оказанию медицинской (лечебной) помощи. Разработаны механизмы этапности оказания медицинской помощи.

Поэтапное оказание медицинской помощи осуществляется следующим образом: I этап — лечение на койках круглосуточного стационара, II этап — долечивание на койках стационара дневного пребывания. Определены и внедрены в практику работы показатели к переводу больных на II этап лечения. Все без исключения медицинские карты больных, получивших поэтапное оказание медицинской помощи, подвергались экспертной оценке, проводился анализ эффективности, своевременности проведения лечебных мероприятий, качества оказания медицинской помощи, оценка медицинской и экономической эффективности.

Результаты: на основании данных ретроспективного анализа случаев госпитализации на койки круглосуточного пребывания в 2003–2005 гг. установлено, что медицинские показания для круглосуточного наблюдения, проведения лечебных процедур не менее 3 раз в сутки имели 56,8% больных, социальные показания — 43,2% пациентов, из которых: 17,6% — лица преклонного возраста (60 лет и старше), имеющие показания к госпитализации, но не требующие круглосуточного наблюдения, основным мотивом лечения в круглосуточном стационаре которых явились трудности, связанные с ежедневным проездом в диспансер для проведения обязательных процедур; 22,9% — пациенты, проживающие в отдаленных районах Мурманской области, также не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, но не имеющие возможности для ежедневного проезда в диспансер на процедуры; 2,7% — социально неадаптированные лица (потребители инъекционных наркотиков, лица без определенного места жительства), которые могли уклониться от ежедневного посещения процедур в диспансере. Таким образом, поэтапное оказание медицинской помощи на койках круглосуточного стационара с дальнейшим переводом пациентов в стационар дневного пребывания наиболее целесообразно в группах пациентов, имеющих медицинские, а не социальные показания для лечения в условиях стационара.

В связи с этим в 2005 году запланирована, а с 1.01.2006 г. проведена реструктуризация коечного фонда диспансера за счет увеличения количества коек дневного стационара. Число перепрофилированных коек круглосуточного стационара в койки дневного пребывания в 2006 году составило 17.

Перераспределение коечного фонда велось при строгом соблюдении условий предоставления медицинских услуг и качества оказания медицинской помощи. Согласно статистическим данным поэтапное оказание стационарной помощи в 2006 году осуществлено 41 пациенту дерматологического профиля, что составило 9,2% от общего числа пролеченных больных. Следует отметить, что 90% пациентов, переведенных из круглосуточного стационара на II этап лечения в стационар дневного пребывания, — это больные хроническими дерматозами (псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, экзема), лечение которых требует наибольших финансовых затрат. По окончании курса лечения у всех больных была достигнута клиническая ремиссия, все пациенты выписаны с улучшением, а продолжительность лечения в круглосуточном стационаре данной группы больных сократилось на 6,8 дня, что позволило снизить стоимость лечения одного больного на 4%. В 2006 году этот эффект составил около 30 тыс. рублей. Таким образом подтверждена экономическая эффективность данного метода.

Выводы: система поэтапного оказания медицинской помощи при осуществлении лечебных мероприятий позволяет обеспечить более рациональное использование бюджетных средств. Средства, сэкономленные за счет сокращения пребывания больных на более затратных круглосуточных койках, могут быть направлены на улучшение лекарственного обеспечения больных в стационаре.

Система поэтапного оказания медицинской помощи позволяет сохранить доступность и высокий уровень качества предоставляемой медицинской помощи и обеспечить достижение конечного результата при меньших экономических затратах.

Считаем возможным рекомендовать развитие поэтапного оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля в лечебных учреждениях.

Распространенность и структура заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, дерматозами и заразными кожными болезнями у призывников

Банников В. К., Банников В. В., Кузьмин С. А.

ОргМА, Военный комиссариат Оренбургской области, г. Оренбург

Цель: изучить распространенность и структуру дерматовенерологической заболеваемости у призывников Оренбургской области, проанализировать работу дерматовенерологов в районах и городах области с лицами допризывного и призывного возрастов, разработать комплекс организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление призывников.

Материалы и методы: анализ результатов медицинского освидетельствования призывников по всем заболеваниям, влияющим на годность к воинской службе (по данным военно-врачебной комиссии военного комиссариата Оренбургской области).

Результаты: в 2001–2005 гг. за 10 призывов в Вооруженные Силы (ВС) России было осмотрено 177 868 человек. Результаты осмотра показали, что число призывников, годных к воинской службе без ограничений (категория А) составляло около 1/3 от обследуемых. Число годных с незначительными ограничениями было стабильным и составляло около 1/3 обследуемых. Таким образом, число призывников, годных к воинской службе, за последние 5 лет увеличилось с 63,9% до 67,0%. Однако число призванных и отправленных в войска составляло лишь 30% от числа годных к воинской службе в 2001 году и 21,4% в 2005 году. Остальные 70,0%—78,6% призывников имели отсрочку в связи с учебной или по семейным обстоятельствам.

Число призывников с дерматовенерологической патологией, не подлежащих призыву в ВС по категориям В, Г, Д, за 5 лет составило 1 903 человека (1,1% от числа осмотренных и 3,1% от числа больных всеми заболеваниями), в т.ч. 83,6% были больные с дерматозами и 16,4% больных инфекциями, передаваемыми половым путем, количество которых ежегодно возрастало — с 297 в 2001 г. до 504 в 2005 г. Среди дерматозов ведущее место занимала группа аллергодерматозов (43,2%), в т.ч. большие экземы — 7,8%, атопическим дерматитом — 12,1%, нейродермитом — 10,5%. Поскольку лишь в РБ и ТДТ, приложение к «Положению о ВВЭ», утвержденные Постановлением Правительства РФ № 123 от 25.02.2003 г., в расписании болезней появился атопический дерматит (ст. 62), то в 2001 и 2002 годах ставился диагноз нейродермит. Количество больных атопическим дерматитом из года в год возрастало (с 50 в 2003 году до 82 в 2005). Второе место среди дерматозов у призывников занимал псориаз (27,6%), число которого в 2005 году по сравнению с 2001 годом увеличилось в 1,8 раза; больных витилиго было 12,0% (рост в 1,5 раза), невусами — 7,9% (2,5 раза), ихтиозом — 4,0%, конглобатными угрями — 2,5% (1,9 раза). Среди больных ИППП преобладали сифилис (59,4%), в основном его скрытые формы или положительные КСР после проведенного лечения, и больные продолжали стоять на клинико-серологическом контроле в кожно-венерологическом диспансере, гонорея (22,7%), хламидиоз, микоплазмоз 17,9%.

Анализ работы дерматовенерологов в районах и городах области показал в некоторых случаях несоответствие в трактовке степени тяжести и степени распространенности патологического процесса при таких заболеваниях, как экзема, атопический дерматит, псориаз, поскольку в практику дерматовенерологов еще не внедрены стандартизированные методики ведения больных дерматозами (PASI, SCORAD и др.). Были зарегистрированы случаи расхождения диагноза лечебно-профилактического учреждения и военно-врачебной комиссии: вместо атопического дерматита ставился диагноз аллергический дерматит, нейродермит, вместо аллергического дерматита — экзема, вместо себорейного дерматита волосистой части головы — псориаз и др. В числе частых причин расхождения диагнозов — недостаточная квалификация врачей, формальное отношение их к заполнению медицинских карт, почти полное отсутствие активных вызовов лиц допризывного возраста, состоящих на диспансерном учете, и проведения им амбулаторно и в стационаре соответствующей полноценной реабилитирующей терапии. Все это создавало серьезные проблемы в работе областной ВВК при принятии экспертных решений.

Выводы: таким образом результаты наших исследований показали, что, с одной стороны — за последние годы (2001–2005 гг.) отмечается выраженная тенденция к снижению числа больных призывников, негодных к воинской службе или нуждающихся в отсрочке на лечение. С другой стороны — в эти же годы среди осмотренных призывников наблюдается значительный рост числа больных кожными и венерическими заболеваниями (в 1,7 раза), особенно больных экземой, атопическим дерматитом, псориазом, невусами, витилиго, конглобатными угрями, сифилисом, хламидиозом, микоплазмозом, что значительно сокращает число призывников, годных по состоянию здоровья к военной службе. Имели место случаи расхождения диагноза лечебно-профилактического учреждения и военно-врачебной комиссии, несоответствия в трактовке степени тяжести и степени распространенности патологического процесса при таких заболеваниях, как экзема, атопический дерматит, псориаз. В числе частых причин расхождения диагнозов — недостаточная квалификация врачей, формальное отношение их к заполнению медицинских карт, почти полное отсутствие активных вызовов лиц допризывного возраста, состоящих на диспансерном учете, и проведения им амбулаторно или в стационаре соответствующей полноценной реабилитирующей терапии.

Все это диктует необходимость разработки комплекса организационных и лечебно-профилактических мероприятий, оформленных в виде законов, приказов, рекомендаций, направленных на снижение дерматовенерологической заболеваемости, на укрепление здоровья населения. В этих целях прежде всего важна первичная профилактика заболеваний, которая включает: оздоровление окружающей среды; пропаганду здорового образа жизни, для чего необходимо шире использовать средства массовой информации; выявление беременных из «группы высокого риска» по наследованию и формированию аллергического диатеза, псориаза, ихтиоза и их ранняя диспансеризация; санитарно-просветительная работа с родителями детей «рисковой группы», с беременными, девочками-подростками из «групп риска», а также среди всего населения. Вторичная профилактика предусматривает: своевременное и качественное лечение острых, впервые возникших заболеваний кожи; проведение мероприятий по предупреждению обострений кожного процесса. Необходима ранняя диспансеризация детей «рисковой» группы, детей, больных хроническими дерматозами. При первоначальной постановке на воинский учет юношей (в год исполнения 17 лет), имеющих дерматовенерологическую патологию, обязательно проводить контролируемое лечение в условиях стационара КВД, используя современные методы и средства, а также использовать санитарно-курортное лечение. Необходимо также и усиление комплекса организационных и лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими заболеваниями. Лечение юношей-допризывников, больных этой группой заболеваний, проводить только в стационаре.

Для улучшения качества работы дерматовенерологов военно-врачебных комиссий в районах и городах области целесообразно один раз в год перед началом призыва на военную службу дерматовенерологам областных ВВК совместно с дерматовенерологами областного КВД проводить семинарские занятия с врачами лечебных учреждений и районных ВВК по разъяснению статей расписания болезней «Положения о ВВЭ», критериев постановки диагноза, вопросов диспансеризации допризывников, а также призывников, получивших отсрочку по лечению дерматовенерологической патологии.

Медико-географическая характеристика псориаза в Республике Башкортостан

Бурханова Н. Р., Фахретдинова Х. С., Латыпов Б. Г., Курбатов С. С., Газизова Л. Р., Жукова И. Ю.
БГМУ, РКВД, г. Уфа

Цель: изучить заболеваемость псориазом в республике и её зависимость от экологических и природных факторов.

Материалы и методы: изучена заболеваемость по отчетным данным РКВД за 2000–2006 гг. и ее географическая распространенность по административным районам и природно-климатическим регионам Республики Башкортостан (РБ).

Результаты: частота заболеваемости псориазом, по данным разных авторов, колеблется от 0,1 до 8% от кожных заболеваний; в РБ составляет в отдельные годы до 258,6 случая в год на 100 000 населения (и. п.), или 3,9% из числа больных с впервые установленным диагнозом, в г. Уфе соответственно — 413,3, или 5,6% больных. Причины высокой заболеваемости псориазом до сих пор окончательно не выяснены. Высказывается мнение о зависимости частоты популяций от экологических и природных факторов.

Проведенное изучение распространенности псориаза в г. Уфе показало, что среди причин возникновения заболеваний среди жителей города большую роль играет неблагоприятное воздействие ряда экологических факторов: псориазом болеют чаще жители промышленных районов городов, таких как — Орджоникидзевский, Калининский; в Кировском районе, который характеризуется концентрацией учебных заведений и отсутствием крупных промышленных предприятий, больных псориазом в 2,6 раза меньше.

При ранжировании территории республики по уровню заболеваемости псориазом за последние 7 лет было установлено, что заболеваемость выше в крупных промышленных городах и в граничащих с ними сельскохозяйственных районах. Так, заболеваемость в г. Уфе с развитой нефтехимической промышленностью составляет в отдельные годы в и. п. от 158,5 (2000 г.) до 413,3 (2006 г.), или от 1469 до 4285 больных (в среднем за 7 лет и. п. 232,1). Среди жителей сельской местности Уфимского района заболеваемость в 2006 г. в и. п. равна 208,7 случая на 100 000 населения (122 больных), за 7 лет в среднем и. п. 121,9. Во всех пяти граничащих районах заболеваемость значительно ниже: в Иглинском районе в 2006 г. составила 108,9 случая на 100 000 населения (51 больной, в среднем за 7 лет и. п. 125,6), в Кушнаренковском — 29,2 (8 человек, в среднем за 7 лет и. п. 81,7), в Кармаскалинском — 79,9 (42 больных, в среднем за 7 лет и. п. 107,7), в Чишминском — 47,4 (25 больных, в среднем за 7 лет и. п. 52,2), в Благовещенском районе (включая и город) — 176,5 (86 человек, в среднем за 7 лет и. п. 152,0). Высокая заболеваемость отмечается также и во втором по величине в республике г. Стерлитамаке, где расположены крупные химические заводы. В 2006 г. заболеваемость среди городского населения в и. п. составила 174,0 (719 больных; за последние 7 лет в среднем и. п. 522,7), среди сельских жителей района — 138,0 (в среднем и. п. 151,3). Заболеваемость жителей сельской местности из пограничных со Стерлитамаком районах колеблется в и. п. от 85,3 (18 больных в Стерлибашевском) до 141,6 (63 больных в Альшеевском).

Такая закономерность по заболеваемости псориазом наблюдается во многих районах республики, на территории которых расположены крупные промышленные города. Так, в Ишимбайском районе вместе заболеваемость составила в 2006 г. 208,3 на 100 000 населения (198 больных, в среднем за 7 лет и. п. 157,9), в Мелеузовском — 207,6 (185 больных), а в Гафурийском, Абзелиловском районах, где нет городов, заболеваемость значительно ниже — 36,2–24,7 (11–13 больных в год). В то же время в некоторых отдаленных от городов районах также из года в год наблюдается высокая заболеваемость — в Дуванском (в и. п. с 162,7 до 395,0), Хайбуллинском (с 231,3 до 322,4) и др.

При изучении уровня заболеваемости в зависимости от климатических и других природных факторов выявлено: в северных регионах республики, покрытых лесами, с болотистой почвой и более суровым климатом заболеваемость составила в 2006 г. 193,4 случая на 100 000 населения (в среднем за 7 лет и. п. 168,0). В южных, преимущественно равнинных районах с более теплым климатом, наличием большого количества солнечных дней в году, с развитым зерновым хозяйством отмечается более высокая заболеваемость: в 2006 г. в и. п. равна — 216,9 (в среднем за 7 лет и. п. 175,7). Таким образом, мы не выявили зависимости заболеваемости псориазом в РБ от природных и климатических факторов.

Выводы: на основании многолетних наблюдений нами установлено, что в крупных, с развитой нефтехимической промышленностью городах, заболеваемость псориазом выше, чем в сельской местности. Зависимость заболеваемости псориазом в РБ от природных факторов не установлена.

Совершенствование методов реабилитации больных с хроническими дерматозами в санатории «Красноусольск»

Гильмутдинова И. В., Выговская Т. Л., Гильмутдинова Л. Т., Гафаров М. М.
БГМУ, г. Уфа

Целью работы является совершенствование и ускорение реабилитации больных с псориазом и экземой с использованием местных бальнеологических факторов в комплексе с кумысолечением.

Методы: под наблюдением находилось 100 больных различными формами экземы и 100 больных псориазом (стационарная и регрессивная стадия) в возрасте от 29 до 72 лет, мужчин из них было 75%. Были разработаны и апробированы три оптимальных режима индивидуальной бальнеологической терапии с использованием высоко минерализованных сульфидно-хлоридно-натриевых ванн с содержанием радона, иловых грязей, слабощелочных сульфатно-кальциевых и хлоридно-натриевых питьевых вод курорта «Красноусольск» в комбинации с кумысолечением. Физиологические функции кожи и психосоматическая реабилитация пациентов с псориазом ускорилась на треть в группе больных, использующих не только местные бальнеологические факторы, но и кумысолечение. В группе больных с различными формами экземы клиническая ремиссия достигнута была позже, чем при псориазе (на 7 дней), и у меньшего числа больных.

Выводы: одним из методов эффективной восстановительной терапии у больных псориазической болезнью является кумысолечение, рекомендуемое как вместе с другими бальнеофакторами, так и самостоятельно, особенно на постстационарном этапе, как противорецидивное и профилактическое лечение.

Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов в эстетической медицине и врачебной косметологии

Гутов О. Е.
ЯГМА, Ярославль

Цель: исследование является частью работы по фармэкономике в эстетической медицине и врачебной косметологии. Проблема удовлетворенности процедур неразрывно связана с показателем качества жизни и является практически неизученной в России. Мы проводили сравнительный анализ процедур врачебной косметологии, дающих максимальную субъективную удовлетворенность пациента: дерматологических химических пилингов (космедикс, нью юс), мезотерапии препаратами гиалуроновой кислоты (сурджилифт, ялупро), введение ботулотоксина (ботокс) и контурной пластики (сурджидерм, хайлайт).

Методы: проводился ретроспективный анализ удовлетворенностью процедуры путем анкетирования 50 человек по стомиллиметровой шкале, с учетом эффекта, сроков реабилитации, осложнений, побочных реакций, длительности действия препарата и стоимости процедуры.

Результаты: наибольшую удовлетворенность получили пациенты от введения ботулотоксина (ботокс) — 82%, контурной пластики (сурджидерм, хайлайт) — 71%, химических пилингов — 62%, мезотерапии — 58%.

Выводы: данное исследование имеет большое значение при формировании стратегии развития и работы клиник эстетической медицины и врачебной косметологии.

Удовлетворенность пациента процедурой как основа работы клиники эстетической медицины

Гутов Е. О., Брейкина О. В.
ЯГМА, Ярославль; ЗАО «Здоровье семьи», г. Москва

Цель: исследовать проблему удовлетворенности при получении медицинской услуги в эстетической медицине и врачебной косметологии и предложить эффективную систему оценки составляющих удовлетворенности пациентов косметологическими процедурами.

Методы: для быстрой и эффективной оценки составляющих субъективной удовлетворенности нами предложена стомиллиметровая шкала оценки удовлетворенности.

Результаты: данная шкала позволяет быстро и эффективно оценить различные составляющие удовлетворенности: удовлетворенность от процедуры (полученный результат, побочные реакции и осложнения, сроки реабилитации после процедуры, стоимость) и удовлетворенность работой клиники (уровень профессионализма среднего и младшего персонала, процесс консультирования, время ожидания, чистота в клинике, опыт работы клиники).

Выводы: данные, полученные в результате анкетирования пациентов клиник, имеют большое практическое значение для оптимизации деятельности косметологических клиник, улучшения работы персонала и, как следствие, повышение качества косметологических услуг.

Показатели заболеваемости неспецифическими мочеполовыми инфекциями в Кабардино-Балкарии

Дадова М. В., Гулиев М. О., Аброков И. М.
Кабардино-Балкарский госуниверситет, г. Нальчик

Цель: изучить заболеваемость неспецифическими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в Кабардино-Балкарской республике по данным скрининга и самообращений методом ПЦР в реальном времени (Real-time PCR).

Методы: в течение полутора лет обследовано 2898 человек (823 мужчины и 2075 женщин) в возрасте от 15 до 68 лет. Средний возраст составил 32,6 года. Среди них 634 беременных по направлениям женских консультаций и перинатального центра. Материалом для исследования служил поверхностный соскоб слизистых уретры, влагалища у женщин и уретры у мужчин. Выделение нуклеиновых кислот возбудителей ИППП проводили реагентом «ДНК-экспресс» (НПФ «Литех»), амплификация выполнялась с флуоресцентной детекцией в режиме реального времени на термоциклере Real-time PCR «Stratagene MX3000» (США) с использованием реагентов ЦНИИ Эпидемиологии МЗ РФ «АмплиСенс-FRT».

Результаты: в результате проведенных исследований структура заболеваемости ИППП у обследованных сложилась следующим образом (обследовано / обнаружено): Chlamydia trachomatis 2014/114, Mycoplasma hominis 2056/264, Mycoplasma genitalium 1602/54, Ureaplasma urealyticum+parvum 2346/936, Gardnerella vaginalis 1812/570, Trichomonas vaginalis 1188/16, герпесвирус

(1, 2 серотипы) 648/24, папилломавирус 16 типа 778/114, папилломавирус 18 типа 778/48, цитомегаловирус 504/60. Как видно из представленного материала, наиболее часто среди обследованных выявлялись *Ureaplasma sp.* (39,9%), *Gardnerella vaginalis* (31,5%) и *Mycoplasma hominis* (12,8%). Трихомонадная инфекция была обнаружена лишь у 1,3% обследованных. При этом значимых половых различий в выявляемости бактериальных инфекций и трихомониаза не отмечено. При параллельном обследовании постоянных половых партнеров результаты в 94% случаев совпадали. У 46% обследованных имелась микст-инфекция, чаще в виде сочетания мико-, уреоплазмоза с гарднереллезом. Среди вирусных инфекций герпесвируса обнаружился в 3,7% случаев, а цитомегаловирус в шеечном материале у женщин в 12,8% случаев. Среди онкогенных типов вируса папилломы человека преобладал 16 тип, который был выявлен у 14,7% женщин.

Выводы: базируясь на результатах, полученных при обследовании большого контингента мужчин и женщин методом Real-time PCR, нами установлено преобладание в структуре заболеваемости неспецифическими ИППП в Кабардино-Балкарии уреоплазменной инфекции, а также гарднереллеза и микоплазмоза. Почти в половине случаев имелась микст-инфекция. Вероятно, в некоторых случаях этих возбудителей следует рассценивать как условно-патогенную флору или носительство, так как часть пациентов не предъявляла каких-либо жалоб. Это требует дальнейших исследований и новых диагностических критериев с количественным учетом результатов. Онкогенные штаммы вируса папилломы были представлены главным образом 16 типом.

О новых методах работы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков

Дудко В. Ю., Багрецова И. А.

ГУЗ Городской КВД, г. Санкт-Петербург

Целью работы является совершенствование системы знаний в сфере гигиенического воспитания, здорового образа жизни, профилактики ИППП среди детей и подростков, предотвращение распространения заболеваний, передаваемых половым путем среди социально уязвимых групп населения — детей и подростков, способствование пониманию возможных последствий от ИППП, повышение уровня самосознания и понимания учащимися необходимости ведения здорового образа жизни, лишённого наркотиков, алкоголя, табакокурения, исключая множественные половые контакты.

Материалы и методы: первичная профилактика. ГорКВД в течение нескольких лет активно сотрудничает с администрацией Фрунзенского района — с отделами по культуре, молодежной политике, физкультуре и спорту, РОНО, РОВД и др. Организуются и проводятся спартакиады, развлекательные программы, праздники, уличные акции и прочие, целью которых является охват широких масс подростков с целью профилактики социально значимых заболеваний, популяризации здорового образа жизни.

Стало традиционным проведение встреч за «круглым столом» для учащихся и студентов средних и высших учебных заведений на тему: «Этого можно избежать ...» (подростку о половых инфекциях). Цель таких встреч — информирование молодежи о причинах, приводящих к заболеваниям, передающимся половым путем (ИППП), их последствиях, профилактике этих болезней и бережном отношении к своему здоровью. Специалисты знакомят участников «круглого стола» с информацией о медицинском учреждении и его назначении, о возможностях обследования, лечения, профилактики ИППП/ВИЧ, вопросов контрацепции, психологических аспектов, лежащих в основе возникновения ИППП, и разрешении сложных социально-психологических жизненных ситуаций. Проводятся экспресс-опросы, связанные с отношением молодежи к социально значимым и взаимозависимым проблемам — проституции, наркомании, алкоголизму, последствиям нежелательной беременности, др. Встречи за «круглым столом» завершаются свободной групповой дискуссией, обменом мнениями ответами на вопросы, получением обратной связи от участников встреч о пользе и качестве проводимой профилактической работы по ИППП среди подростков. Опыт проведения встреч за «круглым столом» подтверждает востребованность такой формы работы среди молодежи на базе специализированного учреждения.

В стационаре ГУЗ «ГорКВД» функционируют Школы для пациентов, страдающих кожными заболеваниями и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Занятия проводятся циклами, состоящими из трех занятий длительностью до 1 часа. В школе для пациентов с ИППП — проблемами («Венец здоровья») особое внимание уделяется подросткам, лицам пожилого возраста, беременным женщинам, наркопотребителям, лицам, злоупотребляющим алкоголем, работницам коммерческого секса. Занятия проводятся отдельно для мужчин и женщин. Востребованы занятия с медицинским психологом, где рассматриваются роль эмоциональных факторов, индивидуальные психологические особенности личности больных, изучаются социальные, психологические и поведенческие аспекты (взаимоотношения в семье, формирование ответственности за собственное здоровье, преодоление комплексов неполноценности, уменьшение тревожности, сотрудничество с медицинскими работниками, профориентация). Занятия проводятся по типу индивидуальной и групповой психотерапии. Пациенты имеют возможность получать индивидуальное психологическое сопровождение на период нахождения в стационаре. Используются аудио-видеотехника, ароматерапия и др.

На базе Центра медицинской профилактики проводятся обучающие семинары на тему: «ИППП, их профилактика» для медицинских работников, педагогов, учащихся Санкт-Петербурга, осуществляется сотрудничество с газетой Центра — «Домашний доктор», через которую информируется население об эпид. ситуации по заразным кожным и венерическим болезням и их профилактике.

Вторичная профилактика. В рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» на базе ГУЗ «ГорКВД» в марте 2005 года был создан Центр «Доверие» для оказания бесплатной и конфиденциальной дерматовенерологической и психологической помощи социально уязвимым в отношении ИППП группам населения — детям и подросткам, где также интегрируется помощь специалистов: дерматовенерологов, гинекологов, медицинских психологов, психотерапевтов, нарколога, инфекциониста и др. специалистов.

Результаты: с марта 2005 по 2007 годы в центре «Доверие» было принято 4452 человека. Выявлено ИППП — 2 170 человек. Юноши составили — 1/3, девушки — 2/3. Наиболее часто встречающаяся ИППП у молодежи — венерические бородавки, неспецифические уrogenитальные заболевания, в т. ч. ассоциированные с генитальными микоплазмами, хламидиоз, уrogenитальный кандидоз.

Выводы: на основании исследования становится очевидным необходимость информирования широких масс населения, включая детей и подростков, по вопросам профилактики ИППП, основам здорового образа жизни. Информированность позволит уменьшить количество ИППП и снизить уровень распространенности ИППП среди социально уязвимых слоев населения — детей и подростков.

Некоторые вопросы эпидемиологии и организации борьбы с лепрой на современном этапе

Дуйко В. В.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: совершенствование системы диспансеризации как предпосылка элиминации лепры в России.

Материалы и методы: статистические, иммунологические, эпидемиологические, исторические.

Результаты: в России заболеваемость лепрой носит спорадический характер. За последние 10 лет зарегистрировано 14 больных с впервые в жизни установленным диагнозом, у 6 больных, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечен рецидив заболевания. Большинство вновь выявленных больных из эндемичных регионов. При этом среди них преобладают лица с лепроматозным типом заболевания, наиболее опасным в плане распространения инфекции. Обращает на себя внимание факт позднего выявления больных уже в запущенной стадии заболевания, нередко с тяжелой инвалидностью. С одной стороны, это свидетельствует о длительном контакте этих лиц с окружающими, а с другой — с недостаточной информированностью врачей региональных дерматовенерологических служб о симптоматике и способах диагностики лепры. Своего максимума — 2505 человек — общее число зарегистрированных больных лепрой в России достигло в начале 60-х годов. В настоящее время на учете состоят около 600 больных. Из них госпитализированы 35%, в том числе по эпидемиологическим показаниям — 10%, остальные — с сопутствующими заболеваниями и для проведения реабилитационных мероприятий. 65% находятся на амбулаторном лечении и под диспансерным наблюдением. Отмечается постарение контингента как состоящих на учете больных, так и вновь выявляемых. Преобладают лица (70%) с многобактериальными формами лепры, наиболее неблагоприятными в эпидемиологическом и прогностическом отношении, с давностью заболевания 10 и более лет. У 90% больных имеются сопутствующие заболевания, лечение которых иногда крайне затруднено из-за особенностей патогенеза основного заболевания. Важная роль должна отводиться созданию методов ранней доклинической диагностики лепры и выявлению «групп повышенного риска» возникновения заболевания среди контактных лиц с помощью ПЦР, а также ИФА и других серологических методов контроля. Среди больных с клиническим регрессом доля серопозитивности (доказательство наличия очагов персистенции *Mycobacterium leprae* и фактор риска рецидива) составляет до 38%. Важнейшей задачей является профилактика и лечение инвалидизирующих последствий болезни (т. к. до 30% больных имеют осложнения), исключение и предупреждение рецидивов заболевания у состоящих на учете больных, эффективная реабилитация. Росту заболеваемости лепрой наряду с другими факторами может способствовать изменение биологических свойств возбудителя, включая появление штаммов, резистентных к лекарственным средствам, или штаммов с повышенной вирулентностью и патогенностью. Ситуация усугубляется тем, что единого мнения об источнике, путях передачи, входных воротах инфекции нет. Имеются данные о возможном существовании резервуара инфекции в организме некоторых диких животных, а также в воде и почве. Следовательно, не только больной лепрой может явиться источником заболевания.

Выводы: в условиях спорадической заболеваемости лепрой необходимо добиваться ограничения роста числа заболевших путем эффективного обследования «групп риска», повышения в этом процессе роли диспансеризации на основе активного раннего выявления. Госпитализация, лечение, реабилитация, профилактика и улучшение качества жизни больных.

Организация работы центра по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей Самарского областного кожно-венерологического диспансера

Дукович Е. В., Хабирова Р. Х., Тутугина А. Ю., Белов О. Ю., Табашникова А. И.

ОКВД, г. Самара

В 2000 году на базе Самарского Областного кожно-венерологического диспансера был создан Центр по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей. По мнению специалистов, работающих в Центре, наиболее эффективной методикой лечения микотических поражений кистей и стоп является метод комбинированной терапии, заключающийся в одновременном применении системных антимикотических препаратов и аппаратного лечения. Применение аппаратных методик позволяет сократить стандартные сроки использования системных антимикотиков, увеличить скорость отрастания здорового ногтя. Специалистами Центра был получен Патент на изобретение: применение аппаратных методик для лечения онихомикозов кистей и стоп. В 2003 году Минздравом РФ был издан приказ № 115, согласно которому введены две специальности — 040128 «клиническая микология» и 040129 (040309) «лабораторная микология». Первыми врачами в Самарской области, прошедшими обучение в МАПО, были специалисты СОКВД. Было обучено 2 врача по специальности «клиническая микология», а также 1 врач по специальности «лабораторная микология». В последние 3 года (2004–2006 гг.) специалистами Центра организована совместная работа с другими кожно-венерологическими отделениями лечебных учреждений Самарской области. В частности, на базе кожно-венерологического отделения № 2 ММУ ГП № 13 врачами осуществляется первичный прием пациентов. Кроме того, все пациенты направлялись в Центр для аппаратного лечения. Все пациенты отмечали более быстрое отрастание ногтей, позволяющее сократить стандартные сроки приема антимикотика.

Выводы: таким образом, работа Центра по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей является очень успешной и может считаться удачным вариантом оптимизации лечения пациентов с микотическими заболеваниями.

Заболеваемость сифилиса в Астраханской области

Думченко В. В., Метревели Г. В., Воронина Л. М.

ГУЗ ОКВД, ГОУ ВПО АГМА, г. Астрахань

Цель: несмотря на начавшееся с 1998 года снижение заболеваемости по сифилису, эпидемиологическая ситуация в Астраханской области продолжает оставаться неблагоприятной. Показатели заболеваемости сифилисом из года в год превышают показатели по РФ практически в 1,5 раза.

Материалы и методы: анализ статистических форм государственной отчетности по инфекциям, передаваемым преимущественно половым путем, в Астраханской области.

Результаты: стабильное снижение заболеваемости отмечается с 2000 года. Так, в 2001 году число больных уменьшилось на 19,4%, в 2002 г. — на 31,9%, в 2003 г. — на 25%, в 2004 г. — на 24%, в 2005 г. — на 16,5%, в 2006 г. — на 17,4%. Снижение заболеваемости коснулось не только города, но и районов области. Однако в ряде районов сохраняется ее рост. Так, к 2000 г. он отмечен в 2 районах, к 2005 г. — в 7. Доля жителей сельской местности, больных сифилисом, с 1998 по 2006 г. составила

в среднем 42,1%. Заболеваемость сифилисом среди населения области распределялась крайне неравномерно и зависела от места жительства, возраста, пола, социального положения и т. д.

В 2006 году было зарегистрировано 752 больных всеми формами сифилиса, что составило 75,3 случая на 100 тыс. населения (2005 г. — 91,2 на 100 тыс. нас.). Из них сифилис первичный диагностирован у 62 (8,2%), сифилис вторичный — у 161 (21,4%), сифилис ранний скрытый — у 496 (66%), врожденный и поздние формы — у 33 (4,4%).

В структуре заболеваемости сифилисом за 2006 г., так же как и в предыдущие годы, преобладает сифилис скрытый ранний и отмечено увеличение прочих форм сифилиса (2004 г. — 1,9%, 2005 г. — 1,8%). Из общего числа зарегистрированных больных с врожденными и поздними формами сифилис ранний врожденный диагностирован у 9 (27,2%), сифилис скрытый неуточненный — у 21 (63,6%), сифилис скрытый поздний, нейросифилис, сифилис сердечно-сосудистой системы — у 3 (9%).

Анализ возрастной характеристики больных сифилисом: установлено, что наибольший удельный вес больных был в возрастной группе 20–29 лет. Также отмечен рост уровня заболеваемости в возрасте 30–39 лет, 40 лет и старше, что позволяет отнести их к группе риска. Подобная возрастная структура больных сифилисом и в целом по РФ. Изучение заболеваемости по полу за 5 лет показало, что число больных сифилисом женщин было больше, чем мужчин, что совпадает с показателями по России в целом. Социально-профессиональный состав больных сифилисом в 2006 г. не изменился по сравнению с предыдущими годами. По-прежнему сохраняется высокий показатель среди неработающего населения (65,3%).

Выводы: этот факт свидетельствует о необходимости поиска альтернативных способов активного выявления и обследования данной категории больных, так как традиционные методы санитарного просвещения, медицинские проф. осмотры в основном направлены на организованные контингенты.

Опыт работы кабинетов анонимного обследования и лечения инфекций, передаваемых половым путем

Дьяченко А. И., Амозов М. Л., Горбовая Т. В.
ОКВД, г. Мурманск

Целью настоящей работы является обобщение многолетнего опыта работы кабинетов анонимного обследования (КАО) и лечения инфекций, передаваемых половым путем в г. Мурманске.

Ретроспективный анализ историй болезней пациентов КАО за 2002 – 2006 гг., форм годовой статистической отчетности № 9, 34 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» по г. Мурманску за 2002 – 2006 гг., анонимное анкетирование пациентов.

Первый КАО открылся в г. Мурманске в 1992 году на базе ГУЗ «Мурманский областной кожно-венерологический диспансер». К 2007 году их число увеличилось до пяти. Доля КАО в общем числе зарегистрированных случаев ИППП по г. Мурманску увеличилась с 36,3% в 2002 году, до 54,2% в 2006 году. Особенно это касается хламидийной инфекции мочеполового тракта — удельный вес выявленной в КАО патологии увеличился с 50,7% в 2002 году до 67,0% — в 2006 году; аногенитального герпеса с 55,8% в 2002 году до 61,5% в 2006 году; аногенитальных венерических бородавок с 23,7% в 2002 году до 55,6% в 2006 году. Речь идет об инфекциях, при эффективной диагностике и лечении которых использование современных, высокоточных и интенсивных методик является наиболее оправданным. Как показало исследование, именно эти методики в системе КАО используются особенно широко. То есть, делая выбор в пользу КАО, пациент руководствуется соображением качества диагностики и лечения.

Обращаемость больных в КАО по поводу сифилиса уменьшилась с 25,0% в 2002 году до 20,9% в 2006 году. По нашему мнению, это результат широкого внедрения стационарзамещающих технологий лечения данной категории пациентов и льготного лекарственного обеспечения больных сифилисом через систему дневных стационаров, разработанную в Мурманском ОКВД и акцентированную на сохранение конфиденциальности пациента. Обращаемость по поводу гонореи остается примерно одинаковой на протяжении всех лет наблюдения — 39–40%.

Выводы: практика показывает, что КАО дополняют государственную и ведомственную системы дерматовенерологической помощи. В течение ряда лет сформировалась определенная категория пациентов, для которых данный вид специализированной помощи является оптимальным. Административный и методический контроль за деятельностью КАО гарантирует соответствие предоставляемых ими услуг медико-экономическим стандартам помощи пациентам с ИППП. При должной организации противоэпидемических мероприятий сам принцип анонимного оказания медицинской помощи не оказывает отрицательного воздействия на эпидемиологическую ситуацию в регионе. В этой связи недоумение вызывает позиция некоторых средств массовой информации, искусственно формирующих «негативный» образ коммерческой медицины, представляя ее антагонистом государственной системы здравоохранения. Наша практика показывает, что КАО могут и должны развиваться в направлении гармоничного сотрудничества с государственными учреждениями здравоохранения.

Социально-экономическая оценка лечения больных сифилисом

Земцов М. А., Терзян В. А., Антоненко Е. В., Чеботарёв В. В.
КККВД, г. Ставрополь

Целью настоящей работы является расчёт и экономический анализ средней взвешенной стоимости амбулаторного и стационарного лечения больных сифилисом.

Массив амбулаторных карт состоял из 840 случаев сифилиса, диагностированного в 2003–2004 гг., и 214 историй болезни из 2276 госпитализированных в эти годы — метод случайной механической выборки. Информация на каждого больного выносилась построчно по четырём клиническим формам (первичный, вторичный свежий, вторичный рецидивный, скрытый ранний сифилис) в таблицы Excel. В итоге образованы четыре информационных блока, оценивающие паспортные данные пациента, его социальный портрет, длительность госпитализации, характер и кратность диагностических процедур и исследований, лекарственную терапию, согласно нормативным документам, и др.

Экономические затраты на достационарном уровне (в среднем на 1 больного), слагаемые из диагностического исследования, лечения, эпидрасследования, составили при первичном сифилисе — 2 054, вторичном свежем — 2 598, вторичном рецидивном — 2 883, скрытом раннем — 3 379 рублей.

Стоимость госпитализации по клиническим формам сифилиса была соответственно 7 269, 9 856, 11 774, 12 800 рублей (в среднем 10 079 руб.). Стоимость диагностических исследований на 1 больного соответственно 13 526, 3 873, 4 591, 7 506 руб. Стоимость лекарственных препаратов, расходуемых на 1 больного в условиях стационара: 325, 415, 533, 381 руб. Итоговая величина составляющих расходов на лечение больного сифилисом в стационаре составила величину от 14 до 21 тыс. рублей.

Выводы: социально-экономическая оценка лечения больных сифилисом по рассчитанным величинам определила экономический ущерб, нанесенный инфекцией экономике Ставропольского края в 2004 г., составившим 163,6 млн рублей.

К вопросу об эффективном управлении ресурсами кожно-венерологических учреждений

Зильберберг Н. В., Кунгуров Н. В., Кохан М. М., Гусарова Е. А.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Целью работы является определение стоимости и ресурсоемкости законченного случая лечения больных различными заболеваниями.

Использовалась методология оценки стоимостных показателей в соответствии с принципами полного возмещения затрат на специализированную стационарную помощь больным хроническими дерматозами с учетом современных требований к ресурсному наполнению внутриучрежденческих стандартов.

Результаты: с использованием разработанной в УрНИИДВИ программы персонализированного учета медицинских услуг и лекарственных средств проведен мониторинг спектра и объема лечебно-диагностических услуг, схем терапии, сравнительный анализ среднего количества медицинских услуг, фактически оказанных одному больному с данным диагнозом, и коэффициента частоты оказания этой услуги, указанного в учрежденческих стандартах ведения больных. Сравнительный анализ за 2005 г. (ретроспективно) и 2006 г. с использованием программы персонализированного учета медицинских услуг позволил выявить увеличение ресурсоемкости законченного случая лечения при тяжелых формах хронических дерматозов на 28,6%, что было учтено при перспективном планировании закупки лекарственных средств, тест-систем, лабораторного оборудования, расходных материалов, нагрузки врачебных кадров и среднего медицинского персонала. Использование представленных аналитических данных при пересчете на общую когорту больных, госпитализированных в стационар с указанием различных по тяжести клинических проявлений, может служить для руководителя здравоохранения обоснованием объективного перспективного планирования материально-технических ресурсов, кадрового обеспечения и финансирования КВУ. В структуре материальных затрат на оказание медицинских услуг в объеме одного законченного случая лечения больного атопическим дерматитом 56,0% составляла стоимость койкодней, включающая ежедневное посещение лечащего врача и минимальное лекарственное обеспечение, лабораторная диагностика — 21,3%, дополнительные консультации дерматовенеролога и врачей других специальностей — 8,9%, услуги среднего медицинского персонала — 7,9%.

Выводы: использование методологии расчета стоимости фактически оказываемых медицинских услуг в объеме одного законченного случая лечения позволило создать условия для экономического анализа объема, структуры дерматовенерологической помощи, структуры фактических расходов на лечение пациентов, сравнительного анализа со стоимостью технологически обусловленных затрат в рамках стандарта ведения больных с учетом полного возмещения. Внедрение системы мониторинга объема и спектра оказываемых медицинских услуг и методологии расчета стоимости законченного случая лечения способствует обеспечению реализации государственных гарантий по предоставлению бесплатной специализированной медицинской помощи с учетом необходимых населению объема и спектра медицинских услуг больным дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем, позволяет руководителю повысить эффективность управления ресурсами кожно-венерологического учреждения на основании анализа путей оптимизации качества медицинской помощи и планирования затрат на организацию лечебно-диагностического процесса. Программа персонализированного учета медицинских услуг и лекарственных средств универсальна и при внедрении в кожно-венерологических учреждениях требует лишь адаптации к учрежденческой номенклатуре медицинских услуг и к учрежденческим стандартам ведения больных. Анализ, проводимый с использованием программы, дает руководителю медико-экономическое обоснование корректировки взаиморасчетов с внебюджетными источниками финансирования дерматовенерологической помощи (с территориальными Фондами обязательного медицинского страхования и страховыми компаниями).

Опыт создания учрежденческой номенклатуры медицинских услуг

Зильберберг Н. В., Кунгуров Н. В., Кохан М. М.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Целью работы является разработка единой системы оценки экономических характеристик простых, сложных и комплексных медицинских услуг дерматовенерологического профиля.

Методы: статистический, экспертно-аналитический.

Клинико-экспертной комиссией УрНИИДВИ на основании Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, утвержденной заместителем министра здравоохранения и социального развития России от 12.07.2004 г. была разработана, утверждена приказом директора и внедрена в работу клиники «Номенклатура медицинских услуг, оказываемых в ФГУ УрНИИДВИ». Данный документ, созданный на базе федерального, обеспечивает работу в единой нормативной базе, отражающей перечень работ и услуг в здравоохранении на всей территории Российской Федерации, входящих в протоколы ведения больных, методики выполнения сложных и комплексных медицинских услуг, лицензионные требования и условия, табель оснащения медицинских учреждений. Номенклатура отражает лечебно-диагностические возможности данного лечебного учреждения и уровень доступности дерматовенерологической помощи, но также содержит все услуги, доступные к реализации в институте. Номенклатура обеспечивает функционирование системы классификаций (клинической и в соответствии с МКБ X), содержит указание цифровых кодов услуг, оказываемых в учреждении; позволяет формировать единый подход к созданию прейскурантов медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования. По результатам комплексного анализа медицинских услуг (простых, сложных и комплексных), оказанных больным различными формами псориаза, находившихся на стационарном лечении в клинике УрНИИДВИ за период с 01.2007 г. по 06.2007 г. Число больных в выборке составило 358. Средний возраст пациентов в выборке — 36,2±0,4 года. Общее количество койко-дней, проведенных больными различными формами псориаза в стационаре, достигало 8684. Суммарное количество медицинских услуг,

оказанных больным данной выборки, составило 40050, а общее количество условных единиц трудозатрат (УЕТ) — 58333,3. Так, в частности, среди медсестринских манипуляций наибольший удельный вес приходится на следующие медицинские услуги: А 11.02.002 внутримышечное введение лекарственных средств, общее количество — 1924, суммарное количество УЕТ — 1346,8, при этом среднее количество услуг на один случай госпитализации (среди случаев с фактически оказанными услугами) составило 12,58±0,05, среднее по всем случаям госпитализации — 5,37±0,28. А 11.12.003 Внутривенное введение лекарственных средств — общее количество простых медицинских услуг — 1393, суммарное количество УЕТ — 2089,5, при этом среднее количество услуг на один случай госпитализации (в котором фактически оказывалась услуга) составило 6,36±0,01. А 14.01.801 Нанесение наружных лекарственных средств, общее количество — 17404, суммарное количество УЕТ — 17404,0, среднее количество услуг на один случай госпитализации составило 48,618±0,24. В разделе **врачебных манипуляций** общее количество комплексных медицинских услуг С 01.008.02 Посещение врача дерматолога повторное, включающее в себя комплекс простых услуг, составило 3401, суммарное количество УЕТ — 8842,6, при этом среднее количество комплексных услуг на один случай госпитализации составил 9,8±0,01. А такой вид комплексных услуг, как С 01.008.81 Консультация врача дерматолога с ученой степенью к. м. н. и С 01.008.82 Консультация врача дерматолога с ученой степенью д. м. н. составила 762 и 808 соответственно, суммарное количество УЕТ — 2590,8 и 2747,2. При этом среднее количество консультаций врача дерматолога с ученой степенью к. м. н. на 1 случай госпитализации составило — 2,48±0,01, врача дерматолога с ученой степенью д. м. н. — 2,84±0,01.

Выводы: учрежденческая номенклатура услуг обеспечивает единую систему оценки экономических характеристик медицинских действий, способствует обеспечению взаимодействия с другими лечебно-профилактическими учреждениями, участвующими в процессе оказания медицинской помощи.

К вопросу о рациональном использовании ресурсов кожно-венерологических учреждений

Игликов В. А., Алюшкина Н. В., Тарасова Ю. Б.

ГУЗ ОКВД №3, г. Челябинск

Целью работы является проведение анализа материально-технического обеспечения кожно-венерологических учреждений г. Челябинска с помощью статистического и экспертно-аналитического методов.

Результаты: в 2006 году произошла реорганизация кожно-венерологической службы в г. Челябинске. ГУЗ ОКВД №3 обслуживает население г. Челябинска. В наличии имеет 5 поликлинических отделений с прикрепленным по территориальному принципу населением, 4 стационара (2 — дерматологического профиля, 1 — для лечения больных микозами, 1 — венерологического профиля). Функционирует серологическая лаборатория, обслуживающая все лечебно-профилактические учреждения г. Челябинска. За последний год удалось изменить структуру расходов на оказание специализированной медицинской помощи. Увеличился объем обследования пациентов на догоспитальном этапе. Увеличились расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на 10,0%. При этом существенно возросла нагрузка на лабораторию поликлинических подразделений, что потребовало незамедлительной корректировки и проведения укомплектованности врачами-лаборантами до 100,0%. В то же время финансирование стационарной помощи снизилось на 10,0%. Средние сроки длительности пребывания больного на койке составили — 20,3±2,1 койко-дня.

При реорганизации была присоединена серологическая лаборатория, оборудование которой давно устарело и требует полной замены. В целом степень износа по группам лабораторного оборудования составила: стерилизационное оборудование на 1,0%; термостаты на 1,0%; измерительные аппараты на 3,0%; оборудование для клинического исследования на 6,0%; оборудование ПЦР лаборатории на 3,0%. Общий износ лабораторного оборудования составил 15,0%. На 2007 год запланировано обновление лабораторного оборудования для улучшения качества, доступности и своевременности диагностического обследования населения.

В последнее время прослеживается тенденция к повышению степени износа и других материально-технических ресурсов диспансеров. За период с 2005 по 2006 годы% износа основных фондов составил: оборудования мед. назначения — 11,0%; медицинского оборудования — 2,0%; зданий — 3,0%; транспортных средств — 25,0%; прочих основных средств — 30,0%.

Выводы: анализ технического состояния зданий, в которых располагается и функционирует ГУЗ ОКВД №3, показал, что только 45,0% находится в удовлетворительном состоянии, 35,0% необходим капитальный ремонт, 10,0% зданий необходима реконструкция. Удельный вес фактических затрат на содержание КВУ от стоимости основных фондов вырос на 0,1. При этом общее количество медицинских услуг дерматовенерологического профиля, оказанных населению, с каждым годом увеличивается, что, как следствие, влечет за собой и рост материальных затрат. Считаем, что первоочередной задачей на сегодняшний день является необходимость приведения в соответствие уровня материально-технической обеспеченности учреждения поставленным перед ним задачам.

Опыт оказания дерматовенерологической помощи в группах повышенного риска города Оренбурга

Карянов В. П., Воронина Л. Г., Поршина О. В., Кузнецова Е. Д., Шерман Ю. Ф., Давлетьярова С. В.

ОКВД, ОргМА, г. Оренбург

Цель — провести оценку эффективности оказания дерматовенерологической помощи представителям группы повышенного поведенческого риска — коммерческим секс-работницам (КСР) г. Оренбурга. Несвоевременное и нерациональное лечение, которое напрямую связано с поведенческой особенностью КСР — прекращать лечение самовольно при клиническом улучшении.

На базе Оренбургского областного кожно-венерологического диспансера (ОКВД) осуществляет работу проект по профилактике ИППП/ВИЧ среди КСР «Мегapolis». В период с 2003 по 2006 год у доверенного дерматовенеролога проекта было обследовано 65 женщин, практикующих коммерческий секс. Обратиться к доверенному врачу КСР могли как самостоятельно, так и в сопровождении аутричера, то есть социального работника проекта. В целях соблюдения принципов анонимности и конфиденциальности регистрация пациенток ведется не по фамилиям, а с использованием особых личных кодов.

Анализ полученных данных показал, что инфицирование ИППП у всех КСР происходило в первый месяц «работы на улице», часто — во время первого «выхода». У 50% КСР было выявлено 2 и более ИППП одновременно. Из заболе-

ваний наиболее часто встречались: гонорея (40%), трихомониаз (30%), сифилис (25%), хламидиоз (15%), остроконечные кондиломы (10%), генитальный герпес (10%). Бактериальный вагиноз был отмечен у 100% обследованных женщин. Достоверных данных о распространении ВИЧ среди уличных КСР нет. При проведении анкетирования этой целевой группы 5% респондентов ответили положительно на вопрос о наличии вируса иммунодефицита. Было установлено, что уличные КСР недостаточно широко используют возможность бесплатного и анонимного обследования на ВИЧ. При проведении лечения ИППП возникли определенные трудности. Необходимым условием для излечения большинства ИППП является воздержание от половой жизни во время лечения и контроля, что для КСР практически невозможно, так как это единственный способ получения денежных средств, в том числе и на лекарства. Следует учитывать, что 90% КСР систематически злоупотребляют алкоголем, 10% потребляют наркотики, в результате у КСР формируется хроническая микст-инфекция, характеризующаяся высокой резистентностью возбудителей к антимикробным препаратам. Проблемой является клинко-лабораторный контроль у этой группы женщин, так как они при клиническом улучшении часто самостоятельно прекращают прием препаратов, не являясь на прием к врачу. В ООКВД удалось достичь высокой эффективности работы по предоставлению квалифицированной качественной специализированной медицинской помощи клиентам программы за счет понижения порога доступа к лечению. Так, КСР имели возможность получать как амбулаторное, так и стационарное лечение кожных заболеваний и ИППП с учетом их индивидуальных социально-психологических особенностей. Врач, прошедший обучение на семинарах и тренингах по оказанию помощи уязвимым группам риска, в своей работе использовал навыки мотивационного консультирования, что существенно повышало рейтинг собственного здоровья у КСР и способствовало приверженности к лечению.

Выводы: на основании полученных данных можно сделать вывод, что лечение ИППП у коммерческих секс-работниц связано с рядом существенных трудностей. Необходимо разрабатывать методы экспресс-диагностики ИППП, укороченные схемы их лечения, повышать доступность квалифицированной медицинской помощи для представителей групп повышенного поведенческого риска. Особенно важно при оказании помощи женщинам, вовлеченным в секс-бизнес, доброжелательное отношение медицинских работников, применение ими навыков консультирования по вопросам ИППП/ВИЧ.

Клиники, дружественные к молодежи. Опыт организации

Конюхова К. А., Гутянская Е. Ю., Розова М. Н., Болезнова Е. В.
ГУЗ Тверской ОКВД, г. Тверь

Цель — изучение состояния здоровья подростков и молодежи в возрасте от 15 до 24 лет, включающее заболеваемость ИППП, дерматозами, патологией репродуктивной системы, оценка психологических характеристик личности, направленных на формирование здорового образа жизни.

На базе ГУЗ Тверской ОКВД с октября 2006 года начал работу Центр охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи (ЦОРЗПМ) «Твой Мир. RU». Цель данного Центра — сохранение репродуктивного здоровья подросткового населения Твери и Тверской области. Центр «Твой Мир. RU» работает по принципам клиник, дружественных к молодежи: Доступность, Добровольность, Доброжелательность, Доверие. Работа Центра поддерживается Администрацией области, департаментом здравоохранения и департаментом образования Тверской области. Финансирование идет в рамках программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ. Методическую и материальную поддержку Центру также оказывает Детский фонд ООН ЮНИСЕФ. Специалисты и сотрудники Центра прошли обучение на кафедре подростковой медицины и валеологии Санкт-Петербургской академии последиplomного образования, региональной общественной организации «Взгляд в будущее» и СПИД ФОНДА ВОСТОК-ЗАПАД.

Проведен анализ частоты встречаемости заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье у пациентов, обратившихся в центр за период с октября 2006 г. по май 2007 г. с различными жалобами и профилактически. Диагностические мероприятия включали консультацию следующих специалистов: психологов, дерматовенерологов, гинекологов-эндокринологов, уролога-андролога.

При необходимости проводилось обследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем, различных дерматозов, заболеваний репродуктивной системы. Обследование на ИППП включало бактериоскопические, бактериологические и серологические виды исследований. Кроме того, использовались современные высокотехнологические методики: серологическое исследование на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, цитомегаловирус, вирус герпеса, ПЦР-диагностика хламидиоза, микоплазмоза и уреаплазмоза. У девушек с различными эндокринными нарушениями менструального цикла проводилось исследование гормонального статуса.

Психологами Центра проводилось консультирование при обследовании на ВИЧ-инфекцию, ведение клиента в кризисных ситуациях, включая социальное сопровождение, консультирование по запросу клиента, проведение комплексных профилактических программ, направленных на изменение поведения высокой степени риска (интерактивные семинары и тренинги с учащимися учебных заведений), набор и обучение волонтерской команды, совместное проведение массовых профилактических акций.

Результаты: за 8 месяцев работы в Центре получили помощь по различным проблемам более 5 тысяч подростков. Среди выявленной патологии преобладали заболевания кожи и подкожной клетчатки (14%), воспалительные заболевания женской и мужской половой сферы (5%), заболевания, связанные с эндокринными нарушениями женской репродуктивной системы (3,6%), дисменореи (3,6%), ИППП (2%). Психологами проконсультировано 1 500 человек, проведено 38 интерактивных профилактических семинаров, по итогам которых можно сделать вывод, что 40% подростков серьезно обеспокоены своим здоровьем и считают, что быть здоровым важно для человека. Необходимо также отметить, что в настоящее время значительно выросла активность обращения пациентов в Центр, в том числе и с профилактической целью. На сегодняшний день 45% молодых людей обращаются в центр самостоятельно.

Выводы: рост числа обратившихся в центр пациентов, высокие показатели заболеваемости репродуктивной сферы у лиц молодого возраста доказывают необходимость создания подобных специализированных учреждений. Девиз работы Центра: приходите, выслушаем, поможем и никому не расскажем — привлекает молодежь.

Новые подходы к лицензированию медицинской деятельности

Корсунский А. А., Мартынов А. А.

Росздравнадзор, Минздравсоцразвития России, г. Москва

Целью настоящей работы явилось изучение новых механизмов лицензирования медицинской деятельности в условиях модернизации в сфере здравоохранения.

Для достижения цели анализировались нормативные правовые акты и методические документы по вопросам лицензирования медицинской деятельности за период 2003–2007 гг.

Повышение доступности и качества медицинской помощи являются приоритетными направлениями развития отечественного здравоохранения. Отраслевой программой «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы» были определены основные механизмы повышения качества медицинской помощи — стандартизация, сертификация, аккредитация, аттестация и лицензирование в здравоохранении.

В связи с продолжающимся разграничением полномочий и предметов ведения в сфере здравоохранения, основы которого были заложены Федеральным законом от 22.08.2004 № 122–ФЗ, основные усилия органов государственной власти в сфере здравоохранения направлены, прежде всего, на совершенствование системы стандартизации медицинской помощи и лицензирования видов деятельности, отнесенных к сфере здравоохранения. Перечень работ и услуг, осуществляемых в рамках медицинской деятельности, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности». Указанным постановлением определен круг грубых нарушений лицензионных требований и условий, предполагающих наложение на совершивших административного взыскания или приостановление лицензии решением суда. Общая схема лицензирования медицинской деятельности включает Росздравнадзор и его территориальные органы в субъектах Российской Федерации, а также комиссии по лицензированию медицинской деятельности, решения которых носят для лицензирующего органа рекомендательный характер. В процессе осуществления надзорных функций лицензионный контроль осуществляется по трем основным направлениям: соблюдение прав собственности и авторских прав; поддержание надлежащего уровня профессиональной подготовки специалистов и уровня материально-технического обеспечения учреждений и организаций.

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами лицензируемые работы (услуги) по дерматовенерологии, клинической и лабораторной микологии, терапевтической и хирургической косметологии отнесены к специализированной медицинской помощи. Оказание вышеуказанных работ (услуг) возможно при осуществлении амбулаторно–поликлинической и стационарной медицинской помощи. Одновременно организация оказания работ (услуг) по дерматовенерологии и косметологии терапевтической возможно при осуществлении санаторно–курортной помощи. Учитывая высокую потребность населения страны в высокотехнологической медицинской помощи, в том числе при заболеваниях кожи, Минздравсоцразвития России ежегодно формирует государственное задание для федеральных медицинских учреждений на оказание соответствующих видов медицинской помощи. С целью обеспечения высокого качества указанной медицинской помощи в соответствующих нормативных правовых актах предусмотрено выделение работ (услуг) по дерматовенерологии при осуществлении высокотехнологичной медицинской помощи. Таким образом, к настоящему моменту закончено формирование нормативно–правовой базы организации лицензирования медицинской деятельности. Основными задачами на среднесрочную перспективу являются отработка данного механизма и совершенствование требований к осуществлению, в том числе дерматовенерологической, медицинской помощи.

Структура заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации в 2005–2006 годах

Кубанов А. А., Иванова М. А., Мелехина Л. Е., Лесная И. Н.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Актуальность: в последние годы, несмотря на сокращение числа кожно–венерологических диспансеров, обеспеченность населения врачами–дерматовенерологами остается стабильной и составляет 0,7 на 10 000 населения в целом по России. Продолжается положительная динамика в отношении заболеваемости сифилисом (среднереспубликанский показатель составил в 2005 г. — 69,0, в 2006 г. — 65,2 на 100 000 населения). В то же время уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, увеличивается.

Материалы и методы: проведен анализ данных форм государственной статистической отчетности по инфекциям, передаваемым половым путем, за последние два года.

Результаты: в целом по инфекциям, передаваемым половым путем, отмечается положительная динамика. В 2005 году заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, составила 503,6 на 100 000 населения, против 484,4 случая в 2006 году. Снижение произошло на 4,1 %.

Однако в общей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на фоне снижения сифилиса, гонококковой инфекции и трихомоноза значительно увеличивается заболеваемость хламидийной и вирусными инфекциями. Рост генитального герпеса в 2006 году, по сравнению с 2005 годом, произошел на +8,3 %, аногенитальных бородавок — на +4,4 %.

Структура общей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, представлена следующим образом: лидирующее положение занимает трихомоноз (199,5 на 100 000 населения), второе место — хламидийная инфекция (97,2), третье — сифилис (65,2), далее гонококковая инфекция (63,7), аногенитальные бородавки (33,5) и генитальный герпес (23,5).

Выводы: эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в Российской Федерации в 2005–2006 годах характеризовалась стабилизацией процесса и дальнейшим снижением уровня заболеваемости сифилитической и гонорейной инфекциями и ростом показателей инфицированности урогенитальными инфекционными заболеваниями вирусной этиологии.

Общественная организация больных псориазом — Межрегиональное общество больных псориазом

Кубанов А. А., Знаменская Л. Ф., Надгериева О. В., Матушевская Ю. И.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

В последние годы отмечается рост заболеваемости псориазом, в том числе и среди лиц молодого возраста, увеличение количества тяжелых (эритродермия, пустулезный псориаз, псориатический артрит) и резистентных к различным методам лечения форм заболевания, инвалидизации, увеличение случаев нетрудоспособности.

Заболевание оказывает влияние на социальную и психологическую стороны жизни (семейные отношения, поиски места работы, взаимоотношения с коллегами и т. д.), значительно ухудшая качество жизни пациентов.

Большая часть больных не всегда вовремя обращается за квалифицированной медицинской помощью в специализированные медицинские учреждения дерматовенерологического профиля, пользуясь советами родственников, знакомых, средств массовой информации. Неадекватное, бесконтрольное и нерациональное использование лекарственных средств приводит либо к неэффективности лечения и дальнейшему прогрессированию заболевания, либо к утяжелению течения, развитию побочных эффектов и резистентности к терапии.

Многие больные отмечают недостаток информации о последних достижениях медицинской науки в вопросах механизмов развития заболевания и новых методах его лечения, профилактики и реабилитации, возможностях льготного обеспечения необходимыми медикаментами, в доступных для них источниках. В некоторых регионах больные с тяжело протекающими формами заболевания не информированы о возможности получения высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

В Российское общество дерматовенерологов обратилась инициативная группа больных, страдающих псориазом, с просьбой о поддержке и оказании содействия в создании общественной организации. В настоящее время проводится работа по государственной регистрации Общества больных псориазом.

Выводы: создание Межрегионального российского общества больных псориазом является перспективным в связи с возможностью содействия в оказании квалифицированной лечебно-профилактической помощи, решения проблем социально-экономического характера, защите прав и законных интересов больных псориазом и т. д.

Создание Всероссийского регистра больных хроническими заболеваниями кожи

Кубанов А. А., Знаменская Л. Ф., Надгериева О. В., Матушевская Ю. И., Шарова М. А.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

В Российской Федерации отмечается неуклонный рост числа заболеваний кожи, что представляет собой важную медико-социальную проблему. В последние годы наметилась тенденция к росту заболеваемости среди лиц молодого возраста, увеличению числа непрерывно рецидивирующих форм заболеваний, что объясняет высокие экономические затраты на лечение больных.

Отсутствие согласованности и преемственности в ведении больных на различных уровнях оказания медицинской помощи (федеральный и региональный), нерациональное использование медикаментозных средств иммуносупрессивного действия могут являться причинами появления тяжелых форм заболеваний, развитию резистентности к терапии, инвалидизации больных. В некоторых регионах отмечается несвоевременное направление больных, нуждающихся в оказании высокотехнологичной помощи, в федеральные специализированные медицинские учреждения.

В настоящее время в развитых странах Западной Европы и США созданы различные регистры больных, содержащие информацию о пациентах, включая клинично-anamnestические данные, результаты исследований. В Российской Федерации функционируют «Государственный регистр больных сахарным диабетом», Государственный регистр «Болезни крови, иммунной системы и онкологические заболевания у детей и подростков», «Государственный регистр больных муковисцидозом». Ведение таких регистров позволяет контролировать оказание качественной и эффективной лечебно-профилактической помощи больным, помогает в решении проблем социально-экономического характера.

Выводы: создание Всероссийского регистра больных хроническими заболеваниями кожи, представляющего собой автоматизированную информационно-аналитическую систему, позволит осуществлять сбор, хранение и своевременное получение данных о пациентах, проводить эпидемиологический анализ заболеваемости и обеспечивать своевременный отбор больных на лечение для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Генетические исследования в ходе создания Всероссийского регистра больных хроническими заболеваниями кожи

Кубанов А. А., Знаменская Л. Ф., Надгериева О. В., Матушевская Ю. И., Шарова М. А.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Как известно, ответ на различные методы лечения у разных пациентов значительно варьирует. В то время как у одних отмечается значительный положительный эффект от проводимой терапии, у других — устойчивость, а у третьих от этого же метода наблюдаются побочные эффекты, либо проводимое лечение потенцирует токсичность. Зачастую оказывается, что многие препараты назначаются дерматологами необоснованно, хотя и в соответствии с имеющимися показаниями к применению, что сопряжено с определенной долей как медицинского, так и экономического риска.

Генетические факторы являются одним из важнейших звеньев патогенеза распространенных хронических дерматозов. Современные методы исследований позволяют определить молекулярно-биологические особенности генов, связанных с развитием заболеваний кожи.

Одной из важнейших составляющих создаваемого Всероссийского регистра больных хроническими заболеваниями кожи будет формирование базы данных с результатами генетического обследования больных, включенных в регистр. В процессе исследований будет устанавливаться связь между тяжестью заболевания, развитием нежелательных явлений, связанных с применением различных методов лечения и наличием генов предрасположенности. Это поможет идентифицировать пациентов, которые более вероятно ответят на терапию и у которых будет с меньшей частотой отмечаться развитие побочных реакций.

Выводы: создание Всероссийского регистра обеспечит индивидуальный и рациональный подход к ведению пациентов, и, соответственно, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи.

Анализ оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2006 году по профилю «дерматовенерология» в ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий».

Надгериева О. В., Кубанов А. А.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

В соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития Российской Федерации в федеральных специализированных медицинских учреждениях гражданам за счет средств федерального бюджета оказывается высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

С 2002 года ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» осуществляет оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным хроническими заболеваниями кожи и слизистых оболочек в соответствии с имеющимся перечнем видов помощи по профилю «дерматовенерология». Специалистами института совместно с Минздравсоцразвития Российской Федерации разработаны и утверждены стандарты оказания ВМП больным с заболеваниями кожи, в соответствии с которыми в федеральных специализированных медицинских учреждениях проводится лечение соответствующей категории больных.

За период с 2002 года по июль 2007 года в отделении клинической дерматологии ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» оказана ВМП 1427 больным с тяжело протекающими, резистентными ко многим видам терапии, дерматозами (псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, истинная пузырчатка, злокачественные лимфомы кожи, склеродермия).

Во 2–4 кварталах 2006 года и в 1 квартале 2007 года высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29.03.2006 г. № 220. За это время ВМП получили 408 больных заболеваниями кожи, что соответствует плановым нормативам. Большую часть пациентов — 246 (60,3%), получивших лечение в отделении клинической дерматологии ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий», составили больные, страдающие различными формами псориаза, больных с атопическим дерматитом было 65 (15,9%), с красным плоским лишаем — 25 (6,1%), со склеродермией — 24 (5,9%), пузырчаткой — 20 (4,9%), злокачественной лимфомой кожи — 28 (6,9%).

Лечение с применением фотохимиотерапии с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов (пункт 55. по перечню видов ВМП) получали 216 больных (52,9%), комплексное лечение с применением узкополосной средневолновой и дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии (пункт 56.) — 106 больных (26%), бальнеофотохимиотерапию (пункт 57.) — 25 больных (6,1%), поликомпонентное лечение с применением цитостатических, иммуносупрессивных средств (пункт 58.) — 51 больной (12,5%), комбинированное лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и остео-, хондропротективных средств (пункт 59.) — 10 больных (2,5%).

ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» регулярно информирует как территориальные органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, так и соответствующие специализированные лечебно-профилактические учреждения о выделенных им квотах на оказание ВМП, перечне видов помощи с подробным описанием порядка направления больных на лечение. Однако, несмотря на востребованность дерматологической помощи в стране, отдельные регионы эти квоты не реализуют. Наряду с этим не все нуждающиеся пациенты могут получить направления на лечение в ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» в территориальных органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в связи с чем вынуждены самостоятельно обращаться в Минздравсоцразвития России.

В конце третьего квартала 2006 года по результатам промежуточного отчета были определены регионы, не реализующие выделенные им квоты. В связи с этим, начиная с октября 2006 года, для оценки состояния оказания специализированной помощи населению и отбора больных на лечение для оказания ВМП сотрудниками ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» осуществляются выезды в лечебно-профилактические учреждения дерматовенерологического профиля субъектов Российской Федерации. Если во 2–3-м кварталах 2006 года число больных, направленных на лечение и обследование из субъектов Российской Федерации (кроме жителей г. Москва и Московской области) составляло 30% от общего числа госпитализированных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, то в 4-м квартале 2006 года — 1-м 2007 года этот показатель составлял 50%. Проводится сбор информации о заболеваемости, оказании лечебно-профилактической помощи, материально-техническом обеспечении, о порядке отбора и направления больных на лечение в федеральные специализированные медицинские учреждения. Предварительная оценка показала, что в ряде случаев пациенты на госпитализацию для оказания ВМП направляются необоснованно и несвоевременно. Направление больных с тяжело протекающими заболеваниями кожи нередко происходит после неоднократного и длительного лечения с применением иммуносупрессивных и цитостатических средств. Неадекватная терапия в последующем усугубляет течение заболевания, является причиной появления побочных эффектов от лечения и, впоследствии, приводит к затруднениям при оказании высокотехнологичной помощи в связи с развившейся сопутствующей патологией.

Выводы: предварительно полученные данные обуславливают необходимость дальнейшего проведения анализа оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Воспалительные заболевания уrogenитального тракта у молодых женщин-учащихся вузов г. Екатеринбург

Кузнецова Ю. Н., Герасимова Н. М.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: выявить возможные резервуары инфицирования уrogenитального тракта бактериальными и вирусными инфекциями среди молодежи и подростков.

Методы: в исследование на базе Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии были включены 66 молодых женщин — студенток вузов 17–24 лет, обратившихся самостоятельно для профилактического обследования, не предъявляющих каких-либо жалоб со стороны уrogenитального тракта.

Результаты: в ходе исследования, при более тщательном сборе анамнеза и активном опросе в соответствии с разработанными анкетами, более четверти обратившихся женщин отметили наличие тех или иных жалоб со стороны уrogenитального тракта, в том числе: 66,7% — патологические выделения без запаха, 21,9% — болезненные менструации и нарушения менструального цикла, 16,5% — боли в области малого таза, 21,9% — зуд и жжение в области наружных половых органов, 5,5% — диспареунию, высыпания и/или выделения с неприятным запахом. Более характерными были симптомы, специфичные для хронического течения воспалительных заболеваний уrogenитального тракта: выделения из половых путей без запаха, «ноющие» боли внизу живота и нарушение менструального цикла, реже встречались зуд и жжение в области преддверия и влагалища. Такие симптомы пациентки не расценивали как признаки воспалительных заболеваний, что, вероятно и обусловило большую длительность наличия у них симптомов: на длительность заболевания до 2 месяцев указали 21,2% женщин, 6 месяцев и более 63,3% и на наличие симптомов заболевания в течение нескольких лет — 15,8%. На перенесенные ранее воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) указали 48,5% всех обследованных женщин. Наиболее часто отмечались эрозии и эктопии шейки матки (87,4%) и сальпингоофориты и эндометриты (28,0%). Несмотря на отсутствие жалоб, при бимануальном исследовании у 13,6% женщин определялась болезненность при пальпации в области придатков матки и на момент обследования. У них же при ультразвуковом исследовании были выявлены признаки воспаления и спаечного процесса органов малого таза.

При исследовании микрофлоры урогенитального тракта инфекции, передаваемые половым путем, выявлены у 66,7% всех пациенток, причем у 13,4% три и более возбудителя.

Наиболее часто встречающимися патогенами были хламидии (27,3%), микоплазмы (25,0%), аногенитальные бородавки (9,1%), дрожжеподобные грибы рода кандиды (27,3%). Дисбиоз влагалищной микрофлоры, выражающийся в достоверном снижении количества или полном отсутствии лактофлоры и наличии *G. vaginalis* и других условнопатогенных микроорганизмов (*E. Coli*, *Enterococcus* spp, *S. agalactiae*, *Proteus* spp, *S. aureus*) в диагностически значимых титрах, выявлен у 47,7% обследованных молодых женщин.

Выводы: молодые женщины в возрасте 17–24 лет (учащиеся вузов) являются социально-уязвимой группой населения, что подтверждается высокой частотой выявления у них бактериальных и вирусных ИППП и воспалительных заболеваний органов малого таза. Преобладание «латентных» бактериальных и вирусных инфекций у молодых женщин способствует формированию «скрытого» резервуара ИППП, развитию воспалительных заболеваний органов малого таза и ранних предпосылок нарушения репродуктивного здоровья. Отсутствие доступной квалифицированной медицинской помощи также способствует возникновению заболеваний органов малого таза.

Лечение вульгарного псориаза средней и тяжелой степеней тяжести по терапевтическому алгоритму: опыт немецкой дерматологии

Кузнецов А. В.

Кафедра и клиника дерматологии и аллергологии университета Людвиг–Максимилиана, Баварский псориатический центр, г. Мюнхен, Германия

В Западной Европе псориазом страдает 2–3% населения. С 1999 г. по мере развития и внедрения лекарственных средств местного и системного действия, а также методов светотерапии, на основе опубликованных в международной печати результатов клинических исследований с учетом принципов доказательной медицины Немецкое Дерматологическое Общество создает и пересматривает рекомендации по лечению вульгарного псориаза (последняя редакция: июль 2006).

Оценка эффективности и безопасности средства и метода лечения основывается на двухступенчатом анализе по степени и уровню доказательности опубликованных результатов клинических исследований. Степень доказательности оценивается по мере убывания достоверности и объективности: мета-анализ, рандомизированное двойное слепое, рандомизированное/одностороннее слепое, не рандомизированное, мнение экспертов/клинические наблюдения. На основании степени доказательности опубликованному исследованию присваивается уровень доказательности: высокий, хороший, низкий и чрезвычайно низкий. На основании этих критериев создаются рекомендации к применению на территории Германии (по убыванию): настоятельная рекомендация, простая рекомендация, открытая положительная рекомендация, отрицательная рекомендация и выраженная отрицательная рекомендация. Рекомендации учитывают кроме доказанной эффективности и безопасности также и практичность в применении, и отношение стоимость–польза терапевтического средства и метода.

На основании рекомендаций Немецкого Дерматологического Общества в клинике дерматологии и аллергологии университета Людвиг–Максимилиана г. Мюнхена был разработан терапевтический алгоритм для практического применения в повседневной практике при лечении средней и тяжелой степеней тяжести вульгарного псориаза. Алгоритм включает последовательность выбора методов и средств системного лечения с учетом анамнестических данных, возможных побочных действий и противопоказаний к применению и состоит из трех последовательных этапов в лечении:

1. фототерапии: УФВ/УФВ 311 нм, Ре (ацитретин, Neotigason®) — УФВ 311 нм, ПУФА–ванна, Ре–ПУФА–ванна, системная ПУФА, системная Ре–ПУФА,
2. традиционной системной терапии: фумараты (Fumaderm®), циклоспорин А, метотрексат, ацитретин (моно — или в комбинации с фототерапией),
3. биологических препаратов: этанерсепт (Enbrel®), инфликсимаб (Remicade®), эфализумаб (Raptiva®).

Данные этапы и средства могут заменять или дополнять друг друга в зависимости от ожидаемого или достигнутого эффекта лечения или при появлении побочных явлений.

Выводы: благодаря указанной в алгоритме последовательности в выборе решения, на основании рекомендации Немецкого Дерматологического Общества, а также относительных и абсолютных противопоказаний, возможен доказательно эффективный, безопасный, экономичный и индивидуальный подход к лечению больных со средней и тяжелой степенью тяжести вульгарного псориаза. Терапевтический алгоритм используется в ежедневной работе Баварского псориатического центра, а также при подготовке дерматологов в университетской клинике г. Мюнхена.

Применение унифицированной системы индикаторов качества в оценке деятельности дерматовенерологических стационарных отделений

Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В., Амосов А. М., Уфимцева М. А., Табашикова А. И.

ФГУ УрНИИДВи Росмедтехнологий, г. Екатеринбург; ОКВД, г. Мурманск

Цель работы — оценить качество специализированной медицинской помощи больным хроническими дерматозами.

На основе разработанной системы из 6 индикаторов качества (коэффициент медицинской эффективности, коэффициент обоснованности госпитализации и др.) проведен ретроспективный анализ стационарных карт больных атопическим дерматитом и псориазом в стационарных дерматовенерологических отделениях различного территориального уровня (региональный, межрайонный, муниципальный) в Мурманской области. Всего изучено с использованием унифицированных таблиц 182 истории болезни больных атопическим дерматитом и 541 история болезни больных псориазом, госпитализированных в стационары в 2006 году. Анализировалась работа стационара Областного кожно–венерологического диспансера (45 коек), дерматовенерологического отделения на базе Центральной городской больницы г. Мончегорска (30 коек) и отделения Центральной городской больницы г. Апатиты (20 коек). Полученные результаты в оценке качества оказания стационарной помощи больным атопическим дерматитом и псориазом с использованием индикаторов качества были сопоставимы с результатами экспертной оценки работы стационарных отделений, проводимой во время плановых выездов в районы.

Сравнительный анализ показателей индикаторов качества в стационарных отделениях выявил отклонения различной степени в системе оказания стационарной помощи этой группе больных. Наибольшая вариабельность отмечена при оценке

коэффициента отклонения длительности пребывания больных (КОДПБ) от 94,25% до 79,5%, коэффициента интенсивности обследования (КИО) от 92,7% до 78,7%. В ходе проводимого анализа удалось выявить факторы, отрицательно влияющие на уровень качества оказания стационарной помощи как объективного, так и субъективного характера (несовершенство внутриучрежденческих стандартов ведения больных, недостатки в определении показаний к госпитализации и др.), и внести коррективы в планирование деятельности стационаров различного территориального уровня.

Выводы: пилотное исследование уровня качества стационарной дерматовенерологической помощи с использованием системы мониторинга индикаторов качества, является сравнительно простым и доступным методом в получении объективной информации о деятельности стационарных отделений дерматовенерологического профиля, и может быть использовано как в решении вопросов реструктуризации коечного фонда региона, так и в определении приоритетных экономических вложений в модернизацию стационарных отделений различного территориального уровня.

Задачи и перспективы оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Кунгуров Н. В., Гришаева Е. В., Кохан М. М., Зильберберг Н. В.

ФГУ УрНИИДВИИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Целью настоящей работы является оптимизация системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) больным хроническими дерматозами в ФГУ «УрНИИДВИИ Росмедтехнологий».

Разработано и принято к исполнению «Положение об организации работы по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи и использовании средств федерального бюджета в ФГУ «УрНИИДВИИ Росмедтехнологий», в рамках которого утверждены Медицинские внутриучрежденческие стандарты оказания ВМП больным хроническими дерматозами. Проведено совещание главных врачей областных и городских кожно-венерологических учреждений с целью ознакомления с основными нормативными актами по оказанию ВМП в 2007 г. Разосланы в прикрепленные территории информационные письма о порядке направления и госпитализации пациентов по программе ВМП.

Результаты: за I и II квартал 2007 г. комплексное обследование и лечение по программе ВМП в клинике УрНИИДВИИ проведено 145 пациентам, из них 135 (93,1%) человек из Свердловской, 4 (2,8%) из Челябинской, 1 (0,7%) из Тюменской, 4 (2,8%) из Курганской области и 1 (0,7%) из Пермского края.

Больные с тяжелыми формами псориаза, в том числе осложненном эритродермией, псориазической артропатией, составили 111 человек (76,6%), атопическим дерматитом, диффузной формой — 27 (18,6%), распространенным красным плоским лишаем — 2 (1,4%), акантолитической пузырчаткой — 2 (1,4%), бляшечной склеродермией — 3 (2,1%).

Дети до 17 лет составили 26 человек (17,9%), дети-инвалиды — 2 (1,4%), инвалиды с детства — 2 (1,4%), инвалиды II группы — 4 (2,8%), инвалиды III группы — 8 (5,6%). Социальный статус пациентов: учащиеся — 32 (22,1%) человека, дети неорганизованные — 2 (1,4%), дети организованные — 3 (2,1%), работающие — 84 (57,9%), неработающие — 27 (18,6%), пенсионеры — 5 (3,4%).

Лечебно-диагностические мероприятия осуществлялись согласно приказу Минздравсоцразвития Российской Федерации № 902 от 31.12.2006 г. и № 320 от 7.05.2007 г. Состояние клинической ремиссии достигнуто у 32 (22,1%), значительное улучшение — у 58 (40,0%), улучшение — у 53 (36,5%), без перемен выписано 2 (1,4%) пациента. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 24,9±3,2 койко-дней.

Выводы: проведение своевременных управленческих мероприятий позволило спланировать госпитализацию пациентов на лечение в клинику и выполнить государственное задание. Реализация программы оказания ВМП позволила снизить длительность пребывания больных в стационаре, добиться удлинения сроков клинической ремиссии, улучшить качество жизни пациентов и их удовлетворенность от общения с медицинской средой.

Для повышения эффективности выполнения программы по оказанию ВМП гражданам Российской Федерации планируется сократить сроки ожидания стационарного лечения, проводить мониторинг отдаленных результатов терапии и последующее диспансерное наблюдение больных, получивших данную помощь. Проводится работа по формированию обоснованных предложений для расширения перечня нозологий, подлежащих лечению по программе ВМП, и увеличения квот для территорий Уральского федерального округа.

Особенности организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи

Мартынов А. А.

Минздравсоцразвития России, г. Москва

Одним из приоритетных направлений совершенствования дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации определено развитие высоких медицинских технологий, которое включает разработку и внедрение новых высокотехнологичных видов с последующим их тиражированием на базе медицинских учреждений. Основным результатом указанной работы должно стать полное удовлетворение потребности населения Российской Федерации в данном виде медицинской помощи (2005 г. — 24%; 2006 г. — 29%).

Управление потребностью в высокотехнологичной медицинской помощи на основе Листов ожидания медицинской помощи является основной составляющей системы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи. Минздравсоцразвития России, начиная с 4-го квартала 2005 г., осуществляется ежемесячный мониторинг оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Порядок ведения Листов ожидания определен приказами от 05.10.2005 № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний»; от 07.07.2006 № 527 «Об утверждении медицинской документации мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи федеральными специализированными медицинскими учреждениями», а также письмами от 01.11.2005 № 5143-ВС, от 08.05.2007 № 3738-РХ.

По состоянию на 01.01.2006 высокотехнологичную медицинскую помощь при болезнях кожи ожидало 279 человек, при этом 72% из числа нуждающихся были жителями Уральского федерального округа. Всего по Российской Федерации в течение 2006 г. было внесено в Лист ожидания 1193 больных тяжелыми дерматозами, при этом сама высокотехнологичная помощь была оказана 2020 больным. В 1-м квартале 2007 г. потребность в высокотехнологичной дерматовенерологической помощи была очень

низкой, ее ожидало всего 143 человека. Отсутствие потребности в оказании больным хроническими дерматозами высокотехнологической медицинской помощи в некоторых субъектах Южного и большинстве субъектов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов одновременно сопровождается высокими показателями распространенности дерматозов, значительными темпами их прироста. Все это свидетельствует о низкой активности по отбору больных, прежде всего, кожно-венерологических диспансеров, а также соответствующих комиссий территориальных органов управления здравоохранением и главных дерматологов субъектов Российской Федерации, поскольку на протяжении более чем 15-летнего периода в Российской Федерации регистрируется продолжающийся рост показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. Только уровень первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки за период с 1993 года увеличился примерно на 20%. Также этому способствует отсутствие единой информационной системы здравоохранения, направленной на повышение эффективности и качества оказания высокотехнологической медицинской помощи.

Выводы: созданная и апробированная в настоящее время информационная система позволит руководителям медицинских учреждений, участвующих в реализации государственного задания на оказание высокотехнологической медицинской помощи, а также органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в режиме on-line, оперативно реагировать на возникающие потребности в оказании высокотехнологической медицинской помощи, а также обеспечит стройную систему мониторинга исполнения государственного задания на оказание высокотехнологической медицинской помощи.

Вопросы профилактики заболеваний кожи как основа повышения качества медицинской помощи населению Российской Федерации

Мартынов А. А.

Минздравсоцразвития России, г. Москва

Согласно данным ежегодно издаваемых в стране государственных докладов состояние здоровья трудоспособного населения Российской Федерации продолжает ухудшаться. Сегодня, когда отечественной системой здравоохранения взят курс на профилактику, среди основных мероприятий национального проекта «Здоровье» выделено профилактическое направление.

В течение 2006 года дополнительной диспансеризацией были охвачены 6,7 млн человек (около 7% от всего трудоспособного населения страны) в возрасте 35–55 лет, работающие в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях.

По итогам дополнительной диспансеризации работающих граждан и дополнительных периодических медицинских осмотров было выявлено 10 595 новых случаев болезней кожи и подкожной клетчатки, что составило 327,8 на 100 тыс. человек, или около 0,35% от общего числа граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию. В структуре заболеваемости, выявленной в ходе проведения дополнительной диспансеризации, удельный вес болезней кожи и подкожной клетчатки на поздней стадии незначителен и составил 0,4%. Указанный показатель в целом свидетельствует о достаточно высоком профессиональном уровне врачей кожно-венерологических диспансеров, а также высокой активности самих пациентов, которые обращаются к специалистам на ранних стадиях заболеваний.

Из числа впервые выявленных в ходе дополнительной диспансеризации больных с патологией кожи и подкожной клетчатки было госпитализировано в стационарные отделения субъектов Российской Федерации всего 134 человека (0,3% от общего числа госпитализированных в стационарные отделения). Указанный показатель от общего числа выявленных в результате дополнительной диспансеризации больных с патологией кожи составил 1,3%.

По результатам дополнительной диспансеризации в течение 2006 года всего было направлено на лечение с использованием высоких медицинских технологий 724 больных (0,03% от общего числа нуждавшихся). В указанную статистику включены и трое больных, которые направлены на лечение с использованием высоких медицинских технологий по профилю дерматовенерология.

В соответствии с основными задачами дополнительной диспансеризации часть впервые выявленных больных включена в группу диспансерного наблюдения. Всего из числа граждан Российской Федерации, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006 году с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки взято на диспансерное наблюдение 2 621 человек (24,7% от общего числа взятых на диспансерное наблюдение). Это достаточно низкий показатель эффективности деятельности медицинских учреждений, учитывая хроническое течение болезней кожи.

Выводы: в целом в результате реализации мероприятий по дополнительной диспансеризации определена существующая потребность в различной, в том числе специализированной, медицинской помощи, на основе которой органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации предстоит спланировать не только направления работы с группами здоровья, но и определить развитие сети медицинских учреждений, а также сформировать оптимальную кадровую политику.

Диагностика и кодирование ранних и поздних форм нейросифилиса в субъектах Российской Федерации (1993 – 2006 годы)

Мелехина Л. Е., Иванова М. А., Кубанов А. А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Актуальность: в последнее время, начиная с 2002 года и по настоящий момент, происходит резкое увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса как ранних форм, так и поздних.

Материалы и методы: проведен углубленный анализ данных форм государственной статистической отчетности по инфекциям передаваемым преимущественно половым путем и опрос представителей субъектов Российской Федерации отчитывающихся за представленную информацию.

Результаты: анализ показал, что за последние 12 лет число зарегистрированных случаев нейросифилиса, увеличилось в 44,2 раза по сравнению с 1993 годом. В 1993 году было зарегистрировано 50 427 всего больных всеми формами сифилиса, из них 15 случаев позднего нейросифилиса, или 0,02% от всех форм сифилиса. Такое соотношение сохранялось до 2001 года. В течение этих лет колебания в соотношении варьировали в следующих пределах от 0,01% до 0,08%. В 2002 году это соотношение увеличивается в 10 раз (1993 г. — 15 случаев — 0,02%; 2002 г. — 282 — 0,2% случая), и в дальнейшем происходит постоянное увеличение числа больных нейросифилисом.

(2003 г. — 281 случай, или 0,2% от всех форм, 2004 г. — 313, или 0,3% от всех форм, 2005 г.— 397, или 0,4% от всех форм и 2006 г. — 476, или 0,5% от всех форм).

Выводы: резкое увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса совпадает с переходом на новую Международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ–Х). Переход на МКБ–Х повлек за собой изменение некоторых понятий и трактовок, т.к. МКБ–Х пересмотра базируется на статистической классификации, а не как предыдущая, в основе которой была клиническая классификация. Скорее всего, поэтому происходит путаница в кодировании диагнозов.

Необходимо более тщательно собирать анамнез у больного и производить дифференциальную диагностику между ранним нейросифилисом, который относится ко вторичным формам сифилиса (код А51.4) и поздними формами нейросифилиса (А52.1,2,3).

Особенности и прогноз заболеваемости ИППП в Приволжском федеральном округе

Никулин Н. К.

ФГУ НИИКВИ Росздрава, г. Нижний Новгород

Цель: анализ динамики заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём, в Приволжском федеральном округе.

Материалы и методы: ретроспективное (1997 — 2006 гг.) сравнительное изучение показателей заболеваемости ИППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, генитальный герпес, аногенитальные бородавки) в Приволжском федеральном округе. Удельный вес подростков (15–19 лет) от общего числа больных ИППП. Зависимость распределения ИППП от пола и возраста.

Полученные результаты: снижение общей заболеваемости ИППП в Приволжском федеральном округе (за 10 лет более чем в 1,7 раза) замедлилось. Уровень заболеваемости сифилисом в 2006 году практически вернулся к показателю 1994 года. Вирусные ИППП (генитальный герпес, аногенитальные бородавки) демонстрируют стабильный рост — более чем в 2 раза за 10 лет в среднем по Приволжскому федеральному округу (ПФО). Удельный вес подростков (15–19 лет), больных ИППП, в ПФО за последние 5 лет остаётся стабильно высоким (заболевших тинейджеров из всех больных сифилисом — 10,4%, гонореей — 15,1%, трихомониазом — 11,0%, хламидиозом — 9,9%, генитальным герпесом — 12,5%, аногенитальными бородавками — 20,5%).

Выводы: необходим поиск комплексных подходов не только в организации лечебно–диагностической помощи, но и в первичной профилактике и социальной адаптации подрастающего поколения.

Эпидемиология сифилиса в Республике Тыва

Обухов А. П.

РКВД, г. Кызыл, Республика Тыва

Цель: изучение связи эпидемиологии сифилиса и генетико–демографических факторов в тувинской популяции.

Материалы и методы: изучены статистические отчетные формы №9,34; каталог статизданий №92 Госкомстата Республики Тыва 1992–2006 гг.

Результаты: наибольшая заболеваемость сифилисом в Республике Тыва (РТ) отмечалась в 1998 г.— 1 562,4 на 100 тыс. населения. Структура заболеваемости сифилисом по полу за 1992–2006 гг. следующая: женщины составили 57,7% от заболевших, мужчины — 42,3%. Средний показатель заболеваемости сифилисом за 1992–2006 гг. среди женщин составил 531,1 на 100 тыс. соответствующие населения и пола, у мужчин 411,4. Структура заболевших по возрасту среди женщин: от 0 до 14 лет — 1,9%, от 15 до 19 лет — 22,7%, от 20 до 29 лет — 51,5%, от 30 до 39 лет — 17,1%, 40 лет и старше — 6,8%.

Среди мужчин: от 0 до 14 лет — 2,1%, от 15 до 19 лет — 15,8%, от 20 до 29 лет — 50,4%, от 30 до 39 лет — 20,1%, 40 лет и старше — 11,6%.

В 1998 г. заболеваемость сифилисом в женских возрастных группах 15–19, 20–29 лет составила 4 121,5 и 5 778,0 на 100 тыс. соответствующего населения. В 1999 г. в тех же возрастных группах — 1 999,0 и 2 826,9 соответственно. В 2000 г.— 1 303,5 и 1 918,4. Средняя заболеваемость за 15 лет эпидемии 1992–2006 гг. среди женщин 15–19 лет составила 1 175,0; 20–29 лет — 1 639,0 на 100 тыс. соответствующего населения; среди мужчин — в группе 20–29 лет 1 212,2 на 100 тыс. соответствующего населения.

В РТ отмечается высокий удельный вес раннего скрытого сифилиса (РСС) в структуре заболеваемости. В 1998 г. заболеваемость РСС составила 836,9 на 100 тыс. населения (53,6% от всех форм); в 1999 г. — 512,2 (62,7%), 2000 г. — 363,4 (68,2%), 2002 г. — 204,4 (68,5%), 2005 г. до 180,9 (52,8%), к 2007 г. — 157,5 (46,8%).

За 1999–2006 гг. при снижении общей заболеваемости средняя заболеваемость РСС в женской возрастной группе 20–29 лет составила 949,1 от общей 1 453,5 на 100 тыс. соответствующего возраста. Рост общей заболеваемости в 2007 году в основном происходила через данную половозрастную группу.

Выводы: возрастные группы женщин 15–19, 20–29 лет и мужчин 20–29 лет являются демографическими группами риска. Резервуаром инфекции являются женщины 20–29 лет с латентной формой сифилиса.

Медицинские технологии на службе врача дерматолога и дерматокосметолога

Озерская О. С.

Военно–медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, г. Санкт–Петербург

Врачи дерматологи постоянно сталкиваются с ситуацией, когда чувствуют необходимость применить какие–либо технические средства для улучшения помощи своим пациентам. До недавнего времени возможности дерматологов были весьма ограничены. Так в арсенале врача присутствовали только криоаппликаторы или приспособления для криотерапии и криодеструкции (термос, сосуд Дюара); различного вида аппараты для электрокоагуляции и Дарсонваль. Наличие приборов для электрофореза, фонофореза, фототерапии в физиотерапевтических кабинетах давало возможность дерматологу расширить спектр дерматологических лечебных мероприятий.

Развивающаяся огромными темпами дерматокосметология принесла с собой много новых технических средств, методов и технологий, благодаря которым у дерматологов появились новые возможности для помощи пациентам. Однако на основании приказа №346 от 31.12.2004 МЗ и СР РФ «Об организации выдачи разрешений на применение медицинских технологий», пользоваться можно только разрешенными, зарегистрированными технологиями. Этот документ был создан для улучшения работы с пациентами, устранения возможности использования неапробированных технологий и запрещения заниматься новыми технологиями врачами, не имеющим соответствующей специализации. Под медицинской технологией понимается совокупность метода (лечение, диагностика, профилактика и реабилитация) и средств лечения (лекарственные средства, медицинские изделия), с помощью которых осуществляется метод. К настоящему моменту в области дерматовенерологии и косметологии зарегистрировано более 100 медицинских технологий. К наиболее востребованным и часто применяемым для коррекции кожной патологии и косметологических проблем относятся: электрохирургия и фото- и электропилиция; криотерапия и криохирургия; фото- и лазеротерапия сосудистых и пигментных образований; оперативная дермабразия и дермабразия СО² лазером; микрокристаллическая дермабразия, мезотерапия, срединные пилинги, контурная пластика, применение ботулотоксина типа А и др.

Выводы: благодаря вышеперечисленным технологиям у дерматологов появились возможности улучшать результаты лечения дерматологических заболеваний и постдерматологических состояний, работать с дерматологическими проблемами, не поддающимися традиционным методам дерматологического лечения.

Современное состояние заболеваемости чесоткой населения Свердловской области

Пазина М. В., Малишевская Н. П., Нехамкин П. Б.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, СОКВД, г. Екатеринбург

Цель: изучить современные эпидемиологические особенности заболеваемости чесоткой среднеуральской популяции.

Материалы и методы: в работе использованы стандартные методы дескриптивной и аналитической эпидемиологии. Материал исследования — данные официальной статистики (статистические учетные формы №34). Анализируемые параметры: абсолютное число случаев чесотки, средние интенсивные показатели заболеваемости (число случаев на 100 тыс. населения) по области, 37 городам и 30 сельским районам; возрастные показатели заболеваемости взрослого населения, детей до 14 лет и 15–17 лет, их удельный вес в структуре заболевших.

Результаты: по данным официальной статистики интенсивный показатель заболеваемости чесоткой населения Свердловской области в 2000–2005 гг. варьировал от 208,7 до 149,5 случая на 100 тыс. населения. Средний интенсивный показатель заболеваемости за 6 лет составил — 175,9. К 2005 году (относительно 2000 года) заболеваемость снизилась на 24,9%. С 2001 по 2004 гг. уровень заболеваемости чесоткой ежегодно снижался (в 2002 г. на 13,9%, в 2003 г. на 12,5%, в 2004 г. на 4,8%). В 2005 году отмечен небольшой рост заболеваемости (+3,3%), когда на территории Свердловской области было зарегистрировано 6728 случаев заболевания чесоткой. Более высокий уровень заболеваемости был среди сельского населения (193,4), что на 26,1% выше заболеваемости жителей городов (142,9). В ряде муниципальных образований показатели заболеваемости чесоткой в 1,4–2,8 раза превышали средний показатель по области и находились на уровне 218,7–442,8 случая на 100 тысяч населения.

Между тем в ряде городов области (в 4 из 37) регистрировались очень низкие показатели заболеваемости (33,4–64,5 случая на 100 тыс. населения), которые в 2,2–4,3 раза превышали средний показатель заболеваемости городского населения (142,9). Аналогичная ситуация отмечена при анализе уровня заболеваемости сельского населения Свердловской области. В 8 районах уровень заболеваемости чесоткой в 2,2–4,4 раза был ниже среднего показателя по сельским районам области (193,4). Последнее может быть обусловлено недоучетом заболеваемости при обращении пациентов к врачам общелечебной сети, самолечением и диагностическими ошибками.

Наибольший удельный вес среди заболевших составили взрослые (46,3%), однако интенсивный показатель заболеваемости среди них был ниже (90,6), чем общий (154,6). От всех случаев заболеваемости 42,9% составили дети до 14 лет, преимущественно школьники (40,3%). Именно в этой возрастной группе зарегистрирован наиболее высокий интенсивный показатель заболеваемости чесоткой среди детей (437,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста), что в 2,8 раза выше общего показателя заболеваемости и в 4,8 — заболеваемости взрослого населения. Удельный вес случаев чесотки у подростков — 10,8%. Уровень заболеваемости чесоткой детей 15–17 лет составил 330,6 случая на 100 тыс. населения подросткового возраста. Удельный вес обследуемых контактных по чесотке лиц в среднем составил 78%.

Выводы: современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости чесоткой среднеуральской популяции характеризуется стабильным снижением показателей заболеваемости, более высокой заболеваемостью сельского и детского населения, значительной вариабельностью показателей заболеваемости в отдельных городах и районах области. Это может свидетельствовать как о неполной регистрации случаев чесотки, так и о гипер- и гиподиагностике данного заболевания. Резервуаром может быть недообследованный контингент контактных лиц, который находится на уровне 22%.

Об экспертизе профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в медицинской практике

Пашинян А. Г., Арутюнян Г. Б., Елистратова И. В.

РГМУ, г. Москва

В настоящее время отношения между врачом и пациентом вышли за рамки обычных отношений двух сторон «врач–пациент». Требования к качеству работы врача, в том числе и дерматовенеролога, стремительно возрастают и подвергаются всё более критической оценке. Отношения врача и пациента приобретают черты, характерные для отношений между производителем услуг и их потребителем, которые традиционно находятся в сфере гражданско-правовой регламентации.

Анализ судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам пациентов о возмещении причиненного им вреда свидетельствует, что в ряде случаев они были предъявлены лечебно-профилактическим учреждениям (или отдельным врачам) независимо от наличия или отсутствия вины медицинского работника. Судом определяется необходимость компенсации материального и морального вреда, размер которой зависит от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий. Учитываются также фактические обстоятельства, при которых был причинен вред, и индивидуальные особенности пациента, что устанавливается при проведении судебно-медицинской экспертизы.

При рассмотрении жалоб или исков пациентов к медицинским работникам в связи с их профессиональной деятельностью у правоохранительных органов возникает ряд специальных вопросов, решить которые может только квалифицированная судебно-медицинская экспертная комиссия, в состав которой включаются ведущие специалисты по конкретным медицинским направлениям. Заключение указанной комиссии, как правило, является главным и основным доказательством в подобных делах.

Для предотвращения ошибочного возбуждения уголовного дела по необоснованной жалобе по поручению прокуратуры предварительно проводится служебное расследование (на основании письма МЗ РСФСР №77-04 от 10.11.87 «О порядке проверки фактов нарушения правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников»). Если в результате проверки жалоба окажется необоснованной, то об этом прокурор письменно сообщает лицу, подавшему жалобу, и руководителю проверенного медицинского учреждения.

При обнаружении в действиях медицинского работника состава преступления возбуждается уголовное дело и назначается судебно-медицинская экспертиза.

Вместе с постановлением в распоряжение экспертной комиссии представляют материалы уголовного дела, медицинскую документацию (в оригинале); протоколы клинико-анатомических конференций, заседаний лечебно-контрольных комиссий и т. д.; материалы ведомственного расследования комиссий территориального органа здравоохранения; копию лицензии учреждения здравоохранения либо частнопрактикующего врача на занятие данным видом медицинской деятельности, а также протокол к лицензии и сертификат на категорию (условия) деятельности; характеристику на медицинских работников, принимавших участие в оказании медицинской помощи, содержащую сведения об уровне профессиональной подготовки (специализации, повышении квалификации, категории, ученой степени, звании).

После изучения всех материалов дела экспертная комиссия формирует заключение, в котором даются научно обоснованные объективные выводы по поставленным перед комиссией вопросам. Комиссия должна установить наличие или отсутствие дефектов в действиях медицинских работников. При наличии дефектов она должна указать, в чем конкретно они выразились, объяснить их причину и установить, в какой степени они могли повлиять на исход лечения, т. е. установить причинную связь между лечением и исходом. Решение вопросов об умысле, вине, уголовной ответственности не входит в компетенцию экспертов. Эти вопросы решает только суд.

Некоторые медико-правовые основы оказания медицинской помощи

Пашинян А. Г., Елистратова И. В., Арутюнян Г. Б.
РГМУ, г. Москва

В соответствии с Конституцией Российской Федерации признание, соблюдение, защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства. К числу важнейших конституционных прав относится право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ).

Отраслевой стандарт ОСТ 91500.01.5000-2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утверждённый приказом МЗ РФ от 22 января 2001 г. № 12, определяет медицинскую деятельность как деятельность, направленную на оказание медицинских услуг. Под понятием «медицинская услуга» рассматривается мероприятие или комплекс мероприятий, направленный на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение.

За последние годы значительно увеличилось количество жалоб пациентов в досудебные, следственные и судебные органы на низкое качество медицинской помощи, а также на правонарушения в сфере здравоохранения.

В соответствии с Гражданским кодексом РФ медицинская помощь, оказываемая гражданам, квалифицируется как возмездное оказание услуги, правовые отношения пациента и лечебно-профилактического учреждения рассматриваются в соответствии с положениями Закона РФ «О защите прав потребителя».

Закон устанавливает права потребителей (пациентов) на получение услуг надлежащего качества, безопасных для жизни и здоровья, на получение информации об услугах и их исполнителях, на защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав.

Согласно ст. 6 ЗоЗПП потребитель (пациент) имеет право на своевременное получение необходимой и достоверной информации об услугах. За представление ненадлежащей или недостоверной информации исполнитель несёт ответственность.

В соответствии со ст. 12 указанного Закона вред, причинённый жизни и здоровью вследствие конструктивных, производственных, рецептурных и иных недостатков услуги подлежит возмещению исполнителем в полном объёме в независимости от того, состоял ли потерпевший потребитель в договорных отношениях с исполнителем или нет.

Закон «О защите прав потребителей» регулирует не только имущественные отношения, но и предусматривает способы защиты связанных с ним личных неимущественных прав (возмещение морального вреда, ст. 13).

Вышеизложенное свидетельствует, что Закон «О защите прав потребителей» наряду с другими законодательными актами является фактором, гарантирующим права пациентов при оказании медицинских услуг.

Нами проанализированы 30 комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по врачебным гражданским делам, касающихся деятельности дерматовенерологов.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что определение причин возникновения дефектов и их правильная медико-правовая оценка представляют большие трудности. Они связаны, с одной стороны, с отсутствием необходимых правовых знаний у медицинских работников, а с другой — отсутствием объективных критериев оценки правильности и полноты лечебно-диагностических процедур.

Социально-эпидемиологические аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Амурской области

Платонов А. В., Базанов Е. К., Меркулова С. А., Платонов А. А.
ОГУЗ АОКВД, г. Благовещенск

Цель: выявить социально-эпидемиологические особенности ИППП в Амурской области.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ статистических данных заболеваемости населения Амурской области ИППП за 10 лет, а также анкетирование больных ИППП, находящихся на лечении в ОГУЗ «АОКВД».

Результаты: в Амурской области заболеваемость населения ИППП снизилась за последние 10 лет в 1,7 раза и составила в 2006 г. 783,5 на 100 тысяч населения. Из числа заболевших лица в возрасте 20–29 лет составили более 60%, в возрасте 30–39 лет — более 20%. Соотношение мужчин и женщин — 1: 1. Неработающие составили 55%. Более 60% заболевших — городские жители. В момент заражения около 70% больных находились в состоянии алкогольного опьянения. Заболеваемость населения области ВИЧ-инфекцией составила 26,4 на 100 тысяч населения. У 53% ВИЧ-инфицированных отмечен половой путь передачи инфекции. Мужчины составили 61,5%, а лица в возрасте от 19 до 30 лет 59% от общего числа ВИЧ-инфицированных. У больных ИППП, в среднем, отмечается от 3 до 4 половых партнеров в течение года. Средства индивидуальной профилактики ИППП, в том числе презерватив, использовали 23% заболевших. О первых признаках ИППП знают лишь 15% больных этими заболеваниями. Услугами коммерческого секса пользовались преимущественно мужчины, которые составили 12% от общего числа заболевших.

Выводы: полученные данные позволяют говорить о том, что на протяжении последних 10 лет социально-эпидемиологическая ситуация по заболеваемости населения ИППП достаточно стабильна. Преимущественно болеют лица молодого, трудоспособного возраста, с преобладанием городских жителей. Заражение чаще происходит в состоянии алкогольного опьянения. Риск заражения в одинаковой степени подвержены как мужчины, так и женщины. В распространении ВИЧ-инфекции преобладает половой путь передачи. Уровень санитарной грамотности населения остается недостаточным. Полученные данные будут использованы при разработке областной целевой программы «Профилактика ИППП на 2008–2010 гг.».

Программно-целевое планирование и управление эпидемическим процессом при чесотке

Полякова А. А., Бондарев И. М.

РГМУ, Департамент здравоохранения, г. Москва

Цель: управление качеством охраны здоровья москвичей в условиях эпидемического очага чесотки.

Материалы и методы: логическая точность и доказательность эволюции эпидемиологической ситуации определяется знанием законов логики, методов объективной оценки результатов исследований (математическая статистика), системным подходом к изучаемой проблеме и построением целевых программ количественных управляющих рекомендаций для кожно-венерологических диспансеров и заинтересованных организаций.

Результаты: в 1989–1991 гг. соотношение уровней заболеваемости постоянного населения г. Москвы, Московской области и Российской Федерации статистически неразличимы, т. е. находились в пределах случайных отклонений ($p > 0,05$), что даёт основание полагать равноценность эффективности систем организации охраны здоровья населения.

Иная ситуация складывается в 1994 г. (Москва и Московская обл.) и в 1995 г. (Москва и Российская Федерация), когда уровень заболеваемости чесоткой в Москве становится существенно ($p < 0,001$) меньше.

Аналогичная ситуация сохраняется и в последующие 1996–2005 гг. ($p < 0,001$), несмотря на формирование эндемического очага заражения чесоткой из временно пребывающих на территории г. Москвы больных чесоткой лиц без определённого места жительства (лица бомж), число которых периодически превышало число больных чесоткой москвичей в 3 раза.

Положительной динамике эпидемиологической ситуации по чесотке в г. Москве способствовало клинически и экономически целесообразное применение скабиоцидов, среди которых всё более широкое распространение получает наиболее эффективный и безопасный для здоровья больных отечественный препарат мифофокс.

Вывод: реализация целевой программы обеспечила изменение рейтинга г. Москвы по уровню заболеваемости чесоткой: если в 1999 году г. Москва по уровню заболеваемости чесоткой находилась на 10–м месте среди субъектов Российской Федерации, то в 2005 году Москва переместилась на 5–е место.

Современное состояние заболеваемости гонококковой инфекцией детского населения Уральского федерального округа

Попова Е. В., Малишевская Н. П.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: провести эпидемиологический анализ современного состояния заболеваемости гонококковой инфекцией детей и подростков Уральского федерального округа.

Материалы и методы: в работе использованы методы аналитической и дескриптивной эпидемиологии, материал исследования — данные государственных форм статистической отчётности № 9, № 34 за 2004–2006 гг.

Результаты: эпидемиологический анализ состояния заболеваемости гонококковой инфекцией детского населения УрФО свидетельствует о плавном снижении уровня заболеваемости: среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в среднем — с 3,2 до 1,4 на 100 тыс. населения, в возрасте от 14 до 15 лет — с 83,7 до 54,0 на 100 тыс. населения. Во всех субъектах УрФО в 2006 году было отмечено снижение заболеваемости гонококковой инфекцией относительно 2004 года в диапазоне от 95,9 до 25,7%, за исключением Ханты-Мансийского автономного округа (+8,5%). Темп снижения заболеваемости гонореей подростков выражен в большей степени (— 37,8%), чем снижение общей заболеваемости гонореей в популяции УрФО (— 19,3%). Наибольший средний уровень заболеваемости гонококковой инфекцией детей отмечается в Курганской и в Свердловской областях: в возрасте от 0 до 14 лет — соответственно 4,8 и 4,3 на 100 тыс. и среди подростков от 15 до 17 лет — 109,6 и 113,1 на 100 тыс. соответствующего населения. В Челябинской, Курганской и Свердловской областях на протяжении 3 лет (2004 – 2006 гг.) показатели заболеваемости гонококковой инфекцией подростков (15–17 лет) в среднем в 1,3 раза превышали общие показатели заболеваемости гонореей населения в данных субъектах УрФО, но несмотря на это наметилась тенденция к снижению показателей уровня заболеваемости (с 1,3 до 1,2 в Челябинской области, с 1,4 до 1,2 в Свердловской области, с 1,2 до 1,03 — в Курганской области). Проведён детальный эпидемиологический анализ заболеваемости гонококковой инфекцией детского населения Свердловской области, в которой в 2006 году относительно 2005 г. показатель заболеваемости детей от 0 до 14 лет увеличился в 1,6 раза (с 2,7 до 4,3 на 100 тыс.) и возрос удельный вес случаев гонококковой инфекции у детей данной возрастной группы в структуре общей заболеваемости населения (с 0,5% до 0,8%). При анализе возрастной структуры заболевших до 14 лет обращает на себя внимание высокий удельный вес (66,5%) детей дошкольного возраста (до 7 лет). В последние годы превалирует бытовой путь передачи инфекции (в среднем в 64,1% случаев), но при этом в структуре источников инфекции у детей, заразившихся контактно-бытовым путём, очень высока доля «знакомых» лиц (24,4%), которая

по сравнению с отдалённым 3–летним периодом (1985–1987 гг.) значительно возросла — 11,8%. Это ставит под сомнение бытовой путь передачи и свидетельствует об отсутствии тщательного эпидемиологического расследования случаев гонореи у детей, особенно дошкольного возраста. На протяжении последних 3 лет сохраняются низкие индикаторы качества оказания специализированной помощи детям с гонококковой инфекцией: коэффициент адекватного обследования детей от 0 до 14 лет с обязательным бактериологическим подтверждением диагноза составляет в среднем 47,9%, индикатор выявления источника заражения — 50,1%.

Выводы: в большинстве субъектов УрФО продолжается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией детского населения, однако по-прежнему в ряде областей показатели заболеваемости детей подросткового возраста превышают общий показатель заболеваемости гонококковой инфекцией. Учитывая ряд негативных тенденций по организации специализированной помощи детям с гонококковой инфекцией, проведение мониторинга технологических индикаторов качества является необходимым условием эффективной противоэпидемической работы и повышения качества оказания специализированной помощи больным.

Состояние заболеваемости и социально–личностная характеристика подростков, больных гонококковой инфекцией, в Свердловской области

Попова Е. В., Коробова Г. Г.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: изучить современное состояние заболеваемости гонококковой инфекцией подростковой популяции Свердловской области и определить социально–личностные характеристики больных в возрасте 15–17 лет.

Материалы и методы: в работе использованы методы дескриптивной и аналитической эпидемиологии, материал исследования — данные государственных форм статистической отчётности №9, №34 за 2004–2006 гг. Для углублённого анализа социологических и анамнестических особенностей больных гонореей подростков в возрасте от 15 до 17 лет использована оригинальная стандартизованная анкета, включающая 50 вопросов. Проанализированы анкеты, заполненные на 243 подростка с гонококковой инфекцией, зарегистрированных в 2005 г. в Свердловской области, где численность подростковой популяции составляет 220 тыс. человек.

Результаты: в 2001–2006 гг. в Свердловской области зарегистрировано 1878 больных гонококковой инфекцией подростков в возрасте 15–17 лет. В 2001–2003 гг. показатели заболеваемости подростков на 32,9% превышали показатели общей заболеваемости гонококковой инфекцией, в 2004–2006 гг. — на 23,5%. Удельный вес зарегистрированных случаев гонококковой инфекции у детей подросткового возраста в структуре общей заболеваемости населения находился в диапазоне 5,4%—8,0% (в среднем — 7,1%), т. е. каждый 14–й зарегистрированный случай гонореи.

По результатам анкетирования среди 243 больных гонореей подростков преобладали городские жители — 177 человек (72,8%); юноши самостоятельно обращались к врачу значительно чаще (87,9 — 93,2%), чем девушки (37,2 — 40,9%), $p < 0,05$; значительная часть подростков (29,6% девушек и 27,4% юношей) начали половую жизнь, не имея информации об ИППП, возраст начала половой жизни $M=14,7 \pm 2,2$. Большинство подростков, больных гонококковой инфекцией, воспитывались в семьях рабочих (78,2%); у каждой седьмой девушки (13,6%) из сельской местности родители были безработными; 22,2% подростков были из неполных семей, а 4,5% — не имели обоих родителей; 13,2% подростков воспитывались в неблагополучных семьях (наркомания, алкоголизм). Обращает на себя внимание высокий удельный вес подростков, не занятых ни учёбой, ни работой (29,6%); ранний возраст начала употребления алкоголя ($M=12,6 \pm 4,72$), особенно у девушек, проживающих в городе (71,3% случаев). Наиболее доступным источником информации о профилактике ИППП обследуемые отмечали телевидение (63,0%), но при этом знания о венерических заболеваниях получали в основном от сверстников (61,3%), что предполагает их неточность и искажённость; никогда не слышали об ИППП — 6,9% пациентов; большая часть подростков практически не были знакомы с инфекциями «нового поколения». Для подростков, больных гонореей, была характерна полигамность сексуальных отношений, в том числе случайные половые связи практиковали 67,5% девушек и 92,5% юношей, и при этом 71,3% девушек и 100% юношей нерегулярно использовали индивидуальные средства профилактики ИППП или никогда их не применяли.

Выводы: высокая заболеваемость гонококковой инфекцией среди подростков является индикатором эпидемиологического неблагополучия и обоснованием актуальности изучения социально–личностных характеристик. Факторами, способствующими поддержанию высокого уровня заболеваемости гонококковой инфекцией подростков, являются недостаточный уровень информированности об ИППП, раннее начало употребления алкоголя и половой жизни, полигамность сексуальных отношений. Значительная доля профилактической работы должна быть ориентирована на доступное и адекватное возрасту просвещение детей и подростков по формированию у них ответственного отношения к своему здоровью, в том числе по профилактике ИППП.

Анализ частоты выявляемости инфекций, передаваемых половым путем, у пациентов подростковых Центров профилактики и лечения ИППП «Доверие»

Рахматулина М. Р.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: проанализировать частоту выявляемости возбудителей урогенитальных инфекционных заболеваний у несовершеннолетних пациентов подростковых Центров профилактики и лечения ИППП в 13 регионах Российской Федерации.

Материалы и методы: обследование пациентов проводилось с помощью микроскопического, культурального (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *S. trachomatis*, условно–патогенные микроорганизмы с их количественным определением) и молекулярно–биологического исследования (*S. trachomatis*, ВПГ, ВПЧ с определением генотипа вируса)

Результаты: среди обследованных пациентов за 5 месяцев 2007 года было выявлено 463 случая инфекций, передаваемых половым путем, что в 2,8 раза больше, чем в аналогичные периоды 2005 года (164 случая) и 2006 года (165 случаев).

В 2007 году среди несовершеннолетних было отмечено увеличение числа случаев выявления гонореи (41 случай), что в 2,7 раза больше по сравнению с 2005 годом (15 случаев) и в 2,6 раза больше, чем в 2006 году (16 случаев), что составило 2,9% от количества обследованных пациентов за 2 месяца 2007 года и 8,9% от числа выявленных случаев заболеваний за аналогичный период; сифилиса (19 случаев), что в 1,3 раза больше, чем в 2005 году (15 случаев), и в 2,1 раза больше по сравнению

с 2006 годом и составило 1,3% от числа обследованных пациентов за 2 месяца 2007 года и 4,1% от числа выявленных случаев заболеваний за аналогичный период; трихомониаза (23 случая), что в 1,2 раза больше по сравнению с 2005 годом (19 случаев) и в 2,1 раза больше, чем в 2006 году (11 случаев), и составило 1,6% от числа обследованных пациентов за 2 месяца 2007 года и 4,9% от количества выявленных случаев заболеваний за аналогичный период; хламидиоза (114 случаев), что в 3,1 раза больше, чем в 2005 году (37 случаев) и в 1,4 раза больше, чем в 2006 году (83 случая), и составило 8,0% и 24,6% соответственно; генитального герпеса (25 случаев), что в 2,8 раза больше, чем в 2005 году (9 случаев), и в 2,3 раза больше, чем в 2006 году (11 случаев), и составило 1,8% и 5,4% соответственно; ВПЧ (138 случаев), что 3,5 раза больше, чем в 2005 году (39 случаев), и в 4,1 раза больше, чем в 2006 году (34 случая), и составило 9,7% и 29,8% соответственно.

Наибольшее число случаев заболеваний выявлено в Иркутске (122 случая), в Ставрополе (110 случаев) и в Казани (108 случаев), причем в Иркутске число выявленных заболеваний в 8,1 раза выше по сравнению с аналогичным периодом 2005 года (15 случаев), и в 9,3 раза — 2006 года (13 случаев); в Ставрополе в 4,8 раза (23 случая) и в 11,0 раз (10 случаев) соответственно.

Вывод: анализ проведенных исследований показал, что в подростковых центрах профилактики и лечения ИППП наиболее часто выявляются такие урогенитальные инфекционные заболевания, как папиллома-вирусная инфекция и урогенитальная хламидийная инфекция, которые, как правило, протекают бессимптомно и приводят к осложнениям со стороны репродуктивной системы.

Определение уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, у детей раннего возраста и влияние ее на становление и развитие центральной нервной системы в условиях изоляции от общества

Савосина О. Г., Петибская Е. А., Сивак В. П.

ООО МФО Клиника «На Здоровье», г. Краснодар

Цель: изучить влияние инфекций, передаваемых половым путем, на формирование нервной системы у детей раннего неонатального и детского возраста.

Материалы и методы: обследовано 109 детей, родившихся от матерей, находящихся в исправительной колонии № 3 п. Двубратский Усть-Лабинского района, Краснодарского края. Состояние здоровья детей устанавливалось клиническими методами обследования и лабораторными, включая методы иммуноферментного анализа, ПЦР-диагностику, исследование иммунного статуса и ультразвуковой эхоэнцефалографии на аппарате «СОНОМЕТ 325», датчиком 1 МГц. Зондирование проводилось по средней (височной трассе).

Результаты: при обследовании детей на инфекции, передающиеся половым путем, методом ПЦР положительные результаты были получены у 85 детей (78%), отрицательные у 24 (22%), микст-инфекции имели место у 20 детей, что составило 18,3% случаев. Методом ИФА с определением титра антител в динамике были выявлены микст-инфекции у 77 (70,6%) детей, а у 32 (29,4%) детей имела место цитомегаловирусная инфекция. У 90 детей (82,6%) были выявлено перинатальное повреждение центральной нервной системы. Перинатальная энцефалопатия у детей Дома ребенка ИК-3 проявлялась в раннем неонатальном периоде различными синдромами. Судорожный синдром наблюдался у 33 (36,7%), синдром внутричерепной гипертензии установлен у 17 (18,9%), синдром двигательных расстройств — у 49 (54,4%), гипертензионно-гидроцефальный синдром выявлен у 3 (3,3%), синдром пирамидальной недостаточности — у 8 (8,9%) детей. У значительной части пациентов — 31 (34,4%) ребенка наблюдалась комбинация синдромов.

При изучении состояния здоровья матерей было установлено, что у всех рожениц имеются инфекции, передаваемые половым путем, и другие факторы, способствующие внутриутробному инфицированию плода, такие как: хронические заболевания сердечно-сосудистой системы у 21,1% женщин, хроническая воспалительная почечная патология — у 13,3% женщин, патологическое течение беременности — у 62,2%, гинекологические заболевания — у 47,8% женщин. На формирование нервной системы могли также оказывать влияние и анемии различной степени тяжести — у 10%, алкогольная зависимость — у 28,9%, угроза прерывания беременности — у 16,8%, наркотическая зависимость — у 14,4%.

Выводы: конечно, постулируемая нами связь инфекций, передающихся половым путем, с поражением центральной нервной системы в раннем неонатальном периоде является спорной из-за многофакторности причин, которые могут привести к повреждению ЦНС. Поэтому данная область исследования требует более пристального внимания акушеров-гинекологов и дерматовенерологов. Дальнейшее изучение механизмов и процессов, истощающих компенсаторные механизмы плода, ведущих к нарушению адаптации центральной нервной системы, необходимо проводить особыми статистическими методами, позволяющими выявить ведущий фактор повреждения.

Частота выявления *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* среди различных групп населения г. Екатеринбурга

Сбитнева Н. Н., Кириченко Т. А., Сударева Г. А., Галембо Т. С., Стародубова И. Г., Гусева Н. В., Бейкин Я. Б.

Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, Клинико-диагностический центр, г. Екатеринбург

Цель: анализ распространенности микоплазм среди различных групп населения г. Екатеринбурга за период с 2004 по 2006 годы.

Материалы и методы: для выявления *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* в соскобах урогенитального тракта и образцах мочи использовали метод полимеразной цепной реакции с применением тест-систем фирмы «АмплиСенс» (Москва).

Результаты: всего за 2004–2006 гг. на *U. urealyticum* было обследовано 7 318 человек, в том числе 4 921 взрослый и 2 397 детей, при этом положительные результаты были получены в 52,3 и 17,5% случаях, соответственно. В группе взрослых пациентов *U. urealyticum* была выявлена в 25,8% случаях среди мужчин и в 56,8% — среди женщин. Высокий процент выявления *U. urealyticum* (62,8) был отмечен среди беременных женщин. У детей чаще выявляли ДНК *U. urealyticum* в возрастных группах до года (17,7%) и 13–18 лет (54%), что связано, по-видимому, с инфицированием новорожденных во время прохождения родовых путей, а также половой активностью подростков, входящих во вторую возрастную группу.

За указанный период на *M. hominis* всего было обследовано 6 230 пациентов (4 376 взрослых и 1 854 ребенка). Процент положительных находок среди взрослых составил 12,3, а среди детей был в 2,3 раза ниже. *M. hominis* была выявлена у мужчин в 6,3% случаев, у женщин — в 13,2%, а в группе беременных женщин доля положительных результатов составила 11,8%. Среди обследованных детей *M. hominis* была обнаружена в 5,4% случаев, с максимальным выявлением в возрастной группе до 1 года (4,3%).

Имело место сочетанное выявление ДНК *U. urealyticum* и *M. hominis* среди обследованных мужчин, женщин фертильного возраста и беременных в 5,5, 11 и 10,8% случаев, соответственно.

Выводы: в результате проведенных исследований выявлена высокая распространенность *U. urealyticum*, среди населения г. Екатеринбурга, особенно среди женщин фертильного возраста, беременных и детей до года. Выявляемость микоплазм среди женщин была в 2 раза выше, чем у мужчин. Среди обследованных взрослых людей микст-инфекции (*U. urealyticum* — *M. hominis*) определяли в 9,7% случаев.

Результаты анкетирования лабораторий Санкт–Петербурга, занимающихся диагностикой инфекций, передаваемых половым путем

Смирнова Т. С., Гайворонская О. В., Литвиненко И. В., Савичева А. М.

СПб ГУЗ ГКВД, НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, г. Санкт–Петербург

Цель: оценка уровня лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в Санкт–Петербурге.

Материалы и методы: за последние 10 лет активное развитие хозрасчетных отделений в государственных учреждениях здравоохранения и многочисленных медицинских организаций негосударственной формы собственности при широком внедрении анонимного обследования привело к децентрализации лабораторной диагностики ИППП с неконтролируемым размахом. В 2004–2006 годах проводилось добровольное анкетирование учреждений здравоохранения всех форм собственности и ведомственной принадлежности с далеко не полным охватом учреждений.

Результаты: всего получено 154 анкеты из 144 учреждений. В 33 учреждениях (22,9% участников) диагностика ИППП не выполняется. Из 111 учреждений, выполняющих диагностику ИППП (77,1% участников), 16 (14,4%) были кожно–венерологические учреждения (КВУ) и 95 (85,6%) — медицинские учреждения различных форм собственности и ведомственной принадлежности. Диагностику сифилиса выполняют 56,2% участников анкетирования, из них 27,9% КВУ, диагностику гонореи — соответственно 86,8% и 16,2%, диагностику трихомониаза — 86,0% и 16,3%, диагностику хламидиоза — 51,2% и 27,4%.

Из числа участников анкетирования, занимающихся диагностикой сифилиса, выполняют темнопольную микроскопию — 14,9% лабораторий, из них — 83,3% КВУ, микрореакцию в различных модификациях — соответственно 52,9% и 26,6%, реакцию Вассермана — 6,6% и 87,5%, ИФА — 14,9% и 44,4% КВУ, РПГА — 22,3% и 51,9%, РИФ и РИТ — 3,3% и 100%.

Из числа участников анкетирования, занимающихся диагностикой гонореи, выполняют бактериоскопическую диагностику — 84,3% лабораторий, из них — 16,7% КВУ, культуральную диагностику — соответственно 13,2% и 25,0%, диагностику методом ПЦР — 9,2% и 9,1%.

Из числа участников, занимающихся диагностикой хламидийной инфекции, выполняют ПИФ — 61,3% лабораторий, из них — 88,2% КВУ, ИФА — соответственно 66,1% и 70,6% КВУ, ПЦР — 29,0% и 17,6%, культуральную диагностику — 6,5% и 0%.

В ходе проверок лабораторий лечебно–профилактических учреждений города, выполняющих диагностику ИППП в децентрализованном порядке (вне КВУ), выявилось: (а) отсутствие нормативно–методической документации как федерального, так и территориального значения; (б) нарушение алгоритмов обследования пациентов; (в) отсутствие обучения на специальных курсах в МАПО, на рабочем месте в КВД; (г) отсутствие преемственности при смене кадров; (д) искажение интерпретации результатов исследований; (е) отсутствие журналов телефонограмм положительных результатов исследований на сифилис; (ф) прием крови в лаборатории без направления врача; (г) выдача ответов на руки даже с положительными результатами; (д) ошибки внутрилабораторного и отсутствие внешнего контроля качества (ФСВОК). Аналогичные ошибки в централизованных лабораториях при КВУ практически отсутствовали.

Выводы: по результатам анкетирования доля лабораторий КВУ, выполняющих диагностику сифилиса, гонореи, трихомониаза и хламидиоза, составляет менее 25%. Если бы число участников анкетирования соответствовало фактическим данным, то доля КВУ была бы ещё меньше.

Проведенное исследование показало необходимость оптимизации координирования деятельности лабораторной службы города по диагностике ИППП. Это имеет большое значение для взаимодействия между лабораториями учреждений здравоохранения, установления деловых контактов, распространения новых методологических материалов, организации обучения, что позволит улучшить качество диагностики ИППП.

Задача органов управления здравоохранением и лицензирования заключается в упорядочении деятельности неспециализированных учреждений здравоохранения всех форм собственности и ведомственной принадлежности по лабораторной диагностике ИППП совместно с дерматовенерологической службой в соответствии с требованиями нормативных документов.

Медико–социальные аспекты заболеваемости псориазом у военнослужащих Оренбургского региона

Старкова В. А., Воробейкина Н. А., Гончар–Зайкин А. П., Воронина Л. Г., Николаева Т. В.

ОргМА, Военный госпиталь, г. Оренбург

Цель: сформулировать медико–социальную характеристику лиц, страдающих псориазом, среди военнослужащих Оренбургского региона.

Материалы и методы: клинко–статистический анализ заболеваемости псориазом военнослужащих, госпитализированных в военный госпиталь г. Оренбурга в период с 2001–2005 гг. Обследовано 113 пациентов, из которых основную массу составили мужчины — 91,2%, женщин было — 1,8%.

Результаты: возрастная структура в соответствии с принятой классификацией свидетельствует о преобладании возрастной группы 18–25 лет, доля которых была равна 35,4%, далее следовала возрастная группа 36–40 лет — 19,5%, группа 26–35 лет составила 16% от числа всех пациентов.

Военнослужащие, у которых был диагностирован псориаз и в соответствии с этим должны быть непригодными к службе в армии, составили 24%. Контрактники и старшие офицеры составляли 13,2% и 13,3% соответственно. Младшие офицеры — 10,6% от числа лечившихся. Среди обследованных преобладали лица технических специальностей: инженеры — 27%, водители — 6,2%, электротехники — 14,4%.

Проявления псориаза или обострение дерматоза в связи со стрессом отметили 33,6% находящихся под нашим наблюдением.

Среди всех больных, страдающих псориазом, ограниченные формы заболевания наблюдались у 13% госпитализированных, 87% — страдали распространенным псориазом. Все пациенты госпитализировались при обострении заболевания. При поступлении значение ДИКЖ составило $28,2 \pm 1,6$, значение индекса PASI равно $29 \pm 0,8$. Псориаз ногтей выявился у 14% пациентов, псориазической артропатией страдали 5,3% больных. У военнослужащих по призыву клиническая манифестация псориаза наступала в первые 6 месяцев службы, у военнослужащих по контракту — в первые 2–3 года.

В структуре сопутствующей дерматологической патологии наиболее распространенными были отмечены микоз стоп, онхо-микоз стоп, себорея, ограниченное витилиго, папилломы основания полового члена, сикоз преддверия носа, угревая болезнь.

Выводы: значительный процент выявления псориаза у военнослужащих по призыву обусловлен неполным сбором анамнеза, недостаточно тщательным клиническим осмотром, отсутствием необходимых лабораторных исследований. Врачам призывных комиссий необходимо более подробно выяснять анамнез (возможно, беседовать с родителями призывника для уточнения наследственного анамнеза), из лабораторных методов как обязательное проводить молекулярно-генетическое исследование.

Содержание педиатрической дерматологии и современное положение в здравоохранении и подготовке специалистов

Суворова К. Н., Опарин Р. Б., Сысоева Т. А.
ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва

Педиатрическая дерматология является наиболее объемным и сложным разделом дерматовенерологии. Это связано с многообразием многочисленных поражений кожи у детей и отличительными особенностями их нозологического профиля в каждом из 8 возрастных периодов, относящихся к регламентированной деятельности детского дерматолога, с наибольшим своеобразием в неонатальном и юношеском возрасте. Распознавание хронических дерматозов, продолжающихся с младенческого до взрослого возраста, затрудняет возрастная эволютивная динамика клинической картины, инверсная локализация, различия чувствительности и специфичности диагностических критериев при одном и том же заболевании в разном возрасте. Особенности терапии дерматозов у детей заключаются, кроме возрастных ограничений и дозирования, в специальной тактике, наиболее отличающейся в наружной фармакотерапии дерматозов в раннем детском возрасте.

Проблема организации профессиональной подготовки по педиатрической дерматологии становится особенно актуальной с 70-х годов XX века. В настоящее время в ряде стран Европы и Америки она решается путем выделения отдельной специальности и специального продолжительного постдипломного обучения. В нашей стране в системе постдипломного образования, кроме обучения на рабочих местах, более 30 лет назад началось проведение тематических циклов по детской и подростковой дерматовенерологии в ЦОЛИУВ, регулярных тематических конференций в г. Екатеринбурге. Издавались учебники и монографии. Сложилась научно-педагогические школы по детской дерматологии в Москве — в ЦНИКВИ, ЦОЛИУВ и во 2-м Московском медицинском институте на педиатрическом факультете, в Уральском НИИДВиИ. В 1999 году в РМАПО был организован курс детской дерматовенерологии при кафедре детских инфекционных болезней.

В нашей стране в детских поликлиниках давно имеются дерматологические кабинеты, в ряде кожнодерматологических и детских больниц — детские дерматологические отделения; но наряду с этим прием детей с заболеваниями кожи ведут педиатры, аллергологи, иммунологи, врачи общей практики и дерматологи, не проходившие специализацию по педиатрической дерматологии. Это повлекло значительное увеличение числа диагностических и терапевтических ошибок, в то время как агрессивность многих новых методов лечения дерматозов при их неадекватном применении приводит к опасным осложнениям и хронизации болезни. Проблемы клинических ошибок врачей-дерматологов, недостатка знаний и умений в области педиатрической дерматологии приобрели глобальный характер, в связи с чем в Европе стало актуальным обсуждение при участии Совета медицинских специалистов Европы, а также советов и коллегий других стран, темы профессиональной подготовки врачей и корректировки программы в студенческих учебниках по этому разделу и возможных перспектив и путей преодоления возникающих трудностей.

Структура гинекологической заболеваемости у женщин, отбывающих наказание в ИК–3

Тертышников В. В., Сивак В. В., Зацепин А. В., Королева М. А.
ООО МФО Клиника «На Здоровье», г. Краснодар

Цель: изучение гинекологической патологии у женщин, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

Материалы и методы: под наблюдением находились 150 женщин, находящихся в местах лишения свободы, у которых были выявлены различные формы ИППП. Преобладали женщины позднего репродуктивного возраста. Обследование на наличие возбудителей ИППП было комплексным с использованием следующих методов: рН-метрии влагалищного содержимого, бактериоскопии влагалищного мазка, бактериологического, иммунофлюоресцентного методов и полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноферментного анализа (ИФА). Одновременно с проведением гистологического исследования проводилось исследование ткани эндометрия на наличие возбудителей ИППП. Результаты исследования: структура гинекологической заболеваемости в основной группе женщин, отбывающих наказание в ИК–3, представлена следующими данными:

- псевдоэрозии шейки матки — в 53,3% (80 чел.);
- вульвиты, цервициты (эндоцервициты) — в 25,3% (38 чел.);
- воспаление придатков матки в анамнезе — в 50,6% (76 чел.);
- хронический эндометрит после предшествующих беременностей — в 8% (12 чел.);
- миома матки — в 54,6% (82 чел.);
- кисты яичников — в 18,6% (28 чел.);
- эндометриоз различной локализации — в 18,6% (28 чел.);
- бесплодие — в 20,6% (30 чел.).

Нарушения менструального цикла по типу менометрорагии выявлены в 30,7% случаев (46 чел.), пред- и постменструальные скудные кровянистые выделения — в 18,6% (28 чел.), дисменорея — в 10,6% (16 чел.).

Верификация диагноза проводилась на основании данных анамнеза, жалоб больных, результатов гинекологического осмотра, трансабдоминального и трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, проведенных на 5–6-й день менструального цикла; при этом изучалась толщина и структура М-эхо. Толщина М-эхо $15,0 \pm 0,4$ мм указывала

на гиперплазии эндометрия, 16,8±0,7 мм — на полипы, 20,1±0,4 мм — в пользу аденокарциномы. Всем женщинам обследуемой группы проводилось диагностическое выскабливание с последующей контрольной аспирационной биопсией эндометрия через 3 месяца.

- железистая гиперплазия — 74,6% (56 чел.),
- эндометрия, в т.ч. полипоидная, — 38,6% (29 чел.);
- гиперплазия, полипы эндометрия, атипичная гиперплазия — 16,0% (12 человек).

При исследовании эпителиальных клеток влагалища, цервикального канала и уретры мико-уреаплазменная инфекция определялась в 62,7±5,6% (у 47 чел.), *Chlamydia trachomatis* — в 28,0±5,2% (21 чел.), *Trichomonas vaginalis* — в 20,0±4,6% (15 чел.). Соотношение в структуре возбудителей ИППП, полученных из аспирированного эндометрия, в общем, соответствует данным, полученным при исследовании эпителиальных клеток: наиболее часто в эндометриальной ткани встречалась микоплазменная инфекция (34,7±5,5%), далее в порядке убывания — *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis* (по 16,0±4,2%; 12 чел.). Относительно низкую частоту выявления возбудителей ИППП из аспирированного эндометрия можно объяснить, вероятно, защитными барьерами между влагалищем и полостью матки.

Выводы: в структуре возбудителей ИППП у больных с гиперпластическими процессами эндометрия наиболее часто встречалась микоплазмо-уреаплазменная инфекция как изолированная, так и в сочетании с другими возбудителями.

Роль и значение эпидемиологических и социальных условий в распространении ИППП в Республике Узбекистан

Усманов М. К., Усманов Т. М., Шомансурова Ш. Ш.

Ташкентская медицинская академия, НИИ Дерматологии и венерологии Мз. РУз, г. Ташкент, Узбекистан

В последние годы рост заболеваемости сифилисом и другими ИППП в наиболее крупных масштабах отмечается в странах СНГ, в том числе республиках Центральной Азии.

Рост ИППП продолжается и в Республике Узбекистан. Интенсивный показатель заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения республики в 2005 г. составил 26,5.

Причин и факторов, влияющих на распространение этих заболеваний в Республике Узбекистан, множество, они могут быть социальными и медицинскими, и найти их на конкретной территории — значит вскрыть объективные закономерности эпидемического процесса, опираясь на которые можно разработать и рациональные меры профилактики. В последние годы численность населения г. Ташкента растет за счет миграционных процессов из села в город, а соответственно сельского населения, имеющего относительно низкий уровень медицинской культуры, которая во многом определяется отношением людей к случайным и беспорядочным половым связям.

Результаты анкетирования больных ИППП показали, что 80% из них не имели представления об ИППП; 10,2% слышали, но не осведомлены о клинических проявлениях; лишь 9,8% имели достаточные знания.

Рост ИППП среди сельских жителей осложняет эффективную борьбу с этими заболеваниями, так как по субъективным и объективным причинам вероятность активного их выявления снижается.

Анализ заболеваемости ИППП в зависимости от пола показал, что среди больных преобладали мужчины (60,4% против 39,6% женщин).

Плохим в прогностическом плане является рост заболеваемости ИППП среди лиц без определенной работы и определенного места жительства.

Вступая в многочисленные половые контакты, в том числе и в извращенных формах, с незнакомыми и малознакомыми лицами, они заражаются, как правило, сразу несколькими ИППП и становятся активными распространителями данных заболеваний среди населения.

Таким образом, рост ИППП в Республике Узбекистан большей частью обусловлен медико-социальными факторами, без решения которых достижение ощутимых результатов в снижении заболеваемости затруднительно.

Распространенность инфекций, передаваемых половым путем среди пациентов с аногенитальными бородавками в Республике Марий Эл

Фризин Д. В., Фризин В. В., Лоскутова Л. Н., Шамова Н. В.

КГМУ, г. Казань; ГЛПУЗ РМЭ РКВД, г. Йошкар-Ола

Цель: изучить распространенность инфекций уrogenитального тракта ассоциированных с поражениями вирусом папилломы человека (ВПЧ) в Республике Марий Эл.

Материалы и методы: в ходе исследования сплошным методом проанализированы амбулаторные карты 148 пациентов (73 мужчины, 75 женщин) от 18 до 40 лет, имевших манифестные проявления ВПЧ-инфекции — генитальные бородавки, диагностируемые как самостоятельные заболевания, впервые обратившихся с данным заболеванием в 2006 году в Республиканский кожно-венерологический диспансер Республики Марий Эл. Лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) осуществлялась методами — микроскопическим, бактериологическим, ИФА и ПЦР.

Результаты: грибы рода *Candida* были обнаружены у 27, *Mycoplasma hominis* — у 21, *Chlamydia trachomatis* — у 19 пациентов, *Gardnerella vaginalis* — у 13, *Ureaplasma urealyticum* — у 10, *Trichomonas vaginalis* — у 2, Herpes simplex virus II был выявлен у 3 пациентов.

ВПЧ-поражения изолировано встречались у 53 пациентов, сочетание с одной ИППП — у 23, с двумя — у 19, с тремя и более — у 10. В итоге из 148 лиц, обратившихся по поводу кондиломатоза, не лечились по поводу заболеваний, вызванных ИППП, и не имели их только 53. Чаще других встречалось сочетание ВПЧ-поражений с кандидозом.

Выводы: в ходе исследования выявлена достаточно высокая распространенность уrogenитальных инфекций среди больных с аногенитальными бородавками, поэтому необходимо более детальное обследование пациентов дерматовенерологами и врачами смежных специальностей на ИППП.

Нормативные документы, обеспечивающие эффективность лечения урогенитальной хламидийной инфекции

Чеботарёв В. В.

СтГМА, г. Ставрополь

Целью настоящей работы является исследование вопроса о повышении эффективности лечения больных осложнёнными формами урогенитальной хламидийной инфекции (УХИ) при соблюдении правовых аспектов.

Достижение цели исследования осуществляется путём знания и выполнения лечения по нормативным документам, утверждённым Минсоцразвития РФ.

В зарубежных руководствах по лечению УХИ (ВОЗ, СДС, Европейском) рекомендуемыми препаратами являются азитромицин и доксициклин.

Отсутствие в России протокола ведения больных УХИ нацеливает на необходимость лечения в соответствии с другими нормативными документами, принятыми в стране.

В настоящее время таким документом является Федеральное руководство, которое ежегодно обновляется и где с 2002 г. (выпуск II) в рекомендуемой схеме лечения осложнённых форм УХИ фигурирует на первом месте азитромицин, назначаемый по 1 г в 1–7 — 14 дней. В лечении беременных с УХИ азитромицин используют в дозе 1 г однократно. Данная схема утверждена директором департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Минздравсоцразвития РФ (приказ МЗ и СР РФ № 16/171–16–3 от 19.05.2006 г.), что является обязательным для выполнения (Пособие для врачей, М., 2006 г.).

Следует помнить о необходимости соблюдения инструкции к препаратам. В этом плане схема назначения азитромицина по 1 г в 1–7 — 14 дней фигурирует только в инструкции к азитромицину фирмы «Pliva» — сумамеду. У дженериков (хемомицин, азитрокс и др.) показанием к лечению являются неосложнённые формы УХИ (уретрит, цервицит) в дозе 1 г однократно. В инструкции к клациду СР вообще не упоминается об инфекциях, передаваемых половым путём.

Выводы: соблюдение нормативных документов не только повышает эффективность терапии УХИ, защищая интересы пациентов, но и врача, вводя его в правовое поле.

Ориентиры больных при выборе лечебно-диагностического учреждения

Чурин А. Е.

ИГМУ, г. Иркутск

Цель работы — выяснение значимости некоторых характеристик лечебного учреждения для пациента при выборе места лечения.

Объект исследования — пациенты, обратившиеся в анонимный кабинет. Для достижения цели был использован метод сплошного анкетирования. Используя критерий Фридмана, проверили гипотезу о достоверности различий в значимости различного рода суждений, входящих в анкету.

Результаты: в исследовании приняли участие 77 человек. В некоторых случаях в анкетах допущены пропуски, а, следовательно, данное число будет фигурировать не всегда. Отметим, что, анализируя общие сведения при подсчете процентных долей, мы исходили из числа ответивших на данный вопрос.

Основную часть выборки (82,9%) составили люди в возрасте от 21 до 40 лет. По уровню доходов выделились две основные группы. Первую группу составили пациенты с уровнем дохода от 5 до 15 тысяч рублей (49,3%). Вторую группу — пациенты с уровнем дохода свыше 20 тысяч рублей (32,9%). Выборка была неуровновешенна по полу, так как 73,3% составляли мужчины и 26,7% женщины. Использование критерия хи-квадрат ($\chi^2=15,4$, $v=1$, $P=0,0$) свидетельствует о том, что данные различия статистически достоверны с уровнем значимости менее 0,001. Доли состоящих в браке опрошенных мужчин и женщин различались между собой, так среди мужчин преобладала доля состоящих в браке (63,6%), а среди женщин — не состоящих (65,0%). Данные различия могут быть признаны достоверными с уровнем значимости 0,052. Основную часть выборки составляли служащие (42,7%) и предприниматели (32,0%).

Самым значимым параметром при выборе места лечения являлся параметр «качественной, достоверной постановки диагноза». При этом использование критерия Вилкоксона свидетельствует о том, что данный показатель достоверно более значим, чем все остальные показатели. Использование критерия корреляции рангов Спирмена позволило утверждать, что данный показатель достоверно взаимосвязан с показателями «наличие современного лечебного и диагностического оборудования» ($r_s=0,4$, $N=76$, $P=0,0$), «раздельный прием больных по половому признаку» ($r_s=0,3$, $N=77$, $P=0,008$), «наличие программ профилактики заболеваний для пациентов» ($r_s=0,3$, $N=77$, $P=0,009$), «методы лечения» ($r_s=0,27$, $N=65$, $P=0,029$), «ученая степень и высокая квалификационная категория врачей» ($r_s=0,249$, $N=76$, $P=0,03$).

Выводы: в сознании пациентов лечебное учреждение, для которого характерна качественная и достоверная постановка диагноза болезни, характеризуется наличием современного лечебного и диагностического оборудования, раздельным приемом больных по половому признаку, наличием программ профилактики заболеваний и эффективных методов лечения, а также врачей, имеющих ученые степени и высокие квалификационные категории. Соответственно иногда параметр, не очень значимый для самих испытуемых, может играть роль индикатора, свидетельствующего в пользу наличия значимых параметров. Выяснение факторной структуры рассматриваемых суждений полезно при проведении рекламной кампании в средствах массовой информации, так как показало бы, какие из оцениваемых суждений в сознании пациентов входят в единые факторы.

О регламенте услуг, оказываемых в системе здравоохранения Самарской области

Шакуров И. Г., Перцева И. В., Гусарова Е. В., Лашкина Н. С., Табашникова А. И.

ОКВД, г. Самара

В рамках Программы проведения административной реформы в Самарской области в 2006–2008 гг., утвержденной Постановлением губернатора Самарской области К. А. Титова от 03.05.2006 № 95, финансируемой Правительством Самарской области и софинансируемой Министерством экономического развития и торговли Российской Федерации, был разработан «Регламент услуг, оказываемых в системе здравоохранения Самарской области».

В разработке «Регламента услуг, оказываемых в системе здравоохранения Самарской области» приняли участие сотрудники министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, ученые Самарского государственного медицинского университета и Института проблем управления сложными системами РАН, ведущие специалисты Самарского МИАЦ, муниципальных органов управления здравоохранением, лечебно–профилактических учреждений и страховых медицинских организаций области.

«Регламент услуг, оказываемых в системе здравоохранения Самарской области» включает правила предоставления наиболее распространенных медицинских услуг, оказываемых в системе здравоохранения, в частности специализированной дерматовенерологической помощи.

Для каждой услуги определено, что понимается под данной услугой, — порядок ее предоставления, включая возможные варианты и пути получения необходимой или желаемой медицинской или иной помощи, особенности получения такой помощи возрастными, социальными и другими группами населения, основания для отказа в ее предоставлении.

Все документы разработаны в соответствии с действующим законодательством РФ в сфере охраны здоровья населения, протоколов, стандартов и других нормативно–правовых актов.

Регламент услуги в дерматовенерологии включает в себя общие положения, где отражены положение о специалисте–дерматовенерологе, его компетенции и уровне подготовки, нозологические формы ИППП, которые включены в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

В разделе «Порядок предоставления услуги» описан порядок предоставления дерматовенерологической помощи при экстренном и плановом обращении, освещено понятие приема и консультации врача, конфиденциальности, оговорены отдельные положения порядка диспансеризации больных по уровневому принципу, указан порядок получения платных медицинских услуг и оказания дерматовенерологической помощи на дому, а также особенности предоставления услуг разным группам населения.

Целью разработки и опубликования «Регламента услуг, оказываемых в системе здравоохранения Самарской области» являются обеспечение доступности медицинской помощи, а также повышение медицинской и правовой грамотности населения Самарской области с целью сохранения собственного здоровья.

Заболеваемость медикаментозной токсидермией в Волгоградском регионе

Щава С. Н., Родин А. Ю.

ВолГМУ, г. Волгоград

Цель: анализ заболеваемости токсикодермиями в Волгоградском регионе.

Материалы и методы: ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни лечебных учреждений г. Волгограда. За период 2002–2007 гг. выявлено 430 случаев токсикодермий, в том числе 11 случаев синдрома Стивенса–Джонсона, 5 случаев синдрома Лайелла, 16 случаев токсического варианта многоформной экссудативной эритемы. Всего мужчин — 81 человек, детей — 139, женщин — 210. Чаще заболевание развивалось у женщин в возрасте 20–29 лет (63 человека), наибольшее количество мужчин зарегистрировано в возрасте 50–59 лет (26 больных).

Результаты: по нашим данным, отмечается значительный рост заболеваемости токсикодермиями в Волгоградском регионе. Так, если в 2002 г. средний показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составлял 14,7, то в 2006 году он увеличился в 2,1 раза, до 30,9. Наибольший уровень заболеваемости (36,8 на 100 тыс. населения) зафиксирован в Красноармейском районе, где максимально сконцентрированы промышленные предприятия с высоким уровнем выбросов химических веществ в атмосферу, что, безусловно, повышает уровень аллергизации населения. В то же время в других районах, отличающихся относительно хорошей экологией, эти показатели гораздо ниже. Наиболее частой причиной токсико–аллергической реакции были антибиотики — 82 случая, на втором месте по частоте — витамины (прежде всего группа В), 49 случаев, обезболивающие препараты — 34 случая, парацетамол — 20, сердечные препараты (чаще атенолол) — 19, сульфаниламиды (почти исключительно бисептол) — 38 случаев, вакцины — 5, гомеопатические препараты — 6, другие — 51.

У 89 больных токсикодермия развилась на прием двух и более препаратов. Наиболее частым сочетанием явилось одновременное назначение антибиотиков и парацетамола, бисептола и парацетамола, витаминов и антибиотиков, аспирина и анальгина, антибиотиков и метронидазола, мерказолила и атенолола.

Клинические проявления (кроме тяжелых форм, требующих реанимационных мероприятий) разнообразны и были представлены мономорфной уртикарной сыпью или эритематозно–папулезной сыпью — 191 пациент, полиморфизм высыпаний (эритема, папулы, везикулы, уртикарии, реже пузырьки) отмечен у 239 больных.

Выводы: 1) уровень заболеваемости токсикодермиями выше в промышленных районах Волгограда, что можно объяснить более высокой аллергенной нагрузкой; 2) чаще всего причиной медикаментозной токсикодермии являются антибиотики, витамины, сульфаниламиды, обезболивающие и жаропонижающие средства; 3) в 20 % случаев токсикодермии развиваются на приём двух и более препаратов (прежде всего сочетание антибиотиков, парацетамола и сульфаниламидов).

II. ДЕРМАТОЛОГИЯ

Применение дальнего длинноволнового ультрафиолетового излучения у больных атопическим дерматитом

Авдиенко И.Н., Кубанов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель исследования: оценить влияние дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии (320–400 нм) на динамику кожного статуса у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: обследовано 16 больных атопическим дерматитом в возрасте от 17 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении клинической дерматологии ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий». Средний возраст пациентов составил $28,9 \pm 10,8$ лет. Среди них было 6 мужчин и 10 женщин с давностью заболевания от 17 до 38 лет. Для оценки тяжести кожного процесса 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 раза в неделю.

Результаты: среднее количество процедур на курс терапии составило $18,1 \pm 4,8$. Средняя величина начальной дозы облучения равнялась $7,0 \pm 3,7$ Дж/см², средняя величина максимальной дозы — $21,3 \pm 4,0$ Дж/см². Средняя величина суммарной дозы облучения составила $341,0 \pm 131,5$ Дж/см². До лечения индекс SCORAD в среднем по группе равнялся $67,3 \pm 17,0$, после проведенного курса лечения он статистически достоверно снизился до $16,3 \pm 8,5$ ($p < 0,001$). Клиническое выздоровление достигнуто у 4 больных, значительное улучшение — у 5, улучшение — у 5 пациентов. Отсутствие эффекта от проводимой терапии наблюдалось у 2 больных.

Выводы: результаты данного исследования показали эффективность применения дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением атопического дерматита.

Некоторые патогенетические аспекты гнездной алопеции

Адылов М. А., Арифов С. С.

Ташкентский Институт усовершенствования врачей, Второй медицинский колледж МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение состояния вегетативной нервной системы у больных алопецией в зависимости от клинического течения дерматоза.

Материалы и методы: под наблюдением находились 145 больных в возрасте от 13 до 58 лет. Мужчин было 86 (59,3 %) и женщин — 59 (40,7 %). Изучение факторов, провоцирующих начало заболевания, показало, что 30 % больных начало болезни связывали с нервно-психическими факторами, 10 % — с травмой головы, 3 % — с перенесенной операцией и 2% — с использованием химических веществ. Остальные 65 % больных не смогли указать причину развития выпадения волос.

Результаты: изучение вегетативного тонуса показало, что среди больных очаговой алопецией лица с симпатическим тонусом составили — 58,5%, парасимпатическим — 24,5% и нормотоническим — 17,0%. В контрольной группе эти показатели составили 27%, 22% и 51% соответственно. Лица с симпатическим тонусом вегетативной нервной системы в качестве провоцирующего агента гнездной алопеции чаще отмечали нервно-психический фактор, при этом кожно-патологический процесс носил распространенный характер, плохо поддавался традиционной терапии в сравнении с группой пациентов, имеющих парасимпатический и нормотонический тонусы нервной системы.

Выводы: таким образом, клиническое течение гнездной алопеции может зависеть от тонуса вегетативной нервной системы, что необходимо учитывать при терапии этого дерматоза.

Индекс PASI и фактор роста эндотелия сосудов у больных экссудативной формой псориаза

Айвазова Т.В., Перламутров Ю.Н., Кушлинский Н.Е.

МГМСУ, г. Москва

Цель: сравнительный анализ содержания фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови здоровых людей и больных экссудативной формой псориаза с учетом индекса PASI.

Материалы и методы: иммуноферментное определение концентрации фактора роста эндотелия сосудов проведено в сыворотке крови 28 мужчин больных экссудативной формой псориаза в возрасте от 16 до 76 лет до лечения, их средний возраст составил $43,1 \pm 3,9$ лет, из них у 16 — также и после терапии. При этом 11 (39,3%) пациентов были в возрасте от 16 до 30 лет, 4 (14,3%) — в возрасте от 31 до 50 лет и 13 (46,4%) — старше 50 лет. Из них 27 (96,4%) пациентов были в прогрессирующей стадии заболевания, 1 (4,6%) — в стационарной. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 50 лет, в среднем составляла $18,6 \pm 3,7$ лет.

У больных проводили общеклинические и лабораторные методы исследования, после чего назначали стандартные методы терапии, которые включали дезинтоксикационную, десенсибилизирующую (препараты кальция, антигистаминные препараты) терапию. Локально на очаги поражения применяли синтетические глюкокортикоидные мази.

Группу контроля составили 30 практически здоровых мужчин в возрасте от 21 до 65 лет.

Концентрацию фактора роста эндотелия сосудов определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом наборами реактивов фирмы R&D (США). Образцы сыворотки крови больных псориазом и практически здоровых мужчин забирали до лечения из кубитальной вены с 8.00 до 9.00 натощак. Сыворотку крови отделяли от форменных элементов при центрифугировании на холоде в течение 10 мин при 2500хg, разливали по аликвотам и хранили при температуре -20 °С до проведения исследования.

Результаты: в группе 30 практически здоровых мужчин (контроль) концентрация фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови колебалась от 38 до 259 пг/мл (в среднем составило $121,8 \pm 7,8$ пг/мл) и достоверно ($p < 0,001$) отличалась от исходных уровней фактора роста у больных мужчин экссудативной формой псориаза. Так, значение фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови больных экссудативной формой псориаза до лечения колебалось от 63,5 до 2340,9 пг/мл (в среднем соста-

вило $433,8 \pm 88,0$ пг/мл). Концентрация содержания фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови больных до лечения была минимальной у 7 пациентов с обострением болезни не чаще 1 раза в 3 года, незначительно повышалась у 16 пациентов с ежегодным обострением и в 3,5 раза повышалась в группе 6 пациентов с обострением псориаза 2–3 раза в год ($p=0,2$). Индекс охвата и тяжести псориаза PASI, определенный у 28 больных до лечения, был равен $47,1 \pm 1,8$, наименьшее и наибольшее значения — 28,3 и 61,3 соответственно. Индекс PASI до лечения был минимальным в группе 4 больных с обострением псориаза не чаще 1 раза в 3 года, незначительно повышался в группе 16 пациентов с ежегодным обострением и достоверно повышался в группе 8 пациентов с обострением дерматоза 2–3 раза в год ($p=0,03$). При этом обнаружена достоверная положительная корреляционная зависимость между показателями PASI до и после проводимой терапии у 6 больных ($r=0,95$; $p=0,002$), которая показала, что снижение индекса PASI происходит прямопропорционально его первичному значению. Не обнаружено корреляционной зависимости значений PASI с длительностью анамнеза заболевания и возрастом больных псориазом мужчин до лечения. Кроме того, у всех 28 мужчин, больных экссудативной формой псориаза, выявлена тесная корреляционная зависимость между показателями PASI и концентрацией фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови до лечения ($r=0,77$; $p=0,0001$). После лечения зависимость между вышеуказанными показателями отсутствовала.

Выводы: полученные данные, свидетельствующие о том, что содержание ключевого активатора ангиогенеза (фактора роста эндотелия сосудов) в сыворотке крови больных экссудативной формой псориаза, достоверно выше, чем в контроле, а также выявленная тесная корреляционная зависимость между показателями PASI и концентрацией фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови до лечения позволяют предположить, что повышение уровня фактора роста эндотелия сосудов является одним из важных звеньев патогенеза псориаза, нормализация уровня которого, возможно, приведет к стойкой ремиссии заболевания.

Вульгарный ихтиоз. Особенности клиники и морфологии

Александрова А.К., Смольяникова В.А., Суколин Г.И.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: выявить взаимосвязь между клиническими проявлениями вульгарного ихтиоза и степенью морфологических изменений.

Материалы и методы: под наблюдением находились 10 больных вульгарным ихтиозом в возрасте от 7 до 16 лет. Всем больным до начала терапии было проведено гистологическое исследование (препараты окрашивали по стандартной методике гематоксилином и эозином) и иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител к филаггину и инволюкрину.

Результаты: в I группе больных (5 человек) с выраженными проявлениями ихтиоза (мелко- и крупнопластинчатое шелушение, фолликулярный кератоз, изменения ладоней и подошв) гистологически отмечался умеренный гиперкератоз, зернистый слой отсутствовал, при иммуногистохимическом исследовании реакция с моноклональными антителами к филаггину была отрицательной. Зона положительной экспрессии инволюкринина была расширена и включала в себя 3–4 ряда шиповатых клеток и роговой слой. У больных II группы (5 человек) с менее выраженной картиной ихтиоза (незначительное шелушение и/или фолликулярный гиперкератоз, преимущественно на коже конечностей, изменение ладоней и подошв) отмечался слабый гиперкератоз, зернистый слой был истончен, представлен одним рядом клеток. При иммуногистохимическом исследовании реакция с моноклональными антителами к филаггину была слабо положительной. Нарушений в экспрессии инволюкринина выявлено не было.

Выводы: у больных вульгарным ихтиозом, наряду с истончением или отсутствием зернистого слоя, при гистологическом исследовании отмечается нарушение экспрессии филаггрина, главного белка кератогиалиновых гранул, что, согласно результатам нашего исследования, зависит от выраженности клинических проявлений заболевания. Увеличение экспрессии инволюкринина, белка, ответственного за кератинизацию клеточных мембран, возможно, происходит компенсаторно, за счет редукции зернистого слоя, не исключена роль инволюкринина и в агрегации кератиновых филаментов в роговом слое.

Влияние на структуру сальных желез наружных лекарственных препаратов, содержащих изотретиноин

Альбанова В.И., Белоусова Т.А., Сазыкина Л.Н., Ноздрин В.И.
ЗАО «Ретиноиды», г. Москва

Цель: доказать, что наружные препараты, содержащие изотретиноин (13-цис-ретиноевую кислоту), оказывают на кожу действие, аналогичное системным.

Материалы и методы: экспериментальное исследование выполнено на крысах-самцах популяции Вистар. Гистологическим и морфометрическим методами исследовали биоптаты кожи животных (всего 21, в каждой группе по 7 особей), полученные после 2-недельного ежедневного нанесения раствора 13-цис-ретиноевой кислоты 0,025% (ретасол) и ретиноевой мази 0,1% на межлопаточную область спины. Контролем служили биоптаты кожи intactных животных. С помощью программы компьютерного анализа видеоизображений «ДиаМорф СИТО» определяли площади профилей сальных желез (СЖ), площади, занимаемые недифференцированными себоцитами, и клетками, находящимися на разных стадиях дифференцировки, соотношения между вышеуказанными параметрами, а также — толщину эпидермиса. От каждого животного исследовали 1 срез, в котором измеряли до 30 профилей СЖ, и в каждом поле зрения делали по 3 измерения толщины эпидермиса (от базальной мембраны до рогового слоя).

Результаты: через 2 недели аппликаций на кожу раствора ретасол толщина эпидермиса крыс составила $24,27 \pm 0,36$ мкм, (у intactных животных — $20,34 \pm 0,32$); средняя площадь профилей СЖ — $3333,82 \pm 81,7$ мкм² (у intactных — $3940,19 \pm 120,9$ мкм²), площадь, занимаемая базальными себоцитами, — $1214,88 \pm 34,08$ мкм² (у intactных — $671,76 \pm 26,87$ мкм²), площадь, занимаемая дифференцирующимися себоцитами, — $2118,94 \pm 9,82$ мкм² (у intactных — $3268,43 \pm 106,49$ мкм²). После аппликаций ретиноевой мази 0,1% толщина эпидермиса крыс составила $21,89 \pm 0,25$ мкм², средняя площадь профилей СЖ — $3242,10 \pm 90,77$ мкм², площадь, занимаемая базальными себоцитами, — $1177,47 \pm 42,09$ мкм², площадь, занимаемая дифференцирующимися себоцитами, — $2064,64 \pm 66,74$ мкм².

Выводы: полученные экспериментальные данные свидетельствуют о специфическом действии изотретиноина (13-цис-ретиноевой кислоты) в составе наружных лекарственных препаратов на сально-волосяные фолликулы. Под воздействием

ретиновой мази 0,1% и ретасола происходит редукция СЖ, общая площадь которых достоверно уменьшается; изменяется соотношение между площадями, занимаемыми базальными и дифференцированными себоцитами в сторону увеличения доли малодифференцированных форм, наблюдается увеличение толщины эпидермального слоя, то есть развиваются изменения, сходные с теми, которые, по данным литературы, характеризуют действие на СЖ изотретиноина, содержащегося в пероральном противогрибковом препарате роаккутан.

Селективная фототерапия 311 нм у больных хроническими дерматозами

Амозова И.В., Вермейчук Н.Ю.

ОКВД, г. Мурманск

Цель: обобщение опыта применения узкополосной UVB-терапии с пиком эмиссии на длине волны 311 нм в лечении пациентов с хроническими дерматозами в ГУЗ «Мурманский областной кожно-венерологический диспансер».

Материалы и методы: селективная фототерапия (СФТ) с пиком эмиссии на длине волны 311 нм активно применяется в ГУЗ «Мурманский областной кожно-венерологический диспансер» при лечении псориаза, витилиго, atopического дерматита, склеродермии.

При лечении псориаза процедуры проводятся 5 раз в неделю, начиная с дозы UVB, равной 0,05–0,1 Дж/см². При отсутствии эритемы дозу постоянно увеличивают в каждой последующей процедуре на 0,05–0,1 Дж/см². Курс лечения составляет 10–20 процедур.

Отмечено супрессивное действие средневолнового спектра на продукцию антигенов *Staphylococcus aureus*, что значительно повышает эффективность терапии atopического дерматита. Облучение по методу СФТ проводят 3–5 раз в неделю, начальная доза составляет 0,1 Дж/см² с последующим увеличением, при отсутствии эритемы, на 0,1–0,2 Дж/см². Курс лечения составляет 10–20 процедур.

Узкополосную средневолновую UVB — терапию применяли также в лечении пациентов с диагнозом витилиго. Длительность заболевания данной группы больных варьировала от 4 месяцев до 6 лет (медиана 3 года). Площадь поражения составляла от 1 до 60% всей поверхности тела (медиана 10%). Облучение начинали с дозы 0,2–0,25 Дж/см² и проводили 2 раза в неделю. Каждую последующую процедуру дозу увеличивали на 5–20% от исходной до появления умеренно выраженной эритемы, после чего дозу оставляли постоянной.

Недостаточная эффективность, развитие резистентности и непереносимости используемых средств в лечении локализованной склеродермии обуславливали поиск новых терапевтических подходов к лечению данного заболевания, с этой целью также применялся метод селективной фототерапии (общая и локальная). Облучение проводили 3–4 раза в неделю, всего на курс 10–25 сеансов. Начинали с дозы 0,05–0,3 Дж/см². Длительность лечения была индивидуальной и зависела от чувствительности пациента к лечению и динамики кожного процесса.

Результаты: в процессе лечения больных псориазом, обычно после 4–5 процедур, у большинства больных вокруг псориазических папул и бляшек появлялась анемичная более светлая по сравнению с окружающей кожей зона шириной 2–3 мм, напоминающая ободок Воронова. Вслед за ее появлением на 5–6 процедуре начинался регресс высыпаний. В последующем высыпания продолжали регрессировать. Их цвет становился менее интенсивным, уменьшалось шелушение. При полном разрешении высыпаний на их месте оставались гиперпигментированные или депигментированные пятна. Высыпания на нижних конечностях к проводимому лечению были более торпидны, чем на туловище и верхних конечностях. Примерно у 1/3 больных высыпания на волосистой части головы регрессировали или значительно уменьшались, но, в общем, псориаз волосистой части головы был устойчив к лечению методом СФТ. После проведенного лечения длительность ремиссии псориаза от 1 месяца до 2 лет прослеживалась у 40% пациентов. Поддерживающая терапия этим больным не проводилась.

В результате проведенного лечения у больных atopическим дерматитом клинического излечения удалось добиться у 70% больных, значительного улучшения — у 17%, улучшения — у 13%. Зависимости темпов регресса проявлений заболевания от распространенности кожного поражения отмечено не было.

В результате лечения с применением UVB пациентов с диагнозом витилиго клиническая ремиссия наблюдалась у 23% пациентов, значительное улучшение констатировано у 25%, улучшение — у 37%, не отмечалось эффекта — у 15% пациентов. Лечение больные перенесли хорошо. В процессе курса терапии у 6 пациентов развилась умеренно выраженная эритема, 2 пациента жаловались на зуд кожи и сухость кожи. Указанные реакции исчезали после снижения дозы облучения и применения смягчающего крема. Продолжительность терапии составляла от 2 до 8 месяцев.

Выводы: таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения средневолнового UVB-излучения в лечении пациентов, больных витилиго, псориазом, atopическим дерматитом. Следует отметить не только эффективность, но и безопасность методов средневолновой UVB-терапии, в частности, отсутствие серьезных побочных эффектов.

Наружная терапия: альтернативный способ лечения

Некипелова А.В., Ислямова В.М.

ИПКСЗ, г. Хабаровск

Цель: изучение клинической эффективности применения защитно-профилактического средства «Карталин» при лечении хронических дерматозов (псориаз, нейродермит, аллергический дерматит, экзема).

Материалы и методы: защитно-профилактическое средство «Карталин» было разработано в конце 90-х годов на основе биологически активных веществ (БАВ), содержащихся в сырье череды, ромашки, эвкалипта, лаванды, меда и других природных источников. Под нашим наблюдением находилось 47 больных, получавших «Карталин», из них с псориазом — 23, экземой — 15, нейродермитом — 2, аллергическим дерматитом — 7. Женщин было — 23, мужчин — 24 в возрасте от 18 до 67 лет. У больных псориазом наблюдалась стационарная стадия вульгарного псориаза. Больные экземой были представлены дисгидротической формой в подостром периоде. Пациенты с нейродермитом имели ограниченную форму (лишай Видаля). Группа с аллергическим дерматитом была представлена 7 больными.

Результаты: у 43 пациентов (91,5%) в течение 2 недель наступило улучшение со стороны кожного процесса, а через месяц значительное улучшение. Наиболее эффективно было назначение комплексной терапии (антигистаминные препараты у больных с аллергодерматозами, а также патогенетическая терапия у пациентов с псориазом).

Выводы: таким образом, по завершении клинических испытаний средство для наружной терапии «Карталин» может быть рекомендовано как монотерапия, а также в комплексной терапии дерматологических больных как один из альтернативных методов лечения.

Клиническая эффективность узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии при atopическом дерматите у детей

Бакулев А.Л., Слесаренко Н.А., Куляев К.А.
ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, г. Саратов

Цель: определить клиническую эффективность узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии (UVB) у детей, страдающих atopическим дерматитом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 114 детей в возрасте от 5 до 17 лет с диагнозом atopического дерматита в стадии обострения. Длительность заболевания варьировала от 3 до 15 лет. Детский возрастной период заболевания зарегистрирован у 50 (43,8%) человек; подростковый — у 64 (56,2%). Выраженные клинические проявления дерматоза отмечены в 89 (78%) случаях; умеренные — в 25 (22%). Эритематозно-сквамозная клиническая форма заболевания констатирована у 33 (29%) пациентов; эритемато-сквамозная с лихенификацией — у 32 (28%); лихеноидная — у 28 (24,6%); пруригоподобная — у 21 (18,4%). Поражение кожи имело диффузный характер в 60 (52,6%) случаях; распространенный — в 51 (44,7%). У 3 (2,7%) больных наблюдали универсальный процесс по типу эритродермии. В 18 (15,8%) случаях процесс на коже был осложнен пиодермией, в 7 — кандидозом.

79 детей получали UVB-терапию с длиной волны 311 нм (кабина Waldmann 7001K, Германия) в составе стандартного лечения (гипосенсибилизирующие и ферментные препараты; наружно-смягчающие средства). Начальная разовая доза облучения составила 0,01–0,02 Дж/см². Каждые последующие 1–3 сеанса дозу UVB увеличивали на 0,01–0,02 Дж/см². Максимальное значение UVB составляло не более 0,15 Дж/см². На курс — 15–20 процедур. Группа контроля (35 человек) медикаментозные средства с использованием стандартных доз и схем приема препаратов.

О клинической эффективности лечения судили с помощью шкалы SCORAD, дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) и детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ), которые оценивали до и после терапии.

Результаты: в группе пациентов, получавших комплексную терапию с применением UVB-облучения, наблюдали более раннее, чем в группе контроля, уменьшение клинических симптомов atopического дерматита в виде снижения интенсивности зуда, регресса эритемы, инфильтрации, лихенификации, уплощения и разрешения папул, что подтверждалось выраженным уменьшением абсолютных величин SCORAD, ДИШС (p<0,05). О позитивном влиянии UVB-терапии 311 нм на качество жизни больных atopическим дерматитом в составе комплексного лечения указывает статистически достоверная динамика ДДИКЖ в данной группе.

Отдаленные результаты прослежены у 109 детей в сроки до 1,5 лет. В группе пациентов, получавших фототерапию, очередное обострение atopического дерматита наступило у 58 человек, причем значительно в более поздние сроки, чем в группе сравнения. У 21 ребенка в процессе динамического наблюдения отмечали стойкую полную ремиссию atopического дерматита.

В процессе предпринятой терапии с использованием излучения UVB 311 нм побочных явлений не наблюдали, профиль безопасности оценили как «очень хорошо».

Выводы: UVB-терапия, с длиной волны 311 нм, является высокоэффективным и безопасным методом лечения atopического дерматита в детском и подростковом периодах заболевания. Курсовое применение UVB-излучения 311 нм не только способствует достижению отчетливого клинического эффекта в виде регресса высыпаний на коже и значительного улучшения качества жизни больных, но и влияет на естественное течение atopического дерматита у детей.

Опыт лечения витилиго с помощью клеточных технологий

Барбинов В.В., Данилов А.О., Сударикова Е.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, АПМК «Лекарь», г. Санкт-Петербург

Цель: разработка эффективного метода лечения витилиго с помощью клеточных технологий с использованием культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов, а также современной лазеротерапии.

Материалы и методы: нами было проведено лечение витилиго методом трансплантации культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов у 4 пациенток в возрасте 23–37 лет с длительностью заболевания от 10 до 28 лет. У всех пациенток отмечалась неактивная стадия заболевания (отсутствие появления новых и прогрессирования старых очагов в течение последних 12 месяцев), резистентность к ранее проводимой медикаментозной терапии, отсутствие в течение последних 12 месяцев феномена Кебнера и склонности к образованию гипертрофических и келоидных рубцов.

Под местной анестезией была проведена биопсия участка нормально пигментированной кожи поясничной области. Биоптаты были помещены в стерильные пробирки со средой DMEM/F12 и доставлены в лабораторию, где методом трипсинизации эпидермис был отделен от дермы. Аутологичные кератиноциты и меланоциты культивировали в среде DMEM/F12 с добавлением 10% сыворотки крупного рогатого скота, глутамина, антибиотиков, эпидермального фактора роста. Культуры клеток выращивали во флаконах в условиях CO₂ инкубатора с 5% содержанием CO₂ при t 37 °C до получения достаточного по площади монослоя. Для поверхностной анестезии при трансплантации использовали крем EMLA под пленку на 40 минут. Участки витилиго были подвергнуты лазерной дермабразии YAG-лазером с длиной волны 2936 нм, плотностью энергии 9,9 Дж/см², частотой импульсов 5 Гц и диаметром светового пятна 3 мм. Лазерная шлифовка проводилась до небольшого капельного кровотечения, что свидетельствовало о достижении сосочкового слоя дермы. После лазерной дермабразии 1-й пациентке на обработанный участок витилиго была нанесена суспензия культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов, 2-й пациентке — суспензия культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов в коллагеновом геле, 3-й пациентке — суспензия культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов в карбопол-геле, а 4-й пациентке проводилась трансплантация культивированных аутологических кератиноцитов и меланоцитов, выращенных в виде монослоя на гидрогелевой повязке Аквафло

(Kendall). Все операции заканчивались наложением асептической повязки Телфа (Kendall). Смена повязки осуществлялась через 7 дней после трансплантации. Обработка ран проводилась стерильным вазелином. Через 14 дней повязка снималась, и рана велась открытым способом с обработкой стерильным вазелином в течение недели. Полная эпителизация наблюдалась у 1-й пациентки через 3,5 недели после трансплантации, у 2-й пациентки — через 2 недели, а у 3-й и 4-й — через 2,5 недели после трансплантации.

Результаты: у всех 4 пациенток наблюдалось полное приживание культуры аутологичных кератиноцитов и меланоцитов. Побочных явлений, таких как возникновение рубцов, феномена Кебнера, присоединение вторичной инфекции, замечено не было. У 1-й пациентки через 3 месяца после трансплантации наблюдалось появление первых островков репигментации на пересаженном участке. Все 4 пациентки находятся под наблюдением для оценки результатов трансплантации и возможности дальнейшего применения лазеротерапии для стимуляции репигментации в пересаженных участках.

Выводы: метод трансплантации культивированных аутологичных кератиноцитов и меланоцитов является перспективным альтернативным методом терапевтического лечения витилиго у пациентов со стабильным течением заболевания и резистентностью к ранее проводимой медикаментозной терапии. Наиболее успешным по срокам полного заживления и достижения эффективного результата оказался метод трансплантации культивированных аутологичных кератиноцитов и меланоцитов в коллагеновом геле.

Перспективы лечения ладонно–подошвенного псориаза и ладонно–подошвенных кератодермий

Бахлыкова Е.А., Матусевич С.Л., Ковкова Г.Ю.

ТГМА, г. Тюмень

Цель: узнать наиболее эффективные методы лечения ладонно–подошвенного псориаза и ладонно–подошвенных кератодермий.

Материалы и методы: пациенты с диагнозами ладонно–подошвенный псориаз, наследственными и приобретенными ладонно–подошвенными кератодермиями, сравнительный анализ различных методик лечения.

Результаты: известно, как трудно поддаются лечению пациенты с ладонно–подошвенной локализацией патологического процесса. При лечении псориаза, а также приобретенных ладонно–подошвенных кератодермий наблюдался выраженный клинический эффект от применения мази дайвобет и поддерживающей терапии мазью дайвонекс. Было подвергнуто лечению 12 пациентов с ладонно–подошвенным псориазом и 17 с ладонно–подошвенными кератодермиями. Сочетание лекарственных основ в мази дайвобет благодаря кортикостероидам обуславливает противовоспалительный, иммуносупрессивный, антиангиогенный эффект, кальципотриол обеспечивает антипролиферативный, иммуномодулирующий эффект, стимулирует дифференцировку клеток. Мазь дайвобет предназначена для снятия обострения, уменьшения явлений воспаления, заживления трещин. Мазь и крем дайвонекс, напротив, способствует длительной, пролонгированной терапии, служат хорошей поддерживающей основой, предупреждающей возникновение обострений.

При применении лечения мазью дайвобет 1 раз в сутки наблюдался клинический эффект в виде уменьшения гиперемии, шелушения, явлений повышенного ороговения, эпителизации трещин, после чего пациентам был назначен крем или мазь дайвонекс. Во всех случаях(100%) отмечался положительный эффект, однако через разные промежутки времени, в среднем через 10–14 дней. Крем либо мазь дайвонекс, в зависимости от выраженности сухости кожи, рекомендовали применять 2 раза в день утром и вечером длительное время, до 2–3 месяцев и более. Пациенты отмечали хорошую переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов. Положительный эффект при этих заболеваниях при назначении кальципотриола связан с влиянием на процессы кератинизации, дифференцировки клеток эпидермиса, патологические изменения которых имеют место быть в том и другом случае.

Выводы: антипролиферативное действие препаратов, содержащих кальципотриол, обуславливает положительный эффект при назначении пациентам с ладонно–подошвенными кератодермиями и псориазом. Данный метод лечения можно рекомендовать для более широкого применения в практике как существенный шанс улучшить состояние пациента, и тем самым повысить качество жизни.

Вопросы дифференциальной диагностики ладонно–подошвенного псориаза и ладонно–подошвенных кератодермий

Бахлыкова Е.А., Матусевич С.Л., Ковкова Г.Ю.

ТГМА, г. Тюмень

Цель: провести дифференциальную диагностику ладонно–подошвенного псориаза и ладонно–подошвенных кератодермий, обозначить клинико–диагностические критерии.

Материалы и методы: пациенты с диагнозами ладонно–подошвенным псориазом, наследственными и приобретенными ладонно–подошвенными кератодермиями.

Результаты: пациенты с жалобами на высыпания на коже ладоней и подошв являются достаточно частыми посетителями на приеме врача дерматолога. Нередко перед врачом стоит непростая задача по определению точного диагноза и назначению эффективного лечения. Имеют место случаи ошибочной диагностики и тактики ведения данной категории пациентов. Пациенты с ладонно–подошвенным псориазом и ладонно–подошвенными кератодермиями имеют сходные клинические проявления в виде очагов повышенного ороговения, инфильтрации, гиперемии, трещин, шелушения различной степени выраженности. Затруднением для диагностики является отсутствие симптома и псориатической триады при ладонно–подошвенной локализации псориаза.

Однако длительное наблюдение за пациентами, учет данных анамнеза, объективных и субъективных симптомов позволяют отдифференцировать эти патологии. Под нашим наблюдением за период с 1999–2007 г.г. находилось 188 пациентов с различными формами ладонно–подошвенных кератодермий и 48 пациентов с изолированным ладонно–подошвенным псориазом. Обследование пациентов проводилось при общеклиническом и дерматологических осмотрах, с тщательным сбором анамнеза. Учитывался возраст, профессия, сопутствующие и перенесенные заболевания, данные о наследственности. Определялся характер течения заболевания, периоды обострений в зависимости от сезона года, локализация процесса, наличие изменений

ногтевых пластинок, у женщин выяснялся гинекологический анамнез. Оценивался дерматологический статус по характеру кожных высыпаний, выяснялись субъективные ощущения пациентов, а также лечение, проводимое ранее. Все пациенты (100%) с ладонно–подошвенной локализацией дерматозов и изменением ногтей были обследованы на патогенные грибы.

В результате, исследования показали, что для ладонно–подошвенного псориаза характерно более длительное, упорное течение, обострение высыпаний преимущественно в зимнее время года, возможно наличие псориатических элементов на других участках кожи, прослеживался наследственный анамнез. Наблюдались характерные клинические проявления в виде преимущественно симметричности поражения, выраженной ярко–красной окраски элементов, инфильтрации, характерной гиперемированной каймы по периферии очагов, наличие сухих и рыхлых чешуек, при типе Varber пустулезных высыпаний на фоне эритематозно–сквамозных резко ограниченных бляшек, изменение ногтей в виде симптома «наперстка» и «масляного пятна».

Ладонно–подошвенные кератодермии отличаются в случае наследственных форм ранним началом заболевания, отсутствием ремиссий, наличием подобных высыпаний у близких родственников, а также сопутствующими дистрофическими и гиперпластическими изменениями кожи. Для приобретенных ладонно–подошвенных кератодермий характерно позднее начало заболевания (во взрослом и пожилом возрасте), отсутствие данных о наследственности. Проявления в виде диффузных очагов повышенного ороговения на коже ладоней и подошв без явлений экссудации и выраженного воспаления, отсутствие сопутствующих кожных и инфекционных заболеваний, отсутствие эффекта от противогрибковой терапии даже при обнаружении дерматофитов, волнообразное течение, трудности достижения полной ремиссии. У женщин с подобными симптомами в климактерическом периоде, а также при наличии гормонозависимых опухолей доброкачественного характера правомочным был диагноз климактерической кератодермии Хакстхаузена.

Выводы: ладонно–подошвенный псориаз и кератодермии имеют на первый взгляд достаточно много общих клинических проявлений, что создает трудности дифференциальной диагностики. Тщательный сбор анамнеза, динамическое наблюдение позволяет верифицировать точный диагноз и определить тактику ведения пациента.

Перекисное окисление белков у больных розацеа в процессе озонотерапии

Биткина О.А.

ГОУ ВПО НижГМА, г. Нижний Новгород

Цель: совершенствование методов биохимического контроля эффективности и безопасности локальной озонотерапии тяжелых форм розацеа.

Материалы и методы: в качестве метода биохимического контроля эффективности и безопасности озонотерапии использовалось определение окислительной модификации белков сыворотки (Дубинина Е.Е., Бурмистров С.О., Ходов Д.А., Поротов И.Г., 1995).

Методика лечения: метод локальной озонотерапии заключается в подкожных инъекциях озono–кислородной смеси с концентрацией 3000 мкг/л в очаги поражения на коже лица по 1–2 мл общим объемом 15 мл 3 раза в неделю в течение 4 недель.

Проведено лечение 45 больных розацеа, из них 36 женщин и 9 мужчин. Возраст больных от 31 до 65 лет, в среднем — 41,2 года.

Результаты: давность заболевания аспе rosacea составляла в среднем 5,3 года (от 1 месяца до 12 лет). У большинства пациентов преобладала папуло–пустулезная форма розацеа, у 2 заболевание осложнялось ринофимой, одна пациентка страдала стероидной розацеа, одна — конглобатной розацеа. У 7 (15 %) при лабораторном обследовании выявлен клещ Demodex folliculorum. Положительный клинический эффект заключался в уменьшении интенсивности окрашивания эритемы, регрессе папулезных и пустулезных элементов. Клиническая эффективность метода наблюдалась после проведения 5–7 процедур. Переносимость лечения всеми больными была хорошей.

Для нового способа лечения розацеа локальными инъекциями озono–кислородной смеси характерно повышение эффективности лечения больных розацеа, уменьшение сроков стационарного лечения больных на 2 койко/дня по сравнению с группой больных розацеа, пролеченных традиционным способом.

Оценивались 7 параметров перекисного окисления белка в динамике до и после проведенного курса локальной озонотерапии розацеа. Исходные значения по 2 параметрам (430 и 530) демонстрировали снижение по отношению к группе физиологического контроля. Показатели всех групп белков сыворотки, подвергшихся окислительной модификации, в процессе локальной озонотерапии снижались.

Выводы: приведенные данные демонстрируют отсутствие интенсификации процессов перекисного окисления белка, что может свидетельствовать о безопасности проводимого метода лечения розацеа — локальных инъекций озono–кислородной смеси. Согласно проведенным ранее биохимическим исследованиям одним из основных механизмов саногенеза при проведении озонотерапии является активация антиоксидантной системы.

Иммунологические изменения в коже при ожоговой болезни

Биткина О. А.

ГОУ ВПО НижГМА, г. Нижний Новгород

Цель: изучение взаимосвязи местного иммунного статуса и течения ожоговой болезни.

Материалы и методы: 14 пациентам Российского ожогового центра проведено иммуногистохимическое исследование биоптатов рубцовой ткани с целью изучения количества и характера распределения иммунокомпетентных клеток в эпидермисе и дерме. Для оценки показателей местного иммунитета в биоптатах рубцовой ткани проводился анализ топографии и содержания Т–лимфоцитов (CD3–позитивные клетки), а также корцепторов CD4 и CD8, распределения и количественной характеристики В–лимфоцитов в патологически измененной коже, CD 25–положительных клеток, топографии и содержания в коже внутриэпидермальных макрофагов (клеток Лангерганса). Использовались тест–наборы фирмы «МедБиоСпектр» г. Москва и тест–системы фирмы DAKO®. Определение содержания Т–лимфоцитов и субпопуляции Т–клеток (Т–хелперы и супрессорно–цитотоксические Т–лимфоциты) было проведено методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием МКА ИКО–90, ИКО–86 и ИКО–31 (к CD3, CD4 и CD8 антигенам соответственно).

Подсчет числа Т–лимфоцитов и субпопуляций Т–клеток в эпидермисе проводили в расчете на 1000 эпидермоцитов. Результаты выражали в промиллях.

Изучение числа В–лимфоцитов в коже проводили в расчете на 1000 эпидермоцитов методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием МКА ИКО–91 к маркеру CD22.

Изучение экспрессии ИЛ–2 α иммунокомпетентными клетками в коже проводилось методом иммунофлюоресценции с использованием МКА ИКО–105 к CD25–антигену.

Исследование топографии и количественной характеристики резидентных макрофагов (клеток Лангерганса, КЛ) в коже проводилось иммуноферментным методом с использованием стрептавидин–биотиновой технологии (наборы с системой Universal DAKO LSAB 2 kit, Peroxidase) и МКА к S100–протеину.

Результаты: при исследовании биоптатов рубцов выявлено преимущественное расположение Т–лимфоцитов и их хелперной и супрессорной субпопуляций в эпидермисе. Однако у 37,5 % пациентов обнаружены скопления Т–лимфоцитов в дерме вокруг капиллярных венул, у 3 пациентов наблюдалась исключительная локализация Т–лимфоцитов в дерме.

Уровень содержания Т–лимфоцитов в эпидермисе выявил резкое, статистически достоверное снижение по сравнению с показателями контрольной группы (соответственно $6,47 \pm 2,95$ % и $19,6 \pm 0,6$ %, $p < 0,001$). Изучение хелперной и супрессорной субпопуляций также показало их снижение, в случае CD8 приближающееся к статистически достоверному.

В нормальной коже CD22–позитивные клетки в эпидермисе в большей части биоптатов отсутствовали, размещаясь в 3–4 ряда вокруг посткапиллярных венул в дерме. Лишь у четырех человек (14,3%) в контрольной группе наблюдалась слабая по интенсивности иммунофлюоресценция В–лимфоцитов в эпидермисе, которые локализовались в базальном слое и супрабазально.

В рубцовых биоптатах присутствие В–лимфоцитов в эпидермисе удалось определить у 6 пациентов (43 %). Их средний уровень ($8,88 \pm 4,45$ %) превышал показатели группы контроля (до 6,4 %). В дерме у 4 пациентов наблюдалось ясное свечение вокруг капиллярных венул.

Изучение коэффициента корреляции между В–лимфоцитами и субпопуляциями Т–лимфоцитов не выявило выраженных отличий по сравнению с контрольной группой.

В коже здоровых лиц (контрольная группа) клетки, экспрессирующие ИЛ–2 α , локализовались в базальном слое или супрабазально. В дерме были обнаружены редкие скопления CD25–позитивных иммунокомпетентных клеток, большая часть которых располагалась в 2–3 ряда вокруг посткапиллярных венул поверхностного сосудистого сплетения и придатков кожи.

В эпидермисе рубцовых биоптатов CD25+ лимфоциты были найдены лишь у одного пациента (2,8 % при контрольных значениях до 14 %). В дерме у 6 пациентов наблюдалось незначительная интенсивность свечения вокруг капиллярных венул.

Выводы: проведение иммуногистохимических исследований биоптатов рубцовых тканей послеожоговых пациентов выявило угнетение Т–клеточного звена SALT. На основании изучения ИРИ и высокого коэффициента корреляции между CD3+ и CD8+ лимфоцитами можно сделать заключение о преимущественной активации супрессорного звена в формировании рубцовых тканей. Исследование клеток Лангерганса показало их активное взаимодействие как с Т–клеточным, так и с гуморальным звеном иммунитета в коже послеожоговых больных.

Хронические воспалительные дерматозы с необратимым поражением сально–волосяного аппарата: дерматогистопатологическое и гистохимическое исследование

Божченко А.А.

Военно–медицинская академия, г. Санкт–Петербург

Цель: изучение дерматогистопатологических особенностей поражения сально–волосяного аппарата при некоторых хронических воспалительных дерматозах.

Материалы и методы: под нашим наблюдением в 1999–2007 гг. находилось 97 больных (56 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 19 до 64 ($39,63 \pm 7,41$) лет с поражением кожи волосистой части головы при синдроме Пиккарди–Грэхэма–Литтла–Лассюэра, диссеминированной красной волчанке, бляшечной склеродермии, псевдопелладе Брока, абсцедирующем и подрывающем фолликулите и перифолликулите кожи головы Гоффманна, идиопатическом фолликулярном муцинозе, дерматомиозите, вульгарном ихтиозе, декарльвирующем фолликулярном кератозе, склероатрофическом лишае, фронтальной фиброзирующей алопеции. Анамнез заболевания составил от 1,3 до 25,8 ($7,12 \pm 0,67$) лет. Всем больным выполняли диагностическую эксцизионную глущую биопсию кожи волосистой части головы; забор биоптата производили на границе наиболее свежего очага облысения. Гистологическое исследование проводилось с применением метода окраски гематоксилином и эозином, эозин–Грама метода по Вейгерту, азокarmiнового метода Маллори в модификации Гейденгайна, метода Массона, метода Хэйла, а также ШИК–реакции. В процессе гистологической экспертизы по методике профессора Разнатовского И. М. и соавт. (1995 г.) при помощи светового микроскопа ЕС–БИМАМ Р–13 (ЛОМО, Россия) исследовали не менее двух препаратов кожи волосистой части головы, полученных от одного больного, причём в каждом препарате изучалось не менее пяти вертикальных срезов.

Результаты: наиболее часто мы наблюдали следующие дерматогистопатологические изменения ($p \pm m_{p_i}$, [%]): в эпидермисе — истончение эпидермиса ($83,33 \pm 15,22$ %); сглаженность эпидермальных отростков ($80,00 \pm 17,89$ %); кариопикноз кератиноцитов шиповатого ($76,92 \pm 11,69$ %) и базального ($84,62 \pm 10,01$ %) слоёв; экзоцитоз лимфоцитов в эпидермисе ($92,31 \pm 7,39$ %); в дерме — диффузный отёк коллагена ($76,92 \pm 11,69$ %) и очаговый отёк коллагена адвентициальной дермы ($80,00 \pm 17,89$ %) и очаговый ($69,23 \pm 12,80$ %) и диффузный ($60,00 \pm 21,91$ %) муциноз ретикулярной дермы; незначительный очаговый перифолликулярный фиброз ($84,62 \pm 10,01$ %) и очаговый фиброз верхней трети ретикулярной дермы ($66,67 \pm 19,24$ %) и плотные очаговые лимфоцитарно–гистиоцитарные инфильтраты с примесью звёздчатых фибробластов вокруг сосудов поверхностной ($53,85 \pm 13,83$ %) и глубокой ($60,00 \pm 21,91$ %) сетей; в гиподерме — умеренный очаговый ($76,92 \pm 11,69$ %) и выраженный диффузный ($66,67 \pm 19,24$ %) гиалиноз липоцитов жировых долек; базофильная дегенерация коллагена ($60,00 \pm 21,91$ %) и умеренный очаговый склероз ($53,85 \pm 13,83$ %) соединительнотканых междольковых перегородок; на отдельных участках умеренный гиалиноз крупных сосудов ($50,00 \pm 20,41$ %) и придатках кожи — уменьшение общего количества волосяных фолликулов ($92,31 \pm 7,39$ %) и очаговые лимфоцитарно–гистиоцитарные инфильтраты умеренной плотности вокруг верхней и средней третей волосяных фолликулов ($83,33 \pm 15,22$ %), а также вокруг сальных желёз ($66,67 \pm 19,24$ %) и экзоцитоз лимфоцитов в фолликулярный эпителий ($83,33 \pm 15,22$ %) и разрушение волосяных фолликулов ($76,92 \pm 11,69$ %), сальных желёз ($66,67 \pm 19,24$ %) и мышцы, поднимающей волос ($33,33 \pm 19,24$ %), инфильтратом; фиброзные тяжи, замещающие разрушенные волосяные фолликулы ($66,67 \pm 19,24$ %).

Выводы: таким образом, волосяной фолликул далеко не всегда является основной мишенью выявленных типических патологических процессов (атрофии, дистрофии, некроза, склероза), протекающих в коже волосистой части головы больных, страдающих хроническими воспалительными дерматозами с необратимым поражением сально-волосяного аппарата.

Хронические воспалительные дерматозы с необратимым поражением сально-волосяного аппарата: иммуноморфологическое исследование

Божченко А.А.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Цель: изучение иммуноморфологических особенностей поражения сально-волосяного аппарата при некоторых хронических воспалительных дерматозах.

Материалы и методы: под нашим наблюдением в 1999–2007 гг. находилось 269 больных (146 мужчин и 123 женщины) в возрасте от 18 до 56 (32,57±8,26) лет с поражением кожи волосистой части головы при очаговой алопеции, андрогенетической алопеции, себорейной алопеции, диффузной алопеции, асбестовидном лишае и трихотилломании. Анамнез заболевания составил от 0,6 до 18 (5,67±0,43) лет. Диагностическая эксцизионная глубокая биопсия выполнялась на границе наиболее свежего очага поражения кожи волосистой части головы. Определение субпопуляций Т- и В- лимфоцитов, а также депозитов цитокинов в криостатных срезах толщиной 4 мкм проводилось непрямым иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител (МКАТ) к рецепторам CD1a⁺, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD11a⁺, CD11b⁺, CD11c⁺, CD14⁺, CD16⁺, CD20⁺, CD25⁺, CD26⁺, CD64⁺, CD82⁺, CD121⁺, CD122⁺, CD124⁺ (DAKO, Дания; «Сорбент», Москва), а отложений иммуноглобулинов А, М и G — прямым иммунофлуоресцентным методом с помощью типоспецифических антисывороток к этим иммуноглобулинам (Sevac, Чехия). При микроскопическом исследовании полученных препаратов мы проводили подсчет меченых клеток или отложений цитокинов в люминесцентном микроскопе ЛЮМАМ-ИЗ (ЛОМО, Россия) при увеличении X280 и водной иммерсии. Для каждого наименования МКАТ или типоспецифической антисыворотки исследовали не менее 3 срезов по 9 полям зрения в каждом, при этом обращали внимание на расположение меченых клеток (в эпидермисе, в дерме, в фолликулярном эпителии); результаты обрабатывали полуколичественным методом: отсутствие клеток, меченых МКАТ, соответствовало 0 баллов, от 1 до 5 клеток в поле зрения — 1 баллу, от 6 до 15 клеток в поле зрения — 2 баллам, от 16 до 25 клеток в поле зрения — 3 баллам, от 26 клеток — 4 баллам.

Результаты: иммунофенотипирование клеточных субпопуляций в криостатных срезах биоптатов кожи волосистой части головы больных позволило нам выявить следующие наиболее типичные местные иммунные изменения [баллы]: 1) в эпидермисе — значительное количество Т-лимфоцитов (3,42±0,23) с преобладанием субпопуляции Т-супрессоров/цитотоксических клеток (2,83±0,11); значительное количество клеток Лангерганса (3,08±0,19); умеренное количество В-лимфоцитов (2,17±0,21) и естественных киллеров (2,10±0,05); умеренные отложения иммуноглобулинов М (1,58±0,15), G (1,67±0,14) и А (1,50±0,15) в области базальной мембраны; 2) в дерме — значительное количество Т-лимфоцитов (3,13±0,11) с преобладанием Т-хелперов (2,55±0,06), умеренное количество В-лимфоцитов (1,66±0,05), моноцитов (2,11±0,05) и естественных киллеров (1,88±0,13) в очаговых инфильтратах, а также скопления данных клеток возле разрушенных волосяных фолликулов; значительные отложения иммуноглобулина А (2,40±0,06) и иммуноглобулина М (2,57±0,05) вокруг волосяных фолликулов; 3) в фолликулярном эпителии — значительное количество Т-лимфоцитов (3,16±0,05) с преобладанием субпопуляции Т-хелперов (2,12±0,05); значительное количество моноцитов (2,98±0,04), расположенных цепочкообразно; значительное количество клеток Лангерганса (3,25±0,22); умеренное количество В-лимфоцитов (2,19±0,04); умеренные отложения иммуноглобулина А (1,75±0,16) и иммуноглобулина М (1,63±0,18).

Выводы: у обследованных больных в коже волосистой части головы отмечается присутствие весьма широкого спектра иммунокомпетентных клеток, плотность субпопуляций которых колеблется от умеренной до значительно выраженной, а локализация — от эпидермиса до глубоких отделов дермы; причём местные иммунные изменения свидетельствуют об отсутствии избирательной направленности патологического процесса на поражение фолликулярного аппарата.

Состояние здоровья кожи у сотрудников внутренних дел: перспективы изучения

Бунакова Л.К., Файзуллина Е.В.

г. Казань.

Цель: изучить состояние здоровья сотрудников МВД РТ на предмет дерматологической патологии.

Материалы и методы: в ходе диспансерного осмотра были обследованы 35 сельских милиционеров, несущих службу в различных подразделениях МВД.

Результаты: выявлены 12 человек с различными заболеваниями кожи — 34,3% от числа осмотренных, т.е. более трети сотрудников имели патологические кожные проявления. У 1 пациента угревая болезнь, у 1 — фолликулярный кератоз, гипергидроз стоп — 4, остальные 6 — с различными проявлениями поражения грибковой флорой кожи и ее придатков, т.е. у половины больных имелась микотическая патология. Микоз стоп был представлен сквамозно-гиперкератотической и интертригинозной формами в состоянии неполной ремиссии, при этом стаж болезни составил около 5 лет. Больные с кератомикозом никогда не обращались к врачу-специалисту, это свидетельствует о низкой осведомленности по отношению к данным заболеваниям, безразличном состоянии к собственному здоровью, низкой санитарной культуре. Эти больные имели изменения на гладкой коже в виде распространенной формы разноцветного лишая, они составили среднюю возрастную группу — 34–36 лет. Если у молодых лиц до 32-летнего возраста имели место изменения по типу гипергидроза, то у лиц старшей возрастной группы имеются клинически выявленные и лабораторно подтвержденные микозы стоп и онихомикозы, протекающие с периодическими обострениями до двух раз в год.

При сравнительной оценке динамики заболеваемости дерматофитиями среди населения г. Казани и у сотрудников МВД выяснилось, что интенсивные показатели заболеваемости военнослужащих превышают показатели гражданского населения почти в десять раз: так, в 2000 г. они составили 921 и 96, в 2001 г. — 736 и 74, в 2002 г. — 697 и 71 соответственно. Эту разницу можно объяснить активным выявлением заболеваний при ежегодной профилактической диспансеризации в МСЧ МВД РТ. Среди всех вновь выявленных заболеваний, по данным нашего кабинета, эта группа достигает 80%. В структуре общей заболеваемости дерматофитиями доля аттестованных сотрудников составляет 7%.

Выводы:

- при осмотре лиц группы риска у 34,3% были выявлены различные кожные заболевания, 50% из которых имели различные проявления грибкового поражения кожи и ее придатков;
- больные обращались к дерматологу только в состоянии тяжелой формы процесса, не проводили профилактическое лечение возможных рецидивов;
- осмотр сотрудников из группы риска (в частности, военнослужащих) должен проводиться врачом–специалистом, согласно ежегодному графику диспансеризации;
- необходимо проводить лекции, беседы и другие виды пропаганды здорового образа жизни, т.к. неосведомленность населения об этой патологии, поздняя обращаемость могут способствовать диссеминации процесса или проявлению атипичности его течения;
- у военнослужащих заболеваемость тем выше, чем длительнее продолжается военная служба, гипергидроз стоп является фактором риска для развития грибкового процесса у лиц старшей возрастной группы.
- данная выборка может быть использована для дальнейших разработок при проведении социально–гигиенических исследований среди сотрудников групп риска.

Динамика содержания факторов роста (эпидермального фактора роста и его рецептора, трансформирующего фактора роста-β) у больных распространенным псориазом при лечении узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм

Бутарева М.М., Кубанов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: исследовать динамику показателей: эпидермального фактора роста (ЭФР) и его рецептора (ЭФР-Р), трансформирующего фактора роста-β (ТФР-β) в сыворотке, лимфоцитах периферической крови и в коже у больных псориазом в процессе проведения курса узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм (УФВ-311 нм).

Материалы и методы: в основу работы положены результаты комплексного клинико–лабораторного обследования и лечения 62 больных псориазом. Процедуры узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм осуществляли на установке Waldmann UV-7001K с использованием ламп TL-01, генерирующих излучение на длине волны 311 нм. Определение концентраций ЭФР, ЭФР-Р, ТФР-β в сыворотке крови, лимфоцитах периферической крови и коже проводили иммуноферментным анализом на аппарате Biosource, USA.

Результаты: исследование показателей системы факторов роста выявило ряд особенностей у больных псориазом по сравнению с таковыми у здоровых лиц установлено повышение исходного уровня провоспалительных факторов роста ЭФР и ЭФР-Р у всех больных псориазом, как на системном, так и на тканевом уровне, по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы: ЭФР в коже ($p < 0,05$) и сыворотке крови ($p < 0,05$), ЭФР-Р в лимфоцитах периферической крови ($p > 0,05$), коже ($p < 0,05$) и сыворотке крови ($p < 0,05$).

Анализ результатов исследования показателей ТФР-β, обладающего выраженной антипролиферативной активностью, показал достоверное снижение исходной его концентрации в коже у всех больных псориазом. При этом была выявлена обратная корреляционная зависимость его уровня от тяжести клинических проявлений псориаза ($r = -0,67$): средний показатель у больных с легкими проявлениями кожного процесса составил $209,4 \pm 11,0$ пкг/мг, в то время как у больных со среднетяжелыми и тяжелыми проявлениями заболевания — $190,0 \pm 9,3$ пкг/мг, у здоровых лиц $243,0 \pm 6,5$ пкг/мг, $p < 0,05$.

Динамика концентрации ТФР-β в сыворотке и лимфоцитах крови имела противоположную направленность по сравнению с таковой в коже. Так, его исходный уровень в сыворотке крови у больных с легкими проявлениями псориаза имел лишь тенденцию к повышению, составив $14,2 \pm 0,9$ нг/мл ($p > 0,05$), в то время как у больных со среднетяжелыми и тяжелыми проявлениями кожного процесса показатель был достоверно повышен и достигал $16,0 \pm 0,2$ нг/мл (по сравнению с $12,5 \pm 0,52$ нг/мл в группе контроля, $p < 0,05$). В лимфоцитах периферической крови в обеих группах больных независимо от тяжести процесса достоверных изменений показателя не выявлено ($p > 0,05$).

При анализе результатов лечения было установлено, что после УФВ-311 нм разрешение псориазических высыпаний сопровождалось нормализацией (или тенденцией к ней) содержания всех факторов роста: ЭФР в сыворотке крови — $395,7 \pm 23,0$ пкг/мл ($p > 0,05$); в коже — $2,4 \pm 0,05$ пкг/мг белка ($p > 0,05$); ЭФР-Р в лимфоцитах крови — $1,25 \pm 0,08$ нг/ 10^6 кл ($p > 0,05$), в коже — $1,49 \pm 0,016$ нг/мг белка ($p < 0,05$) и в сыворотке крови — $0,895 \pm 0,009$ нг/мл ($p > 0,05$). Кроме того, у пациентов обеих групп концентрация ТФР-β в сыворотке крови ($12,4 \pm 0,4$ и $13,4 \pm 0,38$ нг/мл) и в лимфоцитах крови ($205,6 \pm 19,7$ и $215,1 \pm 16,0$ пкг/ 10^6 клеток) не отличалась от показателей контрольной группы. В коже выявлена тенденция к нормализации изучаемого параметра: повышение его до $230,5 \pm 4,3$ пкг/мг белка у пациентов с легкими и до $227,0 \pm 10,1$ пкг/мг белка — у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания.

Выводы: выявленные изменения в системе факторов роста (эпидермального фактора роста и его рецептора, трансформирующего фактора роста-β) у больных распространенным псориазом свидетельствуют об их вовлечении в патогенетические механизмы развития заболевания.

Нормализация изучаемых параметров у больных псориазом после курса УФВ-311 нм терапии свидетельствует об антипролиферативном и супрессивном эффекте данного вида лечебного воздействия, что позволяет отнести его к одному из методов патогенетической терапии псориаза.

Лечение и дерматокосметическая коррекция угревой болезни препаратами линии Эксфолиак

Быстрицкая Т.Ф., Быстрицкая Е.А., Чернакова Н.Н.

КВКД №8, г. Москва

Цель: провести анализ эффективности применения препаратов серии Эксфолиак фирмы Merck при лечении угревой болезни.

Материалы и методы: под наблюдением в течение 8 недель находилась 70 человек (30 мужчин и 40 женщин, в возрасте от 16 до 25 лет) с 1–2 степенью тяжести акне. В 1 группу вошли пациенты с 1 степенью тяжести акне — 23 человека, которые использовали Эксфолиак 10 крем 2 раза в день. Крем наносили на предварительно очищенную Эксфолиак гелем кожу. Во 2

группу вошли пациенты со 2 степенью тяжести акне — 47 человек, которые использовали Эксфолиак 15 крем 2 раза в день. Препараты наносили на предварительно очищенную Эксфолиак гелем кожу.

Для корректирующего и маскирующего эффекта применялся Эксфолиак тональный крем.

Результаты: у 20 пациентов из 1 группы и 45 — из 2 группы отмечались уменьшение количества папул и пустул, на комедоны лечение выраженного эффекта не оказало. У всех пациентов до папуло-пустулезной и пустулезной формой угревой болезни отмечали улучшение текстуры кожи, выравнивания рельефа. Побочные действия не отмечались.

Выводы: препараты Эксфолиак дают лучшие результаты при преобладании папуло-пустулезной и пустулезной формы акне.

Наличие в серии препаратов кремов различной концентрации дает возможность более точного подбора лечебного препарата.

Наличие в серии Эксфолиак гелей для умывания и тональных кремов позволяет комплексно решать проблему ухода и коррекции эстетических дефектов при угревой болезни.

Сравнительный анализ применения цикактива и солкосерила после деструкции папиллом

Быстрицкая Т.Ф., Быстрицкая Е.А., Чернакова Н.Н.

КВКД №8, г. Москва

Цель: провести сравнение эффективности применения цикактива — эмульсии, ускоряющей и улучшающей качество регенерации кожи после вапоризации лазером, и солкосерил геля — регенерирующего препарата.

Материалы и методы: под наблюдением находились 120 больных (25 мужчин и 95 женщин, в возрасте от 20 до 45 лет) с папилломами в области век, размером от 0,2 до 0,8 см в диаметре, давностью заболевания от 1 месяца до 2,5 лет.

В процессе исследования были сформированы 2 группы пациентов: в 1-ю группу вошли пациенты, использующие после лазерной вапоризации спиртовой раствор календулы и солкосерил гель 2 раза в день в течение 7 дней (49 человек), во 2-ю были включены пациенты, использующие после лазерной вапоризации спиртовой раствор календулы и цикактив 2 раза в день в течение 7 дней (71 человек).

Всем пациентам проводилась лазерная вапоризация элементов высокоинтенсивным лазерным излучением на аппарате АДХ/2.5–01 (полупроводниковом, диодном, инфракрасном лазере, длиной волны 0,98 нм) в импульсном режиме. Воздействие осуществлялось мощностью от 0,8 Вт до 2,2 Вт в зависимости от размеров образований. Суммарное время воздействия лазерного излучения составляло от 20 секунд до 1 минуты.

Результаты: при применении солкосерил геля в 1 группе наблюдались следующие результаты: образующиеся в результате лазерной вапоризации «лазерные эрозии» заживали первичным натяжением в сроки от 7 до 14 дней с сохранением остаточных болезненных ощущений первые 3 дня. У 9 пациентов отмечалось образование на месте эрозии гипопигментации.

При совместном применении цикактива во 2 группе были отмечены следующие результаты: образующиеся в результате лазерной вапоризации «лазерные эрозии» заживали первичным натяжением в сроки от 5 до 7 дней, без каких-либо неприятных ощущений. Гипопигментации и гиперпигментации на местах эрозий не отмечались.

В обеих группах не наблюдалось формирования келоидных рубцов.

Выводы: опыт применения цикактива показывает эффективность его включения в комплекс лечения папиллом после проведения лазерной деструкции. При этом наблюдались обезболивающий эффект в месте нанесения, заживление первичным натяжением «лазерных эрозий», отсутствие гиперпигментации, гипопигментации, формирования келоидных рубцов (улучшение качества регенерации кожи), сокращение сроков эпителизации.

Эффективность применения препаратов цинка при лечении больных себорейным дерматитом

Варданян К.Л.

МГМСУ, г. Москва

Цель: определить клиническую эффективность геля регецин при лечении больных себорейным дерматитом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 18 до 43 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 15 лет, из них 19 мужчин и 11 женщин. Диагноз себорейного дерматита основывался на характерной клинической картине, обнаружении дрожжеподобных грибов при микроскопии и наличии характерного кораллового свечения для малассезиозов под лампой Вуда.

Всем больным, находившимся под наблюдением, применяли гель регецин два раза в день в течение двух недель. Больным с легкой степенью себорейного дерматита гель назначали в качестве монотерапии, больным со средней степенью тяжести — в комплексе с противовоспалительными средствами. Динамику изменения основных клинических симптомов себорейного дерматита оценивали по данным дерматологического индекса шкалы симптомов.

Результаты: в течение проводимой терапии средний балл интенсивности эритемы до лечения у больных составлял 2,36 по трёхбалльной шкале, через 7 дней от начала лечения — 0,97, через 14 дней — 0,43. При исследовании отдалённых результатов через 2–3 недели после окончания лечения средний балл интенсивности эритемы составил 0,23.

Средний балл интенсивности шелушения до лечения у больных составлял 2,6, через 7 дней — 1,5 балла, через 14 дней — 0,47 баллов, через 2–3 недели после окончания лечения 0,3 балла. Интенсивность зуда у больных до лечения была незначительной, средний балл которой составлял 0,7. К 7 дню терапии зуд разрешился у всех больных. Через 3 недели после окончания терапии периодический слабый зуд беспокоил 2 больных. Основные клинические признаки себорейного дерматита, такие как эритема, шелушение и зуд, разрешились у 19 (79,16%) пациентов к концу первой недели терапии, у 5 (20,83%) — к концу второй недели.

При микроскопическом исследовании до лечения у всех больных были обнаружены дрожжеподобные грибы. В результате проведённой терапии через 2 недели дрожжеподобные грибы определялись только у 8 человек.

При инструментальном исследовании с помощью лампы Вуда до лечения коралловое свечение, характерное для «малассезиозов» определялось у 27 (90%) пациентов, после лечения и через 2–3 недели после окончания терапии — у 7 (20,5%).

При анкетировании больных отмечена хорошая переносимость геля регецин, отсутствие побочных и аллергических реакций. Гель удобен в применении: быстро впитывается, не пачкает волосы, не оставляет жирного блеска. Препарат может применяться в летнее время, так как не обладает фотосенсибилизирующим свойством.

Выводы: при лечении больных себорейным дерматитом констатирована высокая терапевтическая эффективность геля регецин и его противогрибковая активность в отношении условно-патогенных дрожжеподобных грибов.

На основании результатов клинического исследования гель регецин можно рекомендовать качестве монотерапии, а также в составе комплексного лечения больных себорейным дерматитом.

Опыт применения комплекса фолтене фарма против перхоти

Верхогляд И.В., Пинсон И.Я.

РМАПО, кафедра дерматовенерологии и клинической микологии, клиника лазерной дерматологии «Гарвей Ор», ФГУ Больница с поликлиникой Управления Делами Президента РФ, г. Москва

Цель: оценка эффективности комплекса фолтене фарма против перхоти. Комплекс состоит из шампуня и лосьона. Активными компонентами шампуня фолтене фарма против перхоти являются: пироктон оламин, салициловая кислота и витамин В5. Лосьон фолтене фарма против перхоти содержит климбазол и комплекс витаминов (А, В5, С, Е, РР) и аминокислот.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 23 пациента с проявлениями перхоти. Группа была представлена 10 женщинами и 13 мужчинами в возрасте от 14 до 43 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 3 лет. Всем пациентам назначались препараты фолтене фарма против перхоти: шампунь 2–3 раза и лосьон 3 раза в неделю.

Результаты: оценка проводилась через 30 и 60 дней, учитывались уменьшение десквамации, воспаления и зуда. Через 30 дней применения комплекса исчезновение признаков перхоти отмечалось у 20 пациентов (85,2%). Через 60 дней перхоть исчезла у 21 пациента (92,8%). У двоих пациентов отмечалось значительное снижение шелушения, исчезновение зуда, однако полного регресса не наблюдалось. Все пациенты отметили комфортабельность и хорошую переносимость препаратов. В дальнейшем им назначался курс поддерживающей терапии дважды в год весной и осенью, применялся шампунь фолтене фарма против перхоти.

Выводы: комплекс препаратов фолтене фарма против перхоти является высоко эффективным. Активные компоненты действуют на различные звенья формирования перхоти. Комбинация противогрибковых компонентов пироктон оламина и климбазола оказывает синергическое губительное действие на грибы рода *Malassezia*, салициловая кислота устраняет шелушение, витамин В5 обладает противовоспалительным эффектом. Комплекс удобен в использовании и не имеет побочных эффектов, поэтому может быть рекомендован для широкого применения.

Терапия атопического дерматита с использованием эксимерного лазера с UVB 308 нм

Верхогляд И.В., Пинсон И.Я.

Кафедра дерматовенерологии РМАПО, клиника лазерной дерматологии «Гарвейор» при ФГУ Больница с поликлиникой УД Президента РФ, г. Москва

Цель: изучение эффективности эксимерного лазера Xtraq (Photomedex, США) с UVB 308 нм у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находился 91 пациент с атопическим дерматитом, среди которых 75 пациентов с ограниченными формами и 16 — с распространенной формой в возрасте от 5 до 32 лет, с давностью заболевания от полугода до 15 лет. Обработка проводилась с помощью эксимерного лазера со следующими характеристиками: длина волны 308 нм, плотность энергии во время экспозиции 50–1200 мДж/см², продолжительность импульса 0,5–20 сек, диаметр светового пятна 23х23 мм. Лечение проводилось в виде комплексной терапии. Фотопроцедуры назначались на очаги поражения по методике двух — и трехразового облучения в неделю после определения минимальной фотоэритемной дозы (МЭД), наряду с этим назначалась антигистаминная, гипосенсибилизирующая и детоксикационная терапия, гипоаллергенная диета. В зависимости от типа кожи (по Фитспатрику) дозу UVB увеличивали в 1,5–2 раза по сравнению с МЭД пациента, но не более, что позволяло избегать побочных эффектов.

Результаты: после проведенного лечения у 75 больных было достигнуто клиническое излечение, у 13 — значительное улучшение (редукция SCORAT), у трех пациентов эффекта не наблюдалось. В среднем для получения терапевтического эффекта требовалось от 4 до 15 процедур в течение 2–5,5 недель с суммарной дозой UVB 296–315 нм от 50 мДж/см² до 1200 мДж/см², при этом выявлялась обратная связь между дозой UVB и количеством процедур (чем выше была разовая доза, тем меньшее количество сеансов проводилось). В процессе лечения у 7 пациентов отмечалось небольшое покраснение и зуд. В 5 наблюдениях в локальных областях у больных отмечалась реакция по типу фотодерматита без образования пузырей, которая самопроизвольно разрешалась через 1–2 дня после процедуры. Других нежелательных побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: лечение ограниченных и распространенных форм атопического дерматита с помощью эксимерного оборудования является современным высокоэффективным методом. Преимуществом метода можно считать хорошую переносимость, небольшой риск побочных эффектов, отсутствие облучения участков кожи свободных от высыпаний, минимальный риск канцерогенеза благодаря локальному воздействию и относительно низкой суммарной дозе облучения. Кроме того, он не требует применения фотосенсибилизаторов. Метод особенно рекомендован при локальных поражениях кожи у больных атопическим дерматитом.

Использование фотосенса при проведении фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Соколова Т.В., Рябов М.В.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ, ГИУВ МО РФ, г. Москва

Цель: разработка оптимальных режимов ФДТ БКРК с фотосенсибилизатором фотосенсом.

Материалы и методы: в ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ и ГВКГ им. Н.Н. Бурденко лечение методом ФДТ проведено 106 больным с БКРК. Больные с первичным и рецидивным БКРК встречались практически одинаково часто (51% и 49% соответственно). Рецидивы встречались преимущественно после хирургического иссечения опухолей, криодеструкции и

лучевой терапии. При первичном БКРК возрастная группа была несколько старше, чем при рецидивном, однако эти различия статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Использовались лазерные установки ИННОВА–200, МЕТАЛАЗ, ПОЛЮС–2, МИЛОН, КЕРАЛАЗ. Выходная мощность лазера составляла 0,1–2,0 Вт. Во время лечения плотность мощности излучения была от 0,1 до 0,8 Вт/см². Количество вводимого внутривенно фотосенсибилизатора рассчитывалось на кг массы тела больного и составляло от 0,3 до 1,0 мг/кг. Длительность облучения зависела от размера опухоли и составляла от 30 секунд до 8 минут.

Результаты: у 106 больных было 482 очага БКРК. Среди клинических вариантов БКРК преобладала солидная (64,9%) форма. Реже встречалась поверхностная (29,1%). Редко регистрировались язвенная (4,8%), пигментная (0,8%) и склеродермо–подобная (0,4%) формы. Преобладали большие с единичными очагами БКРК — 59 больных (55,7%). По два очага было у 6 пациентов (5,7%), три — у 8 (7,5%), более трех — у 33 (31,3%). Локализация БКРК преобладала на голове (84,2%).

Для ФДТ использовали дозы световой энергии от 50 до 500 Дж/см². Наиболее оптимальной дозой для поверхностных очагов была доза 100–200 Дж/см², солидных образований — 200–300 Дж/см², язвенных, экзофитных форм БКРК и опухолей с глубоким инфильтративным ростом — 300–500 Дж/см². Полная резорбция опухолей наступила у 91 (85,9%) больного, частичная — у 15 (14,1%). Оба результата принято оценивать как положительный терапевтический эффект. Абсолютной резистентности опухолей к ФДТ не обнаружено. Из 15 больных с ЧР опухолей 4 проведен повторный курс ФДТ, а остальным — электрокоагуляция, после чего в процессе наблюдения отмечена полная резорбция опухолей. При диспансерном наблюдении за 91 больным БКРК с ПР опухолей в сроки от 4 до 60 мес. (в среднем 19,4 мес.) рецидивы опухолей выявлены в 24,2% наблюдений. Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что ФДТ с фотосенсибилизатором фотосенсом существенно расширяет арсенал средств лечения как первичного, так и рецидивного рака кожи.

Выводы: разработанные режимы светового воздействия при ФДТ БКРК с фотосенсом позволили достичь высоких результатов. Полная резорбция опухолей наступила в 85,9% случаев, частичная — в 14,1%.

Эффективность ультрафиолетовой терапии больных экстрагенитальным склероатрофическим лихеном

Волнухин В.А., Выборнова О.В., Мурадян Н.Л.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценка эффективности лечения больных экстрагенитальным склероатрофическим лихеном методами пероральной ПУВА–терапии, локальной ПУВА–терапии и УФА–1 терапии (длина волны 340–400 нм).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 8 больных экстрагенитальным склероатрофическим лихеном в возрасте от 19 до 58 лет (7 женщин, 1 мужчина) с продолжительностью заболевания от 5 до 25 лет. Трём пациентам проводили общую ПУВА–терапию с пероральным применением фотосенсибилизатора аммифурина (на курс 40–65 процедур). Двое больных получали локальную ПУВА–терапию с наружным нанесением на очаги поражения 0,3% спиртового раствора аммифурина (18 и 58 процедур на курс). Трём пациентам проведена УФА–1 терапия с разовой дозой облучения 20 Дж/см² (на курс 20–30 процедур). Во всех случаях ультрафиолетовая терапия назначалась в виде монотерапии. После курса лечения у каждого пациента в процентах рассчитывали индексы уменьшения площади индурации кожи, интенсивности эритемы и интенсивности индурации кожи, а также общий индекс уменьшения поражения кожи.

Результаты: в группе пероральной ПУВА–терапии у 1 больного достигнуто клиническое выздоровление, у 1 — значительное улучшение, у 1 — улучшение, в группе локальной ПУВА–терапии у 1 больного констатировано значительное улучшение, у 1 — отсутствие эффекта. После курса УФА–1 терапии у 1 больного наблюдали значительное улучшение, у 2 — улучшение. Как ПУВА–терапия, так и УФА–1 терапия приводили к регрессу эритемы, индурации и площади индурации, а также уменьшению атрофии и депигментации кожи. После курса общей ПУВА–терапии средние значения интенсивности эритемы, интенсивности индурации и площади индурации уменьшились соответственно на 94, 52 и 51%, после локальной ПУВА–терапии — на 50, 18 и 8%, после УФА–1 терапии — на 44, 45 и 15%. Средние значения индекса уменьшения поражения кожи составили при общей ПУВА–терапии 66%, при локальной ПУВА–терапии — 28%, при УФА–1 терапии — 46%.

Процедуры ультрафиолетовой терапии большинством пациентов переносились хорошо. У 2 больных наблюдали диспепсические расстройства, связанные с приёмом аммифурина внутрь, у 1 больной — болезненность кожи в очагах поражения при проведении локальной ПУВА–терапии.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности лечения экстрагенитального склероатрофического лихена методами ПУВА–терапии и УФА–1 терапии. По сравнению с ПУВА–терапией, метод УФА–1 терапии является более безопасным, поскольку не требует использования фотосенсибилизаторов и обладает меньшим количеством побочных реакций.

Эфферентная терапия прогрессирующего распространённого псориаза

Воробейкина Н.А., Воронина Л.Г., Гончар–Зайкин А.П.

ОрГМА, г. Оренбург

Цель: изучение патогенетической роли детоксикационной и гемокорректирующей терапии мембранно–фильтрационным плазмаферезом (МФП) в начале прогрессивной стадии распространённого псориаза.

Методы: исследование проводилось в составе рандомизированных групп в период с 2003 по 2006 год. Основную группу составили 43 пациента в прогрессирующей стадии распространённого псориаза, которым в базовую терапию был включен программный аппаратный плазмаферез. В группу сравнения вошли 35 больных, которым проводилась традиционная медикаментозная и физиотерапевтическая терапия. Распределение по группам носило произвольный характер и проводилось методом «конвертов». Все пациенты — мужчины в возрасте от 27 до 46 лет, военнослужащие, без значительной сопутствующей патологии.

Результаты: протокол лечения предусматривал курс МФП, назначаемый сразу после поступления больного в отделение. При этом обязательным было изучение иммунного статуса, включающие определение клеточного и гуморального иммунитета и количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Маркерами активности патологического процесса являлись показатели полипептиды средней молекулярной массы (ПСММ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ЦИК. Плазмаферез

проводили по стандартной методике на аппарате «Гемос», применяя плазменные фильтры ПФ–800. Одновременно за сеанс экстрагировалось 800–1200 мл плазмы. Восполнение утерянного плазменного объема проводилось вливанием водного раствора электролитов «плазма–лит 148» (производства «Бахтер») в объеме 1000–1500 мл. Для внутриаппаратной стабилизации крови использовался антикоагулянт АСА–А на декстрозе. Общая гепаринизация проводилась в дозе 250 ед на 1 кг массы больного. Курс лечебного плазмафереза включал от 3 до 5 сеансов, в результате которого удалялся до 1,5 объема циркулирующей плазмы (ОЦП). Удаление более 3,5–4,0 литров плазмы плохо переносилось больными и требовало включения в инфузионное возмещение белковых сред и препаратов крови, что стимулировало аутоиммунные процессы.

У всех больных в начале лечения отмечался умеренный лейкоцитоз, преимущественно за счет повышенного количества лимфоцитов, увеличение ЛИИ до 2,5–4,0. Увеличение показателей ПСММ и ЦИК в 2–2,5 раза, повышение количества иммуноглобулинов Е и G. Индекс PASI равнялся $29,2 \pm 3,0$. Клинически псориаз проявлялся различной степенью поражения кожи при этом ДИШС превышал 18 у всех пациентов, а в 30% достигал 22. Включение в протокол экстракорпоральной гемокоррекции позволяло отмечать позитивную динамику начиная со второго сеанса, т.е. на 4–5 день, в то время как положительные клинические результаты при традиционном лечении обеспечивались не ранее 10 суток. Проллиферативные высыпания приобретали тенденцию к регрессии, бледнели, очищались от чешуек, уплощались и бледнели, оставляя умеренно пигментированные участки, которые в последствии исчезали. ДИШС снижался в основной группе вдвое к концу первой недели лечения в группе сравнения не ранее середины второй. Завершение прогрессирующей стадии достоверно происходило в 1,5–2 раза ($p < 0,05$) быстрее при применении раннего плазмафереза. Сокращалась продолжительность стационарной стадии. Устойчивая ремиссия и снижение индекса PASI до $8,5 \pm 2,1$ ($p < 0,05$) удавалось добиться после проведения курса плазмафереза на 5–10 дней раньше, чем при лечении традиционными препаратами и методами.

Выводы: раннее включение фильтрационно–мембранного плазмафереза с умеренным количеством эксфузируемой плазмы и возмещением ее водно–электролитными сбалансированными детоксирующими растворами патогенетически обосновано и эффективно в прогрессирующей стадии распространенного псориаза.

К вопросу медикаментозной терапии прогрессирующего распространенного псориаза

Воробейкина Н.А., Воронина Л.Г., Гончар–Зайкин А.П.

ОрГМА, г. Оренбург

Цель: определение клинической эффективности инфузионного препарата «реамберин» (произв. ООО НТФФ «Полисан», г. Санкт–Петербург) в комплексной детоксикационной терапии распространенного псориаза.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ эффективности лечения прогрессирующей стадии распространенного псориаза, в протокол которого на роль детоксикационного селективного средства включен 1,5% инфузионный раствор «реамберина», действующим ключевым фактором которого является N–(1–дезоксид–D–глюцитол–1–ил)–N–метиламония, натрия сукцинат в количестве 15,0 г в 1 литре раствора (суточная доза протокола — 6,0 г). Для оценки терапевтической эффективности препарата при псориазе мы применяли его у 27 больных (21 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 31 до 55 лет. У всех больных псориаз носил распространенный характер, из них у 5 констатировалась псориазическая эритродермия, у 6 — эксудативный и 2 — артропатический псориаз. Сравнение результатов лечения проводилось ретроспективно изучением 50 историй болезней пациентов подобных по клинической картине и течению заболеваний больных изучаемой группы. Основными показателями эффективности были маркеры эндотоксикоза ЛИИ, ПСММ, ЦИК, иммуноглобулины Е и G. Общая оценка эффективности оценивалась индексом PASI. Статистическая обработка полученных материалов осуществлялась компьютерной программой Statistica 6,0

Результаты: раствор «реамберина» вводили больным внутривенно со скоростью 40 кап. в 1 мин. в дозе 400 мл ежедневно (от 4 до 6 раз), избегая назначать другие активные методы детоксикации, и в первую очередь эфферентные. Исключения были сделаны для гемоделиции и форсированного диуреза, проводимым по стандартным методикам. У 16 больных псориазом препарат применялся в комплексе с витаминами, общим УФО и наружным лечением. При частых обострениях, кроме того, проводили соответствующее симптоматическое, а при необходимости и седативное лечение. У 7 больных «реамберин» применяли как единственную форму парентеральной терапии, которую дополняли лишь смазыванием очагов поражения 2% салициловой и «нафтодермом» и общим УФО.

Клиническая картина и динамика снижения показателей индекса PASI с $28 \pm 3,0$ до $12 \pm 1,5$ в течение первой недели лечения указывает на положительный результат, однако степень их выраженности оказалась различной. У 14 пациентов применение «реамберина» как одного из компонентов общей противовоспалительной и детоксикационной терапии привело к быстрому и отчетливому усилению положительного эффекта упомянутого комплексного лечения, что отражалось как на общем самочувствии, показателе крови, так и на состоянии исходно пораженной кожи и способствовало сокращению сроков нахождения в стационаре. Отчетливый клинический эффект возникал при сравнительно свежих, эксудативных и диссеминированных папулезных и мелкобляшечных проявлениях псориаза и в то же время отсутствовал. В тех случаях, когда в патогенезе рецидивов псориаза большое значение имели свежие глубокие или продолжительные психические травмы, «реамберин» также был менее эффективен.

Выводы: включение в протокол детоксикационной терапии препарата «реамберин» в стадии прогрессирующего распространенного псориаза эффективно при комплексном лечении.

Дифференциально–диагностическая значимость гистологического исследования при очаговом облысении

Гаджигорова А.Г., Катунина О.Р., Лаврова Ю.Е.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Очаговое выпадение волос в области волосистой части головы не является самостоятельной нозологической единицей и может быть симптомом разных заболеваний: сифилитической инфекции, трихомикоза, гнездовой алопеции, трихотилломании, муцинозной алопеции и пр. Тщательный клинический осмотр и клинико–лабораторная диагностика на ранних стадиях позволяют исключить или подтвердить наличие инфекционного агента в развитии заболевания. Однако исключение инфекционной природы облысения не гарантирует постановку правильного диагноза. В сомнительных случаях следует прибегнуть к биопсии.

Материалы и методы: в центр «Здоровые волосы» ежегодно обращаются более 4 тыс. человек. В сомнительных для диагноза и прогноза лечения случаях у пациентов берётся биопсия кожи в очаге поражения. Проанализированы результаты биопсий, взятые в период с января 2004 г. — по декабрь 2006 г. у пациентов с жалобами на очаговое выпадение волос. С диагностической целью были исследованы образцы биопсий 104 пациентов. Из них диагноз «гнездная алопеция» был верифицирован в 62 случаях; в 42 случаях на основании гистологического исследования был выставлен диагноз «муцинозная алопеция». Основное различие при изучении гистологических препаратов заключалось в выявлении отложений муцина в эпителиальном влагилице волосяного фолликула при дополнительном окрашивании образцов толуидиновым синим.

Результаты: несмотря на сходность клинической картины двух нозологических форм облысения, прогноз для пациента различен. Выявление муцинозной алопеции требует более тщательного клиничко-лабораторного обследования. Традиционно выделяют два различных типа муцинозной алопеции: первичную идиопатическую и вторичную, связанную с лимфомой и рассматриваемую как предракоевое состояние или как вялотекущую форму фолликулярного грибкового микоза с хорошим прогнозом. Как вторичный процесс, муцинозный отёк может также наблюдаться при тяжёлом гипотиреозе. Этиопатогенез муцинозной алопеции до конца не ясен. Антигенный стимул, формирующийся в волосяном фолликуле, вызывает T-клеточный опосредованный фолликулотропный ответ. В основе заболевания лежат эндогенные и экзогенные причины, включая поверхностную инфекцию *S. aureus*. Интрафолликулярное отложение муцина сочетается, как правило, с T-клеточным перифолликулярным инфильтратом. Акантолиз, цитоллиз или отложения муцина приводят к разрушению фолликула и выпадению волос. Остатки муцина утилизируются воспалительными клетками. Достоверные гистопатологические критерии для отличия доброкачественного и связанного с малигнизацией облысения отсутствуют. Определённые особенности гистопатологической картины можно полностью интерпретировать только в связи с особенностями клинической картины заболевания.

Выводы: обнаружение муцинозной алопеции, связанной с малигнизацией, требует противоопухолевой терапии. В нашем консультативно-диагностическом центре все случаи выявления муцинозной алопеции имели хроническое доброкачественное течение. Такой характер заболевания предполагает долгосрочное наблюдение с регулярными осмотрами, в том числе пальпацией лимфоузлов как у детей, так и у взрослых. При ограниченном поражении волосистой части головы наружно назначались кортикостероиды или бетаметазона динатрия фосфат/бетаметазона дипропионат внутриможно в очаги поражения. В случае распространения процесса на другие очаги кожной поверхности лечение проводили системными кортикостероидами или применяли UV A с фотосенсибилизатором. Эффект от лечения переменный.

Лечение псориаза волосистой части головы

Галлямова Ю.А.
РМАПО, г. Москва

Цель: оценка эффективности, безопасности и удобства применения комплексного гомеопатического препарата «Псорилон» и лекарственной косметики серии «Псорилон» у больных вульгарным псориазом волосистой части головы.

Материалы и методы: клинические наблюдения проводились за 36 пациентами, страдающими псориазом волосистой части головы, в возрасте от 15 до 52 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 18 лет. У 13 больных наблюдалась себорея (жидкая, густая, смешанная). Все больные ранее неоднократно лечились в различных медицинских учреждениях и до лечения были клинически обследованы. Органической патологии со стороны внутренних органов, эндокринной и нервной систем не выявлено. Контроль лечения, помимо клинических данных и субъективной оценки, включал подсчет выпавших волос при потягивании пучка волос. Через 3–7 дней от начала лечения, после купирования основных островоспалительных явлений, когда в клинической картине доминирующими симптомами являлись: инфильтрация, слабовыраженная эритема, незначительное шелушение и умеренный зуд, к стандартной терапии больных в качестве дополнительного комплексного компонента присоединяли гомеопатический препарат «Псорилон» внутрь и наружно серию лечебной косметики «Псорилон». У 20 больных, ввиду ограниченности высыпаний, препарат «Псорилон» назначался в виде монотерапии в сочетании с наружными средствами «Псорилон». Согласно инструкции, препарат «Псорилон» пациенты принимали по 8 гранул 3 раза в сутки за 30 минут до еды или через 2 часа после еды. Выбор таких форм псориаза продиктован в первую очередь нецелесообразностью назначения комплексных гомеопатических средств больным с тяжёлыми клиническими формами псориаза и с диффузными поражениями кожного покрова, требующими назначения интенсивной супрессивной или цитостатической терапии. Кроме того, учитывалась особенность гомеопатической терапии (в начале лечения гомеопатическими лекарствами возможно усиление симптомов основного заболевания). Также нами преследовалась цель — оценить эффективность и комплаентность сразу нескольких лекарственных форм серии «Псорилон» у социально активных больных, совмещавших работу и лечение. Наружная терапия состояла из спрея, шампуня и бальзама для волос серии «Псорилон». Кратность использования спрея «Псорилон» подбиралась индивидуально в среднем 2–3 раза в день или более в течение дня. Распыление производили одновременно на все очаги. Шампунь «Псорилон» назначался ежедневно с экспозицией до 2 минут. Шампунь серии «Псорилон», который содержит березовый деготь, экстракт череды, зверобоя и чистотела, действующие противовоспалительно и антисептически. После каждого мытья головы пациенты использовали бальзам для волос с одноименным названием. Крем «Псорилон» наносился на патологические участки, локализирующиеся на гладкой коже лица и шеи у больных с себореей, тонким слоем 2–3 раза в день.

Результаты: уже спустя несколько дней после начала лечения, большинством больных отметили положительный результат терапии: исчезновение зуда, чувства стянутости и напряжения кожи волосистой части головы, уменьшение шелушения. Максимальный эффект отмечен у тех пациентов, которые кроме псориаических высыпаний на волосистой части головы, имели признаки себореи. В течение всего курса лечения отмечалась хорошая переносимость препаратов и не наблюдалось каких-либо побочных действий, в том числе фототоксических и фотоаллергических реакций. Ни один больной не отказался от предложенной терапии. Однако у одного больного 45 лет на 5 сутки приема комплексного препарата «Псорилон» проявилось гомеопатическое обострение, которое клинически проявилось в усилении зуда, шелушения и эритемы в очагах поражения. Скорее всего, это можно было объяснить отягощенным аллергоанамнезом пациента. К 5–7 дню лечения побочные эффекты самостоятельно разрешились без проведения дополнительных медицинских мероприятий. В течение 2 недель у подавляющего большинства больных данной группы (80%, n=12) практически разрешился патологический процесс. У больных, страдающих только псориазом, результативность лечения оказалась несколько ниже, но тоже достаточно высокой — 68,2% (n=15). Такая разница в показателях, скорее всего, объясняется фунгистатическим и антисептическим свойствами шампуня «Псорилон», который в связи с этим оказывает воздействие на возбудителя себореи — *Pityrosporum ovale*. Наиболее выраженный результат от проводимой терапии

наблюдался нами через 4 недели непрерывного лечения, почти у всех больных с сопутствующей себореей (93%) полностью разрешился патологический процесс. Такой же высокий терапевтический эффект наблюдался и в другой группе исследуемых у 86,4%. Переносимость лекарственной косметики была хорошей. Пациентам с себореей косметика «Псорилон» в дальнейшем была рекомендована как средство по уходу за проблемной кожей. Все больные отмечали не только лечебный эффект бальзама «Псорилон», но и его косметическую приемлемость, что позволяет использовать его в повседневном уходе за волосами.

Выводы: таким образом, проведенные нами наблюдения показали четкую эффективность, безопасность и хорошую переносимость комплексного лечения препаратами серии «Псорилон» (гранулы, крем, спрей, шампунь, бальзам для волос). Лечение препаратами серии «Псорилон» способствует более быстрому разрешению патологического процесса и улучшению общего состояния больного. Лечебный комплекс «Псорилон» не вызывает побочных эффектов и нежелательных реакций, хорошо сочетается с традиционными методами лечения. Отзыв пациентов о косметической приемлемости препаратов был положительным. Данный комплекс оказался наиболее эффективным у больных псориазом волосистой части головы и себореей.

Гепа–мерц в терапии псориазической болезни

Гараева З.Ш., Каратай Р.С., Мясникова Г.Р.
КГМА, г. Казань

Цель: оценить влияние гепа–мерца на клинико–лабораторные показатели у больных псориазом, ликвидаторов последствий чрезвычайных ситуаций.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 25 больных распространенным псориазом в возрасте от 25 до 56 лет.

Тяжесть псориаза и эффективность проводимой терапии оценивалась по индексу PASI, который в настоящее время широко используется в клинических и научных исследованиях. Кроме того, больные проходили анкетирование, при котором необходимо было ответить на ряд вопросов, в том числе о наличии «вредных» привычек и «психологического дискомфорта», связанного с особенностями профессии пациентов и др. Также обследуемым больным было предложено пройти ряд психометрических тестов (тест связи чисел и тест линии). Лабораторная диагностика включала в себя общепринятые в терапевтических стационарах исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи. В качестве гепатопротектора в дополнение к комплексной стандартной терапии был использован гепа–мерц (по 15 г в день в/в 6 дн.)

Результаты: «Психологический дискомфорт» на работе испытывают 87% опрошенных больных, что, по их мнению, способствует поддержанию «вредных» привычек. Психометрический тест (тест линия) 15 пациентов выполнили в среднем за 125 с (норма 45–60 с). У 10 пациентов время тестирования заняло в среднем 80 с. Лабораторные исследования, проведенные нашим больным, также способствовали выявлению различных нарушений. Так, в 58% случаев были выявлены высокие значения АЛТ (34 ед/л), АСТ (68 ед/л), общего билирубина (32,9 мкмоль/л), прямого билирубина (12,3 мкмоль/л). Лимфоцитоз был выявлен у всех больных, анемия различного генеза в 37% случаев.

Выводы: таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии скрытой печеночной энцефалопатии у 14 из 25 обследуемых нами больных псориазом. У остальных больных также были выявлены различные нарушения обменных процессов, связанные прежде всего с патологией печени. После лечения клинико–лабораторное улучшение отмечалось у всех больных, количество проведенных в стационаре дней в среднем сократилось на 7 койко–дней.

Гепа–мерц является препаратом выбора для комплексной терапии больных псориазом, ликвидаторов последствий чрезвычайных ситуаций.

Опыт сочетанного применения 70% гликолевой и 15% трихлоруксусной кислот при поставке

Гордеева А.М.
КГМА, г. Казань

Цель: оценка эффективности сочетанного применения 70% гликолевой и 15% трихлоруксусной кислот при поставке.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 12 пациентов в возрасте от 25 до 35 лет с явлениями поставки в варианте: атрофических рубцов, пигментных и поствоспалительных застойных пятен.

Всем пациентам первоначально на очищенную кожу наносили 70% гликолевую кислоту с рН 2,5, которую через 7–12 минут смывали холодной водой или специальным нейтрализующим раствором. Затем наносили 15% трихлоруксусную кислоту (ТСА). Такое поэтапное нанесение препаратов проводили с интервалом 2–3 недели. Курс лечения составлял от 3 до 5 процедур.

Результаты: по завершении курса терапии по предложенной нами методике у всех пациентов наблюдался регресс патологических проявлений в области лица: улучшение цвета кожи и разрешение поствоспалительных пятен, выравнивание рельефа кожи: уменьшение размеров и глубины атрофических рубцов, разрешение мелких точечных рубчиков.

Угревая болезнь является актуальной медицинской проблемой в силу её значительного распространения, особенно среди лиц молодого возраста; нередким формированием осложнений в виде рубцов и длительно сохраняющейся гиперпигментации, а также трудностей медикаментозного лечения с развитием толерантности к большинству из предлагаемых методов.

Косметические проблемы в значительной мере усугубляют социально психологические и профессиональные аспекты жизни, часто вызывают беспокойство, депрессию, социальную дезадаптацию, межличностные и производственные трудности, снижают качество жизни, что свидетельствует о необходимости их ускоренного и качественного решения.

Рекомендуемое нами поэтапное курсовое назначение гликолевой и трихлоруксусной кислот показало высокую клиническую эффективность. Сочетанное их использование улучшило комбинированный клинический показатель эффективности, установленный на основании исчезновения характерных признаков и симптомов и ускорило (на 7 ± 3 дня) его наступление. Известно, что гликолевая кислота, способствуя более равномерному и глубокому проникновению ТСА, позволяет контролировать глубину её воздействия и избегать использования более высоких концентраций, свести к минимуму риск развития побочных эффектов, осложнений и обострений хронических дерматозов (акне, розацеа, себорейный дерматит), сокращает реабилитационный период.

Выводы: полученные нами результаты доказывают это и позволяют рекомендовать данную методику для лечения последствий угревых высыпаний. Таким образом, при решении одной из задач лечения больных акне, а именно: предотвращения появления рубцов или их устранения можно использовать вышеуказанные препараты.

Микроэлементный состав волос у пациентов с акне

Горчакова О.А., Файзуллина Е. В.

КГМА, г. Казань

Цель: изучить состояния микроэлементного состава волос у пациентов с акне для выявления баланса микроэлементов и последующей его коррекции в комплексной терапии данной группы больных.

Материалы и методы: метод AAS, изучение микроэлементного состава волос. Биологический материал — волосы, не подвергавшиеся окрашиванию и химической завивке, размер пучка составляет > 1 см в диаметре, длиной 2–5 см, срезанные непосредственно у кожи головы.

Были обследованы 20 пациентов женского пола в возрасте от 21 до 27 лет с угревой болезнью средней степени тяжести и давностью заболевания 4–7 лет. Патологический процесс представлен элементами комедонального и папулопустулёзного характера, среднее количество элементов 15–20.

Результаты: у 5 пациентов было выявлено повышение уровня стронция (среднее значение 19,3 мкг/г) и одновременно снижение уровня кальция. Пониженное содержание уровня цинка у 10 пациентов (среднее выявленное значение 117,7 мкг/г), пониженное содержание уровня марганца у 8 пациентов (среднее выявленное значение 0,44 мкг/г), пониженное содержание хрома у 9 пациентов (среднее выявленное значение 0,28 мкг/г), пониженное содержание уровня меди у 5 пациентов (среднее выявленное значение 5,12 мкг/г), содержание кальция снижено у 10 пациентов (среднее выявленное значение 737,5 мкг/г).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о нарушении микроэлементного состава волос у данной группы пациентов с акне (значительное снижение уровня кальция и повышение уровня стронция, а также снижение уровня цинка, меди и хрома). Следовательно, нарушения микроэлементного баланса, выявленное у всех обследованных пациентов, требует необходимости включения в протокол лечения акне этапа коррекции (восполнения) микроэлементного состава пищи, а в случае повышенного содержания стронция – проведения курса приёма энтеросорбентов. Это позволило оптимизировать терапию пациентов с угревыми высыпаниями.

Для нормализации баланса микроэлементов применялась БАД «Литовит» (НПФ «Новь»), включающая цеолиты Холинского месторождения и отруби и обладающая свойствами избирательного ионного обмена и специфической сорбции — по одной чайной ложке три раза в день между приёмами пищи в течение 6 недель.

После курса проведенного лечения микроэлементный состав волос у больных с угревой болезнью восстановился у 16 пациентов. Клиническая картина значительно улучшилась: количество высыпаний сократилось вдвое, уменьшилась воспалительная реакция. Применение микроэлемента цинка привело к уменьшению количества рубцов постакне даже в группе больных с множественными папулопустулезными высыпаниями.

Системы свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты как показатели пролиферативно–дифференцировочной активности кератиноцитов больных псориазом

Грашин Р.А., Барбинов В.В.

ВМедА, г. Санкт–Петербург

Цель: изучить влияние смесей липосомальных препаратов, наиболее активно подавляющих пролиферацию, на процессы свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АЗ) в культурах кератиноцитов больных псориазом.

Материалы и методы: для выделения первичных культур кератиноцитов использовались лоскуты кожи, взятые в стерильных условиях у больных псориазом из очага поражения. Хранение полученных клеток кожи производилось с участием среды ДМЕМ с 20% СЭКРС. Культивирование проводилось в стандартных условиях в 96–луночных планшетах и чашках Петри Ø 40 мм. Пролиферативную активность клеток оценивали радиометрически по включению в кератиноциты меченых предшественников синтеза ДНК. Все эксперименты по определению пролиферативной активности проводили в 4 параллельных пробах.

Часть клеток культур снималась на пике пролиферации, т.е. перед воздействием липосомальных смесей, вторая часть клеток изучалась после воздействия липосомальных смесей, т.е. после подавления пролиферации. Результаты исследований также сравнивались с контролем. В качестве контроля использовались кератиноциты, выращенные из кожных биоптатов не дерматологических больных.

Изучение показателей СРО и АЗ проводилось после воздействия липосомальных смесей, состоящих из: пентоксифиллина, пирроксана, натрия селенита (№1) — как наиболее подавляющей пролиферацию и пентоксифиллина и натрия селенита (№2) — как наименее активной в отношении пролиферативной деятельности, по результатам ранее проведённых нами исследований. Смесь №1 легла в основу липосомального крема «Липсор».

Для изучения процессов свободнорадикального окисления и АО защиты использовались общепринятые биохимические методы. Определялись концентрации малонового диальдегида (МДА) диеновых конъюгат (ДК), восстановленного глутатиона (ВГ), сульфгидрильных групп белков (СГ), общей антиокислительной активности (ОАО), глутатионредуктазы (ГР), плутатион–пероксидазы (ГП), супероксиддисмутазы (СОД) и глюкозо–6–фосфат–дегидрогеназы (Гл–6ф–ДГ). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Excel.

Результаты: ранее нами было отмечено, что активно пролиферирующие псориазные кератиноциты обладают высокой степенью антиокислительной активности. Это подтверждается как низкой концентрацией продуктов ПОЛ (ДК, МДА), так и высоким уровнем и активностью метаболитов и ферментов антиоксидантной защиты.

После воздействия смесей липосомальных препаратов на активно пролиферирующие клетки отмечено резкое возрастание концентрации диеновых конъюгат в 3 раза ($p < 0,05$) при применении смеси №1 и в 2,8 после внесения смеси № 2 ($p < 0,05$) до более высоких цифр, чем в контроле. Концентрация МДА в первой группе наблюдений, где использована смесь № 1, также увеличилась более чем в 3 раза и даже достоверно превысила контрольные цифры. Применение смеси № 2 также привело к увеличению концентрации МДА, но только в 2,5 раза приведя её к уровню контрольных значений.

Концентрация СГ на пике пролиферации превышает контроль чуть более чем в 2 раза ($p < 0,05$). После применения обеих смесей их уровень достоверно снижался. Концентрация ВГ при этом также снижалась и составила $1,87 \pm 0,24$ и $6,73 \pm 0,92$ моль/г ткани соответственно (по сравнению с $15,28 \pm 1,87$ моль/г ткани до воздействия). Ферменты системы глутатиона претерпевают меньшие изменения, чем низкомолекулярные субстраты. Так, активность ГР на пике пролиферативной активности значительно не изменялась. Смесь с № 1 также достоверно не влияла на работу данного энзима, однако смесь № 2 достоверно снижала его активность по сравнению с периодом активной пролиферации. Изменения активности ГП выражены более заметно. Так, под влиянием комбинации № 1 активность этого фермента падала на 28%, а под действием смеси № 2 на 44%, приближаясь к данным контрольной группы. Напротив, активность СОД наибольшим образом изменялась под влиянием липосомальной комбинации № 1, где её активность уменьшилась на 30% и не отличалась от группы контроля. Под влиянием смеси № 2 значимых изменений в активности СОД не произошло. Активность каталазы достоверно снизилась под влиянием обеих комбинаций, на 75% и 69% соответственно. Несмотря на некоторые очевидные различия в действии обеих смесей препаратов, и первая и вторая комбинация достоверно снижают общую антиокислительную активность в культуре кератиноцитов, приводя её значения к данным контрольной группы. Глюкозо–6–фосфатдегидрогеназа снизила свою функциональную активность только в группе наблюдений, в которой использовалась смесь № 1 на 60%, став ниже контрольной.

Выводы: — изменение пролиферативной активности кератиноцитов коррелирует с изменением показателей про- и антиоксидантных систем кератиноцитов;

— липосомальные препараты, в наибольшей степени подавляющие пролиферацию в культуре кератиноцитов, вызывают параллельное снижение показателей антиоксидантной системы и увеличение концентраций продуктов липопероксидации;

— препараты, вызывающие увеличение интенсивности процессов СРО, могут рассматриваться как факторы, способствующие дифференцировке кератиноцитов при псориазе.

Состояние процессов свободнорадикального окисления в культурах кератиноцитов больных псориазом

Грашин Р.А., Барбинов В.В.

ВМедА, г. Санкт–Петербург

Цель: изучить процессы свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АЗ) как показатели пролиферативно–дифференцировочной активности клеток кожи при псориазе.

Материалы и методы: для выделения первичной культуры кератиноцитов использовались лоскуты кожи, взятые в стерильных условиях у больных псориазом из очага поражения. Хранение полученных клеток кожи производилось с участием среды ДМЕМ с 20% СЭКРС. Культивирование проводилось в стандартных условиях в 96–луночных планшетах и чашках Петри \varnothing 40 мм. Проллиферативную активность клеток оценивали радиометрически по включению в кератиноциты меченых предшественников синтета ДНК. Все эксперименты по определению пролиферативной активности проводили в 4 параллельных пробах.

В качестве контроля использовались кератиноциты, выращенные из кожных биоптатов недерматологических больных.

Для исследования процессов СРО и АЗ защиты использовались общепринятые биохимические методы. Определялись концентрации малонового диальдегида (МДА) диеновых конъюгат (ДК), восстановленного глутатиона (ВГ), сульфгидрильных групп белков (СГ), общей антиокислительной активности (ОАО), глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГП), супероксид–дисмутаза (СОД) и глюкозо–6–фосфат–дегидрогеназы (Гл–6ф–ДГ). Для статистической обработки результатов использовался пакет прикладных программ Excel.

Результаты: во всех пробах было отмечено резкое угнетение активности прооксидантной системы, о чём свидетельствует уменьшение концентрации диеновых конъюгат и малонового диальдегида. На пике пролиферации они уменьшены по сравнению с нормой более чем в 2 раза. При этом все показатели, характеризующие антиоксидантную систему в этот период, повышены, причём это касается как ферментов антиоксидантной защиты, так и субстратов. Так, концентрации ВГ и сульфгидрильных групп белков увеличены в 3,2 ($p < 0,05$) и в 3,3 раза ($p < 0,05$) соответственно.

Активность ферментов, обеспечивающих функционирование систем антиоксидантной защиты, возросла. Так, ГР показала достоверное увеличение на 25%, а глутатионпероксидаза на 67%. Ферменты, принимающие участие в дисмутации активных форм кислорода и перекиси водорода, подверглись менее значительным изменениям. Цитоплазматическая СОД кератиноцитов на пике пролиферации увеличила свою активность на 45%, а каталаза только на 21%. Уровень (ОАО) в период активной пролиферации как суммарный показатель оказался ожидаемо высоким. Он превышал контрольную норму практически в 2 раза ($p < 0,05$). Особое внимание обращает на себя поведение глюкозо–6–фосфатдегидрогеназы, фермента пентозофосфатного цикла. Её активность на пике пролиферации оказалась выше на 54% по сравнению с кератиноцитами контрольной группы.

Выводы: — активно пролиферирующие псориазные кератиноциты обладают высокой степенью антиокислительной активности, что подтверждается как низкой концентрацией продуктов ПОЛ (ДК, МДА), так и высоким уровнем и активностью метаболитов и ферментов антиоксидантной защиты;

– пролиферирующие кератиноциты обладают высокой метаболической активностью, что подтверждает высокая активность Гл–6ф–ДГ и других ферментов, а также накопление СГ белков;

– высокая степень АЗ и СГ белков свидетельствуют о смещении редокс–потенциала кератиноцитов больных псориазом в сторону восстановления, что характерно для активно пролиферирующих клеток.

Клинико–эпидемиологические данные периорального дерматита

Грашкин В.А.

ОКВД, г. Саратов

Цель: изучение эпидемиологии и клинических аспектов периорального дерматита.

Материалы и методы: статистическая обработка результатов проведенного исследования.

Результаты: под нашим наблюдением находилось 511 больных периоральным дерматитом, из них женщин — 448 (87,7%), мужчин — 63 (12,3%), соотношение 7:1. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет. Подавляющее число наших больных было в возрасте до 40 лет — 368 (72%), из них — 301 (81,7%) старше 20 лет. Однако чаще дерматоз отмечался у молодых женщин 20–30 лет — 231 (45,2%), а в возрастной группе 41–50 лет — 98 (19,1%), причем мужчины составили 17,3%. Средний возраст

пациентов составил 26,3 ± 4,1. Среди обследованных пациентов городские жители составляли 445 (87%), сельские — 66 (13%), по социальному составу преобладали служащие — 257 (50,3%) и лица, занятые на производстве, — 169 (33%). Длительность заболевания у большинства наблюдаемых нами пациентов составляла более одного года и только у 137 (26,8%) — несколько месяцев, в то же время у 70 (13,7%) периоральный дерматит продолжался более пяти лет, из них у 28 (40%) — свыше десяти лет. Течение процесса носило хронически-рецидивирующий характер, со средним количеством обострений — 3 за один год. 416 пациентов с периоральным дерматитом (81,4%) постоянно пользовались косметическими препаратами, количество которых составляло от трех до 25. Топическими кортикостероидными мазями, в том числе фторированными, пользовались 390 пациентов (76,3%), 339 (87%) из них применяли от двух до семи препаратов, самостоятельно комбинируя и меняя их, а 309 (79,2%) занимались самолечением, не обращаясь к врачу. Несомненно, что чрезмерное использование косметических средств и длительное бесконтрольное применение топических кортикостероидных мазей можно рассматривать провоцирующими экзогенными факторами, способствующими развитию периорального дерматита. В анамнезе у 453 (88,6%) больных отмечены инфекционные заболевания. Фоновая патология выявлена у 490 (95,9%) пациентов: у 365 (81,5%) женщин имелись нарушения оварияльно-менструального цикла, у 432 (84,5%) общей группы больных — патология желудочно-кишечного тракта, у 240 (46,9%) — очаги хронической инфекции в области верхних дыхательных путей, слухового аппарата и ротовой полости, у 160 (31,3%) — функциональные расстройства нервной системы.

С учетом особенностей расположения морфологических элементов на лице выделены варианты локализации: периоральный, периназальный, периорбитальный, периорбитальный и смешанный (комбинированный).

Выводы: на основании анализа особенностей анамнестических данных, провоцирующих экзогенных и эндогенных факторов, локализации клинических проявлений, фоновой патологии нами выделены клинико-патогенетические типы течения периорального дерматита и разработаны методы рациональной терапии.

Состояние свободнорадикальных процессов у больных псориазом

Гулиев М. О.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, г. Нальчик

Цель: оценить динамику показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ферментов антиоксидантной системы (АОС) крови больных псориазом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 136 пациентов в возрасте от 16 до 62 лет, страдающих различными формами псориаза. Из них у 109 констатирована прогрессирующая стадия, у 27 — стационарная. У 97 диагностирован вульгарный папулезно-бляшечный псориаз, у 48 — осложненные формы псориаза, среди которых с эритродермией — 8, с экссудативным компонентом — 4, с артритом — 36 человек. Ограниченная форма заболевания наблюдалась у 12 человек. Группу сравнения составили 63 клинически здоровых человека. Состояние АОС оценивали по уровню церулоплазмينا (ЦП) методом Равина (2000), состояние ПОЛ — по уровню малонового диальдегида (МДА) по Ushiyama в реакции с тиобарбитуровой кислотой.

Результаты: у всей группы обследованных выявлено достоверное повышение уровня МДА с максимальными значениями в прогрессирующую стадию псориаза. Параллельно разрешению клинической симптоматики показатели МДА снижались, приближаясь к нормальным величинам. Изучение МДА в плазме у больных псориазом в зависимости от тяжести и распространенности процесса выявило более значительное возрастание его уровня при распространенных и осложненных формах недуга. Даже в периоде ранней ремиссии у этой группы больных МДА оставался выше нормы.

В результате исследований активности ЦП установлено достоверное его снижение у всей группы больных с минимальными значениями в прогрессирующую стадию. На фоне лечения, параллельно разрешению кожного процесса, отмечено повышение уровня церулоплазмينا в 1,3 раза. В стадии ранней клинической ремиссии зарегистрированы субнормальные показатели. Изучение антиоксидантных свойств плазмы крови в зависимости от тяжести и распространенности псориаза выявило более значительное снижение показателя ЦП при распространенных и осложненных формах заболевания. В стадии стойкой ремиссии у большинства больных ограниченными формами псориаза констатировано возвращение уровня ЦП к нормальным величинам, чего не наблюдалось у больных осложненными формами болезни.

Выводы: в результате проведенных исследований обнаружена статистически достоверная зависимость уровней малонового диальдегида и церулоплазмينا в плазме крови от тяжести и распространенности кожного процесса у больных псориазом. При этом к периоду ранней ремиссии не отмечалось тенденции к нормализации изучаемых показателей. На фоне активности процессов перекисного окисления липидов отмечено снижение уровня эндогенных антиоксидантов. Полученные данные о закономерностях изменения показателей ПОЛ и АОС у больных псориазом свидетельствуют о дисбалансе между этими процессами и позволяют рекомендовать для включения в комплексную терапию всех форм псориаза препаратов антиоксидантного действия.

Сравнительная эффективность терапии ограниченной склеродермии у больных различных возрастных групп

Гурский Г. Э., Гребенников В. А., Волошин Р. Н., Темников В. Е., Кузина З. А.

РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Цель: провести сравнительную оценку эффективности лечения ограниченной склеродермии (ОС) у больных различных возрастных групп, получавших в комплексной терапии современные отечественные антиоксиданты.

Материалы и методы: обследовано 44 пациента в возрасте от 21 до 60 лет. Мужчин было 24, женщин — 20. Наибольшее количество больных трудоспособного возраста — от 21 до 40 лет (75%). Чаще (в 50%) заболевание отмечалось у лиц физического труда, среди 25% больных установлены профессиональные вредности. Диагноз бляшечной склеродермии поставлен 16 (36%), склероатрофического лишена — 28 (64%) пациентам. Давность заболевания менее 6 месяцев отмечалась у 16 (36%), от 6 месяцев до 1 года — у 12 (27%), от 1 года до 2 лет — у 16 больных (36%). Малая площадь поражения была выявлена у 46% лиц, умеренная площадь поражения — у 36% и значительная — у 23%. Незначительная активность течения дерматоза отмечалась у 8 (18%) пациентов, умеренная активность — у 36 (82%). Заболевание началось в возрасте до 10 лет у 59% больных, от 11 до 20 лет — у 18%, в возрасте от 21 до 30 лет — у 23% пациентов. Смогли указать причину начала заболевания 28 человек, а причину активации кожного поражения — 12 пациентов.

У больных исследованы АлАТ, АсАТ, билирубин, СРБ, ДФП. В большинстве случаев АлАТ и АсАТ не превышали показатели здоровых. У 39% лиц они были повышены, а у 32% — снижены. Уровень билирубина был повышен у 27% больных, СРБ обнаружен у 55% пациентов. Показатели ДФП повышены у 23% человек.

Все больные получали 1,5% раствор реамберина по 400,0 мл (8–10 инфузий на курс), в дальнейшем 1% раствор эмоксипина по 2,0 подкожно или внутримышечно (15–20 инъекций), капиллар, гипоксен; эйколен или омега-3, L-аргинин, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (в течение 6–8 недель). Являясь разными по химической структуре и особенностям фармакокинетики, использованные лекарственные средства имеют общие свойства тормозить свободнорадикальное окисление биомембран, усиливать тканевое дыхание, улучшать микроциркуляцию. Проводили также инъекции пенициллина, назначались витамины, нестероидные противовоспалительные препараты, лидаза, физиотерапия.

Результаты: отмечен наиболее активный регресс клинических проявлений у лиц молодого возраста. Наличие более глубоких органических изменений в тканях за счет длительной гипоксии и склероза у пожилых замедляет регресс клинических проявлений ОС, что обуславливает увеличение сроков антиоксидантной терапии.

Выводы: проведенная работа показала необходимость применения современных отечественных антиоксидантов в комплексной терапии ОС в различных возрастных группах.

Структура и этиология пиококковых осложнений у больных атопическим дерматитом

Гусева О.Р., Смирнова И.О., Смирнова О.Н., Морозова Н.В.

СПбГУ медицинский факультет, г. Санкт-Петербург

Цель: изучение структуры и этиологии пиококковых осложнений у больных атопическим дерматитом (АД).

Материалы и методы: под наблюдением находились 57 больных АД, осложненным вторичной пиококковой инфекцией. Материалом для бактериологического обследования послужили соскобы с пораженных участков кожи, мазки со слизистой оболочки носоглотки и кровь. Выделенные культуры изучались по морфологии клеток при окраске по Граму, коагулазной активности, лецитоветиллазной и гемолитической активности. Фаготипирование проводилось набором типовых стафилококковых фагов, включающим 22 типа. Чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам (пенициллину, левомицетину, эритромицину, тетрациклину, стрептомицину, мономицину, канамицину, линкомицину, гентамицину) определялась методом стандартных дисков.

Результаты: наиболее частыми проявлениями пиококковых осложнений у больных АД были фурункулез (91,2%), фолликулит (70,1%), импетиго (41,6%), гидраденит (16,8%), сепсис (18,2%). Причем у подавляющего большинства пациентов (86,9%) сочетались различные инфекционные осложнения. У всех обследованных из очагов пиодермии выделен *Staphylococcus aureus* в монокультуре. Преобладали штаммы, относящиеся к III фагогруппе и нетипируемые (по 41,5%). Стафилококки I фагогруппы были выделены в 12,3%, IV фагогруппы — в 4,6% случаев.

В качестве источника микроорганизмов, вызывающих гнойничковые поражения кожи, нередко указывают очаги хронической инфекции ЛОР-органов, на основании совпадения типов *Staphylococcus aureus*, выделенных со слизистой носоглотки и из кожных очагов. По нашим данным, очаги хронической инфекции в ЛОР-органах диагностированы в 38% случаев, однако типы стафилококков, выделенных со слизистой оболочки носоглотки и из кожных очагов, совпадали лишь у 28,6% пациентов, подвергнутых бактериологическому обследованию. В остальных наблюдениях стафилококки, выделенные из разных источников, различались 1–3 признаками.

Совпадение штаммов микрококков, выделенных из крови и кожных очагов, отмечено в 70,8% случаев, а штаммов, выделенных из крови, кожных очагов и со слизистой носоглотки — в 20,8%. Это свидетельствует о том, что развитие хронического сепсиса у больных АД прямо связано с наличием у них очагов пиодермии и хронической инфекции.

Все выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* были весьма устойчивы к антибиотикам. Так, более трети из них были нечувствительны к 4–6 препаратам. При этом микроорганизмы, выделенные со слизистой оболочки носоглотки, оказались наиболее устойчивыми к антибиотикам. Поскольку антибиотикотерапия остается методом выбора при лечении больных АД, осложненным пиококковой инфекцией, подбор препаратов должен основываться на данных бактериологического обследования. При этом следует учитывать, что микроорганизмы, выделенные со слизистой оболочки носоглотки, оказываются наиболее устойчивыми к антибиотикам. Наименьшей устойчивостью обладают штаммы, выделенные из крови.

Выводы: одной из особенностей пиококковых осложнений у больных АД является моноэтиологичность. Наряду с очагами хронической инфекции ЛОР-органов, в развитии пиококковых осложнений у больных атопическим дерматитом имеют значение и другие источники золотистого стафилококка. Подбор антибактериальных препаратов для лечения пиококковых осложнений у больных АД должен основываться на данных бактериологического обследования.

Комплексная терапия больных атопическим дерматитом с использованием противогрибковых препаратов

Давидова М.Э., Перламутров Ю.Н.

МГМСУ, г. Москва

Цель: определение эффективности комплексной терапии больных атопическим дерматитом с применением противогрибковых препаратов.

Материалы и методы: под наблюдением находились 21 больной атопическим дерматитом в возрасте от 21 до 56 лет, из них 17 женщин и 4 мужчины. У всех пациентов атопический дерматит впервые был зарегистрирован в возрасте от 4 до 6 месяцев. При сборе анамнеза было констатировано, что у 19 пациентов наблюдалось хронически-рецидивирующее течение АД, а в последние 4–5 лет приняло упорный характер. У двух мужчин атопический дерматит был изначально тяжёлым, а с 14 лет появились признаки бронхообструктивного синдрома. 7 больных за последний год неоднократно проходили лечение в условиях стационара без видимого результата. При катамнестическом исследовании амбулаторных карт больных, вошедших в исследование, было установлено, что пациентам постоянно проводилась терапия по стандартным методикам с включением наружных и системных ГКС, антигистаминных препаратов, десенсибилизирующих средств, у 15 — применялась специфическая и неспецифическая иммунотерапия под контролем врачей иммунологов-аллергологов. При клинической оценке больных средний уровень индекса SCORAD составлял $64,7 \pm 2,7$ балла, что соответствовало средне-тяжёлому и тяжёлому течению атопического дерматита.

Всем пациентам в комплексе с неспецифической противовоспалительной терапии был назначен тербинафин — таблетки по 250 мг в сутки в течение 4 недель и 1% крем Экзифин 1 раз в сутки в течение месяца. Основным критерием для назначения Экзифина больным атопическим дерматитом являлось обнаружение специфического IgE к *Malassezia*, микроскопическое обнаружение мицелиальных форм дрожжеподобных грибов и активный дрожжевой рост в материале взятого с поверхности кожи в поражённых очагах. Перед началом исследований средний уровень специфического IgE к *Malassezia* составлял $37,4 \pm 4,2$ kUA/L, у всех пациентов, вошедших в исследование, были обнаружены дрожжеподобные грибы при микроскопическом исследовании, преимущественно в мицелиальной форме и констатирован активный дрожжевой рост *M. symphoidalis* и *M. globosa*.

Результаты: у всех пациентов на 5–7-й день терапии уменьшилась интенсивность зуда более чем на 70%. Индекс SCORAD снижался постепенно: до лечения $64,7 \pm 2,7$ балла, через две недели от начала исследования $48,3 \pm 3,6$, после лечения $23,5 \pm 0,2$, через три недели после окончания терапии $6,4 \pm 0,8$ балла.

Таким образом, зарегистрировано снижение индекса SCORAD не только во время и после лечения, но и через три недели после проведённой терапии, что, по всей видимости, было обусловлено высокой кератофильностью Экзифина и подтверждает данные российских и международных исследований о пролонгированном терапевтическом эффекте Экзифина после прекращения лечения.

Значения специфического IgE в результате комплексной терапии снижались не так интенсивно с $37,4 \pm 4,2$ kUA/L до $21 \pm 3,8$ kUA/L, что объясняет генетически обусловленную предрасположенность к грибковым антигенам. При лабораторном исследовании микроскопического и культурального материала, взятого с поверхности кожи больных АД с преимущественной локализацией на коже головы, шеи и в/конечностей, зарегистрировано уменьшение мицелиальных форм гриба и умеренный дрожжевой рост. Присутствие грибов рода *Malassezia* на коже и обнаружение специфического IgE у больных атопическим дерматитом после комплексной терапии с применением Экзифина свидетельствует о сложной мультифакторной природе АД, которая обуславливает хроническое течение дерматоза. Это свидетельствует о необходимости разработки не только новых методов терапии, но и мероприятий по профилактике рецидивов заболевания у данной категории больных.

Необходимо отметить, что все пациенты хорошо переносили лечение, аллергических реакций не наблюдалось, отрицательной динамики со стороны периферической крови и в биохимическом анализе при использовании Экзифина не зарегистрировано.

Выводы: полученные данные свидетельствуют об эффективности и безопасности Экзифина при его использовании в комплексной терапии больных атопическим дерматитом с гиперчувствительностью к грибам рода *Malassezia*, что выражалось в быстром купировании зуда и положительной динамикой индекса SCORAD.

Фотодинамическая терапия акне

Демина О.М., Бутов Ю.С., Ахтямов С.Н., Кузьмин С.Г.

ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра дерматовенерологии и клинической микологии, г. Москва

Цель работы: изучение и оценка эффективности ФДТ акне и розацеа с активизацией как эндогенных, так и экзогенных ФС.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 70 пациентов, в том числе с угревой болезнью 51 и с розацеа 19. Мужчин было 24, женщин — 46. Все пациенты были в возрасте 18–60 лет с продолжительностью заболевания от 1 до 8 лет и ранее без особого эффекта лечились традиционными медикаментозными препаратами. Для определения концентрации эндогенных порфиринов, степени накопления фотосенсибилизатора аласенса в коже и контроля ФДТ оценивали спектр флуоресценции порфиринов с помощью лазерной электронно–спектральной установки (ЛЭСА–01–БИОСПЕК). По уровню флуоресценции эндогенных порфиринов все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 39 (55,7%) пациентов с высоким уровнем эндогенных порфиринов, поэтому дополнительного применения ФС не требовалось и проводили только облучение. Второй группе из 31 (44,3%) пациентов после истощения эндогенных порфиринов применяли аласенс в форме 10–20% мази 5–аминолевулоновой кислоты в виде наружных аппликаций под окклюзионную повязку на 1,5–2 часа. Облучение проводили 1 раз в неделю у пациентов с угревой болезнью и 1 раз в 2 недели у пациентов с розацеа светом длиной волны 630 нм, плотностью энергии 36 Дж/см² на курс 4–10 процедур.

Результаты: в процессе ФДТ у 62 (88,6%) пациентов достигнута клиническая ремиссия, у остальных пациентов — улучшение. Из побочных эффектов во время проведения ФДТ с аласенсом нами наблюдались жжение, тепло, болезненность, после окончания ФДТ с аласенсом: эритему и/или отек, пустулы, корки, которые самостоятельно разрешались в течение 3–5 дней.

Выводы: ФДТ с активизацией эндогенных порфиринов эффективна при их высоком уровне. Для усиления фотодинамической реакции был использован аласенс — производное 5–АЛК, который оказался высокоэффективным в стабилизации процесса и позволил достичь клинической ремиссии у 88,6 % больных, преимущественно с папуло–пустулезной формой акне.

Дифференциальная диагностика новообразований кожи человека методом оптической когерентной томографии

Дерпалюк Е.Н.

ФГУ «Нижегородский научно–исследовательский кожно–венерологический институт Росздрава», г. Нижний Новгород

Цель: определение возможности использования ОКТ для дифференциальной диагностики новообразований кожи.

Материалы и методы: метод оптической когерентной томографии. Традиционная биопсия. В работе использован визуализатор–томограф оптико–когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК». Регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035–05 от 5 августа 2005 года. Предприятие–изготовитель Институт прикладной физики Российской академии наук, г. Нижний Новгород, ОКПО 04683326.

Результаты: проведено ОКТ–исследование 210 больных с различными новообразованиями кожи, проанализировано 4919 ОКТ–изображений, 416 гистологических препаратов.

В результате выявлено существование ОКТ–отличий между базалиомами и доброкачественными новообразованиями кожи, общим ОКТ — признаком которых является принципиальная сохранность слоистой горизонтальной структуры. Признаками базалиом явились: 1) исчезновение характерной для кожи 5–слойной структуры ОКТ–изображений; 2) однородность изображения опухоли, образованной совокупностью узких, ярких вертикальных линий; 3) выраженная яркость зоны томографического

изображения опухоли с равномерным угасанием сигнала по глубине по направлению к нижней границе опухоли; 4) средняя или большая глубина изображения.

Установлено, что злокачественные новообразования кожи имеют общие ОКТ–признаки с базалиомой.

Выводы: метод может использоваться для прижизненного дифференциального диагноза между доброкачественными новообразованиями кожи (невусом, папилломой, кератомой, фибромой, гемангиомой, лимфангиомой, ксантомой, кожным рогом, кератоакантомой, липомой) и БКРК и не может быть использован для прижизненного дифференциального диагноза между злокачественными новообразованиями кожи (ПКРК, меланомой) и БКРК.

Карталин — негормональное средство наружной терапии псориаза

Дмитрук В.С., Соколова В.М., Стрига Л.В., Карталов М.Г., Мартова Г.В.
СИБГМУ, г. Томск

Цель: изучение клинической эффективности применения защитно–профилактического средства «Карталин» в сочетании с традиционными методами лечения псориаза.

Материалы и методы: защитно–профилактическое средство «Карталин» было разработано в конце 90–х годов на основе биологически активных веществ (БАВ), содержащихся в сырье череды, ромашки, эвкалипта, лаванды, меда и других природных источников. На состав и технологию мази «Карталин» были разработаны и утверждены технические условия, что в конечном итоге позволило получить в 1999 году гигиеническое заключение на продукцию и в 2000 году — Российский сертификат соответствия. В клинике кожных болезней Сибирского государственного медицинского университета было проведено исследование эффективности, безопасности и переносимости защитно–профилактического средства «Карталин». В ходе этих исследований было обследовано 130 больных в прогрессирующей стадии вульгарного псориаза. В качестве традиционной терапии пациенты с псориазом получали: гипосенсибилизирующие препараты, витамины. Контрольные исследования изучаемых параметров проводились в начале лечения и затем через 4 недели. Индекс PASI использовался для клинической оценки состояния кожи.

Результаты: при поступлении в группу с комплексным лечением, включающим «Карталин» (n=63) и в контрольной группе с традиционным лечением (n=50) индекс PASI составил соответственно 17,6 и 13,9 балла. Учитывалось не только числовое значение этого индекса, но и его динамика в процентном исчислении. В процессе лечения, после 4 недель применения «Карталина» в комплексе с традиционным лечением (витамины, препараты кальция, дезинтоксикационные средства) PASI составил 4,9 балла, а в контрольной группе этот показатель равнялся 9,4 балла.

Выводы: клинические исследования на 130 пациентах указывают на достоверное снижение индекса PASI на 48% в группе с применением мази «Карталин» в сравнении с группой с традиционной терапией. Таким образом, по завершении клинических испытаний средство для наружной терапии псориаза «Карталин» получило положительную оценку, как исследователей, так и пациентов, и, следовательно, может быть рекомендовано к использованию в комплексной терапии заболевания.

К вопросу о диагностике злокачественных опухолей у больных дерматозами

Довжанский С.И.
СГМУ, г. Саратов

Цель: изучить связь опухолевого процесса с развитием кожных изменений, определить их роль в диагностике онкологических заболеваний.

Материалы и методы: наблюдения касаются больных системной склеродермией, у которых возникли трофические язвы в местах индурации и склероза кожи. У одной больной в дальнейшем развилась лимфосаркома, у другой — бронхокарцинома. Длительное течение заболевания, травматизация очагов поражения кожи, резистентность к стероидной терапии, повторная ПУВА–терапия явились факторами риска развития неоплазм. В группе больных псориатической болезнью обращали на себя внимание страдающие диссеминированной формой псориаза, неоднократно лечившиеся фотохимиотерапией (более 3 курсов). У одного возник рак печени и желчного пузыря, у второго — рак простаты, у третьего — рак легкого. В основе ассоциации дерматоза и blastomatoza лежат недостаточно изученные генетические и иммунометаболические сдвиги, имеющие общие черты ответных реакций на действие канцерогенов, влекущие за собой мутации, непрерывность роста и нарушение клеточных элементов, присутствие опухоли и структурам кожи. Эта связь отражена в современной концепции о наличии интегральной диффузной нейроиммунэндокринной системы (ДНИЭС) и ее роли в дерматологии и онкологии.

Выводы: теория ДНИЭС проливает свет на системный подход к изучению дерматозов, возникающих вторично при злокачественных новообразованиях висцеральных органов, рост которых провоцируется УФО, цитостатиками, иммуносупрессорами и др. Онкологическая настороженность и своевременное целенаправленное лечение позволяют более успешно проводить реабилитационные меры и улучшить прогноз болезни.

Исследование эффективности, безопасности и переносимости отечественного гомеопатического препарата «Уртика–плюс» и «Уртика ДН» у больных хроническими дерматозами

Сухова Л.П., Косорукова И.М., Нечаева Н.П.
МУЗ ГКВД, г. Липецк; ООО «Доктор Н», г. Москва

Цель: изучение и оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности гомеопатических препаратов «Уртика–плюс», «Уртика ДН». В состав препарата «Уртика–плюс» входят: Calendula C3, Graphites C6, Apis C3, Sulfur C3, Urtica C3, Calcium carbonicum C6, а в состав препарата «Уртика ДН» — Urtica dioica D2 2,5 г, Calendula officinalis D2 2,5 г, Bellis perennis D2 2,5 г, Hypericum perforatum D2 2,5 г.

Материалы и методы: в ходе 8–недельного открытого сравнительного исследования 60 больных обоего пола в возрасте от 18 до 58 лет, страдающих аллергической крапивницей, атопическими дерматитами (экзема аллергическая, нейродермит локализованный) с длительностью заболевания от 7 дней до 40 лет, были распределены на две равноценные группы — основную (монотерапия гомеопатическими препаратами) и контрольную (традиционная терапия). Эффективность лечения оценивалась по

динамике разрешения клинических проявлений, интенсивности субъективных ощущений больного, переносимости препаратов, наличию осложнений и побочных эффектов.

Результаты: к концу исследования в основной группе положительный результат зарегистрирован у 90,0%, при этом «отличный» и «хороший» результаты достигнуты у 66,7%. Нежелательные эффекты проявлялись только местными реакциями в виде усиления зуда, эритемы или отека в 3,3–6,6%. Клинико-биохимические константы после проведенного лечения оставались неизменными. Препараты удобны в применении и с хорошей переносимостью.

Выводы: применение гомеопатических препаратов в лечении хронических дерматозов позволяет достичь хороших результатов и конкурентоспособно с эффектом от применения традиционной терапии, что при зарегистрированных единичных побочных эффектах и отсутствии противопоказаний делает их более привлекательными для использования в дерматологической практике.

Изучение и оценка клинической эффективности применения препарата «Сульфур-плюс» при лечении пациентов с *acne vulgaris* средней степени тяжести

Захарова О.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение и оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности препарата «Сульфур-плюс» (в лекарственной форме гранулы) при лечении пациентов с вульгарными угрями средней степени тяжести.

Материалы и методы: исследование проводилось открыто, с формированием основной и контрольной групп (30 и 30 человек, соответственно). Продолжительность исследования составила 6 недель. В исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет с клиническими проявлениями и установленным диагнозом вульгарные угри средней степени тяжести на основании подписанной пациентом формы информированного согласия на участие в исследовании.

Результаты: в соответствии с протоколом исследования до начала терапии препаратом «Сульфур-Плюс» и после 3-й и 6-й недели лечения проводилась оценка динамики разрешения клинических проявлений по 3-балльной системе Гамильтона (0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — умеренно выражен, 3 — сильно выражен).

При этом в основной группе «отличный результат» достигнут в 0% случаев, «хороший результат» — в 86,7% (26 пациентов), «удовлетворительный» — в 10% (3 человека), отсутствие результата — 3,3% (1 пациент).

В контрольной группе «отличный результат» получен у 43,3% пациентов (13 человек), «хороший результат» у — 46,7% (14 человек), «удовлетворительный» у 10% (3 человека), отсутствие результата — 0%.

Выводы: на основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что гомеопатический препарат «Сульфур-Плюс» (гранулы гомеопатические, производитель — ООО «Доктор Н») удобен в применении, хорошо переносится и может быть рекомендован к медицинскому применению в комплексной терапии пациентов с вульгарными угрями средней степени тяжести.

Применение трихограммы для оценки эффективности лечения выпадения волос

Гаджигорова А.Г., Нечаева Н.П.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ООО «ДОКТОР Н», г. Москва

Цель: изучение эффективности действия гомеопатического препарата «Таллиум-плюс» на рост волос.

Материал и методы: гомеопатический препарат «Таллиум-плюс» представляет собой многокомпонентный по составу продукт, который состоит из шести монопрепаратов, дополняющих друг друга с учетом положений о совместимости и безопасности комплексных гомеопатических средств. Все монопрепараты включены в Номенклатуру однокомпонентных (простых) гомеопатических лекарственных средств, разрешенных к медицинскому применению на территории Российской Федерации.

Объектами группы исследования стали 60 человек обоего пола в возрасте от 18 лет до 65 лет с жалобами на выпадение волос и клиническими проявлениями диффузной алопеции различной степени выраженности. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. 30 пациентов основной группы применяли «Таллиум-плюс». Режим дозирования: по 8 гранул 3 раза в день сублингвально за 30 минут до еды. 30 пациентов контрольной группы использовали для лечения лосьон «Регейн» в виде аппликаций на волосистую часть головы по 1 мл 2 раза в сутки. Эффективность лечения оценивалась через 8 недель после его начала. Критерием эффективности проведенного лечения являлись результаты трихограмм пациентов.

Результаты. Сравнительная оценка результатов трихограмм между пациентами основной и контрольной групп доказала, что полученные результаты лечения сопоставимы по оказанному эффекту. До лечения в обеих исследуемых группах наблюдались изменения в сторону увеличения доли телогеновых волос: при нормальном соотношении в трихограммах волос в стадии анаген/телоген как 8:2, в основной группе этот показатель составил 6,5:3,5, в контрольной группе — 6,8:3,2. К концу 8-недельного курса лечения показатели трихограмм в обеих группах максимально приблизились до нормального соотношения, при этом в основной группе соотношение анаген/телоген составило 7,5:2,5, а в контрольной группе — 7,8:2,2.

Выводы. Проведённое исследование доказало: препарат «Таллиум-плюс» способен восстанавливать нормальную цикличность роста волос, что подтверждено результатами трихограмм; это позволяет рекомендовать применение данного гомеопатического препарата для укрепления волос при их усиленном выпадении.

Значение цитологического метода исследования в диагностике новообразований кожи при последующей импульсной лазеротерапии

Древаль Д.А., Новик В.И., Минеева О.К., Крылова Е.В.

ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий, МКЦ «ЕВА», г. Санкт-Петербург

Цель: определить значение цитологического метода исследования в диагностике новообразований кожи при планировании импульсного лазерного лечения.

Материалы и методы: проведено исследование и лечение 721 образования кожи у 624 пациентов в возрасте от 9 до 85 лет, обратившихся к дерматологу-онкологу в медицинский центр в 2003–2007 гг. для лазеротерапии. Производилась

предварительная визуальная оценка новообразования с учетом его размеров, цвета, поверхности, краев, симметрии. Перед удалением образований кожи хирургическим СО₂ лазером выполнялась скарификация элемента и взятие материала для его цитологического исследования. Мазки окрашивали гематоксилин–эозином и азур–эозином по методу Лейшмана. Окончательный диагноз выставлялся на основании клинико–анамнестических данных и цитологического исследования. Новообразования кожи подразделялись на злокачественные (меланома, базалиома, плоскоклеточный рак) и доброкачественные, меланоцитарные (невусы), немеланоцитарные (себорейный кератоз, кератоакантомы, ксантомы, фибромы, папилломы, бородавки, моллюски, пиогенная гранулема, гемангиома, атерома, гиперплазия сальной железы). Пациенты со злокачественными образованиями кожи направлялись на лечение к онкологу, их диагноз в дальнейшем подтверждался гистологическим исследованием.

Результаты: на основании клинико–анамнестических и цитологических данных диагноз невуз был установлен в 451 случае, среди них в 362 (80%) наблюдениях выявлены невузные клетки и в 89 (20%) — в мазках обнаружены только клетки эпидермиса, вероятно, из–за неинформативности материала при глубоком расположении этих образований (сложные и дермальные невусы), или немеланоцитарной их природе (невус себацеус). Меланомы оказались случайной цитологической находкой у 3 пациентов с предварительными диагнозами: невуз, базалиома, ангиофиброма. У 18 пациентов при клиническом и цитологическом исследовании диагностирована базалиома. В 27 наблюдениях клиническое предположение о наличии базалиомы не подтвердилось при цитологическом исследовании. Плоскоклеточный рак был выявлен цитологически у 3 пациентов с предварительными диагнозами базалиома, пиогенная гранулема, кожный рог. Доброкачественных образований кожи немеланоцитарной природы было 246 (себорейный кератоз, кератоакантомы, ксантомы, фибромы, папилломы, бородавки, моллюски, пиогенная гранулема, гемангиома, атерома, гиперплазия сальной железы). Доброкачественный характер поражения во всех этих случаях был подтвержден цитологическим исследованием. Таким образом, у 24 (3,8%) из 624 пациентов при цитологическом исследовании выявлены злокачественные новообразования кожи; эти больные направлены на обследование и лечение в онкологические учреждения.

Выводы: полученные данные подтверждают надежность метода цитологической диагностики в верификации доброкачественных образований кожи и выявления злокачественных новообразований. Безопасность, простота и экономичность метода позволяют широко использовать его в дерматологической, онкологической практике, особенно перед лазеротерапией новообразований кожи в амбулаторных условиях.

Значение дерматоскопии в диагностике новообразований кожи

Древал Д.А., Ермакова Т.Г., Стрельников А.А.

Международная клиника МЕДЕМ, г. Санкт–Петербург

Цель: определить значение дерматоскопического метода исследования в диагностике новообразований кожи.

Материалы и методы: произведено исследование 412 образований кожи у 163 пациентов в возрасте от 6 до 83 лет, обратившихся к дерматологу–онкологу в Международную клинику МЕДЕМ в 2006–2007 гг. для обследования и лечения. Проводилась оценка новообразований кожи невооруженным глазом, при которой учитывались размеры, симметрия, края и цвет элементов. Фотодерматоскопическая диагностика выполнялась с помощью дерматоскопического набора HEINE DELTA 20 и цифровой камеры NIKON COOLPIX 5400. Для оценки дерматоскопической картины использовался симптоматический (структурный) анализ. Пациенты с диспластическими невусами и злокачественными образованиями кожи направлялись на лечение к хирургу–онкологу, их диагноз в дальнейшем подтверждался гистологическим исследованием.

Результаты: на основании клинико–анамнестических данных и дерматоскопической картины было выявлено 324 (78,6%) меланоцитарных и 88 (21,4%) немеланоцитарных образований кожи. При визуальной диагностике злокачественный процесс был заподозрен у 59 меланоцитарных образований и 14 немеланоцитарных. Последующая дерматоскопическая диагностика показала наличие 12 диспластических невузов, 4 меланомы и 7 базалиом, в остальных случаях подозрения были отвергнуты. Дерматоскопическая картина диспластических невузов отличалась ретикулярным, глобулярным или полиморфным строением, неправильной пигментной сеточкой с равномерными или неравномерными радиальными полосами и участками регрессии или гипопигментации. Картина меланом проявлялась полиморфностью с атипичной пигментной сеточкой, с неравномерными черными точками или глыбками, радиальными полосами и/или псевдоподами и светло–голубой вуалью. Базально–клеточный рак сопровождался неспецифическими или полиморфными признаками с древовидными сосудами и листовидными структурами и/или голубовато–серыми глыбками, зонами, напоминающими спицевое колесо. Правильность дерматоскопической диагностики 23 подозрительных и 286 доброкачественных образований кожи подтвердило цитологическое и/или гистологическое исследование при их удалении. Неудаленные новообразования находятся под фотодерматоскопическим контролем. Таким образом, у 11 (6,7%) из 163 пациентов при дерматоскопическом исследовании выявлены злокачественные новообразования кожи и у 12 (7,3%) — диспластические невусы, которые рассматриваются как предшественники меланом.

Выводы: дерматоскопия позволяет с большой достоверностью отличить меланоцитарные образования от немеланоцитарных и доброкачественные от злокачественных, что определяет дальнейшую тактику диагностики и лечения. Необходимо широко использовать дерматоскопическое исследование для профилактики и ранней терапии злокачественных опухолей кожи. В экстренной диагностике новообразований кожи, скрининговых профосмотрах, мониторинговании подозрительных элементов дерматоскоп является незаменимым инструментом в руках дерматолога, онколога.

Новые возможности комплексной терапии осложненных форм розовых угрей

Елькин В.Д., Счастливец Л.В., Плотникова Е.В., Болотова А.А.

ПГМА, г. Пермь

Цель: изучение эффективности комплексной терапии осложненных форм розацеа с использованием геля и крем–геля гликодема.

Материалы и методы: под наблюдением находились 11 женщин в возрасте от 37 до 49 лет, с диагнозом: розацеа, папуло–пустулезная форма, демодекоз. Во всех случаях диагноз демодекоза подтвержден обнаружением Demodex folliculorum. Поражение кожи лица сочеталось с поражением глаз: блефаритом — у 7 и блефароконъюнктивитом — у 2. Патологический процесс оценивался по 3–балльной шкале с учетом распространенности и выраженности эритемы, количества папул и пустул, телеангиэктазий, поражения глаз. До начала лечения выраженность клинических проявлений колебалась от 7 до 15 баллов

и составила $11,9 \pm 3,1$ балла. Больные получали базовую терапию метронидазолом и тетрациклином в среднетерапевтических дозах. В качестве наружного лечения использовались аппликации геля гликодема у больных с нормальной и жирной кожей и крем-геля — у больных с сухой кожей. Указанные препараты наносились на пораженные участки 2 раза в сутки. Средняя продолжительность лечения составила 6 недель с мониторингом кожного процесса через 2, 4 и 6 недель.

Результаты: за время лечения побочных эффектов и осложнений отмечено не было. При первом контрольном осмотре у всех больных наблюдалось побледнение эритемы, уменьшение инфильтрации и количества пустулезных элементов. Выраженность клинических проявлений снизилась на 2,5 балла и составила $9,4 \pm 1,7$ балла. Через 4 недели лечения у всех пациенток практически разрешились воспалительные явления, исчезли зуд и симптомы блефарита и конъюнктивита, папуло-пустулезные высыпания были единичными. Клинические проявления оценивались в среднем в $6,7 \pm 1,3$ балла. После 6 недель лечения оставались только явления шелушения и небольшой инфильтрации — у 2 больных и купероза — у 3. Выраженность клинических симптомов составила в среднем $3,5 \pm 0,5$ балла, уменьшившись по сравнению с первоначальными показателями на 7,4 балла (62,2%). Demodex folliculorum после лечения не обнаружен ни у одной пациентки.

Выводы: на основании проведенных исследований можно заключить, что гель и крем-гель гликодема, являясь безопасными и высокоэффективными средствами, могут служить препаратами выбора в комплексной терапии осложненных форм розовых угрей.

Соляные экраны в лечении больных атопическим дерматитом

Елькин В.Д., Баранников В.Г., Шарышева О.В., Бахтина М.С., Коломойцев А.В., Кириенко Л.Д., Дементьев С.В.
ПГМА, г. Пермь

Цель: изучение возможности использования лечебных соляных экранов (ЛСЭ) в комплексной терапии больных атопическим дерматитом. Благодаря созданию особого микроклимата, ЛСЭ улучшают самочувствие больных, нормализуют процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, оказывают иммуномодулирующее действие, уменьшают аллергизацию организма и пр.

Материалы и методы: проведено стационарное 20-дневное лечение 18 больных атопическим дерматитом в возрасте от 21 до 48 лет, в том числе 11 мужчин и 7 женщин. 10 больных составили опытную группу и 8 — группу сравнения. Больные обеих групп получали комплексную терапию, включающую антигистаминные средства, седативные препараты, витамины, наружное лечение. Палаты больных опытной группы были дополнительно оборудованы соляными экранами.

Результаты: традиционное лечение привело к клинической ремиссии у больных группы сравнения в 2 случаях, значительное улучшение достигнуто у 3 и улучшение — у 2 больных, у 1 больного динамики процесса отмечено не было. Индекс SCORAD снизился с $48,7 \pm 6,9$ до $14,5 \pm 2,3$. Лучшие результаты получены у больных опытной группы. Клиническая ремиссия достигнута у 6 больных, в 2 случаях отмечено выраженное улучшение и улучшение процесса — у 2 больных. Снижение индекса SCORAD было более значительно с $53,8 \pm 7,1$ до $7,5 \pm 1,6$. Опережающими темпами (на 2–3 дня) шло обратное развитие субъективных и объективных признаков болезни. Уже на 5–7-й день значительно уменьшался или исчезал зуд, нормализовался сон. Отмечена положительная динамика ДИКЖ, уровня тревожности, признаков вегетативных нарушений и изменений.

Выводы: с учетом полученных результатов использование лечебных соляных экранов оптимизирует лечение больных атопическим дерматитом.

Показатели микроциркуляции кожи у больных дерматозами в процессе курортного лечения

Ерина И.А., Тимошин С.А., Ткаченко Т.А., Рассказов Н.И.
г. Астрахань

Цель: изучить показатели микроциркуляции кожи у больных дерматозами.

Материалы и методы: методом лазерной доплерофлоуметрии оценена динамика кровотока в микроциркуляторном русле кожи у 72 больных хроническими дерматозами (псориазом, экземой, атопическим дерматитом и т. д.) в процессе курортного лечения грязе- и бальнеопроцедурами. Для оценки эффективности терапии наряду с клиническими методами использовался лазерный анализатор капиллярного кровотока (ЛАКК-01) (НПП «Лазма», Москва).

Измерения показателей осуществлялись на коже правых предплечий и бедер, средней трети тыльной поверхности кистей, по средней линии лобной части лица, в области живота. Вычислялись среднеарифметическое значение величины перфузии (М), среднеквадратичное значение величины перфузии (СКО), максимальные амплитуды низкочастотных (ALF), высокочастотных (АНФ) и кардиоколебаний (ACF), а также соответствующие им частоты (FLF, FHF, FCF). Рассчитывался индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ). С помощью тепловой пробы регистрировались показатели микроциркуляции исходный (М исх.), максимальный (М max), восстановленный после прекращения нагревания (М восст.), коэффициент прироста показателя микроциркуляции (М увелич.), время от начала подъема показателя микроциркуляции до достижения максимального уровня (T4–T2), время восстановления кровотока (T6–T4), углы подъема (α) и снижения (β) доплерограммы, а также резерв капиллярного кровотока (РКК), вычислявшийся по формуле $M \max./M \text{ исх.} * 100\%$. Статистическую обработку проводили с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2000 и Microsoft Access 2000. Межгрупповые сравнения осуществляли с использованием критерия Стьюдента, за уровень значимости принимали P, равный 0,05.

Результаты: терапия природными лечебными факторами переносилась хорошо. Более выраженные изменения кровообращения в коже больных отмечались в местах высыпаний, где существенно были повышены температура, перфузия кожи и ее СКО, амплитуды всех флуксуций. Эти данные, возможно, обусловлены усиленным притоком крови из приносящих сосудов с ишемическими явлениями и застоем в посткапиллярном звене, стимуляцией вазомоций воспалительными медиаторами. Показатели ЛДФ кожи перифокальной зоны существенно не отличались от таковых на видимо неповрежденной коже. Под влиянием процедур в очагах отмечалось снижение показателя микроциркуляции и СКО, амплитуд всех флуксуций с тенденцией прироста их нормированных коэффициентов и ИЭМ. В перифокальной области понижалась частота вазомоций и кардиоритмов, повышались нормированные по М величины ALF и ACF. У больных хроническими дерматозами даже в видимо неповрежденной коже регистрировались изменения микроциркуляции, которые можно было расценить как проявления гиперемического типа микроциркуляции с явлениями застоя в венах, а в термопробе при неизменном исходном уровне перфузии крови ее максимальные значения, углы α и β были понижены. Такая картина ЛДФ, возможно, была обусловлена гиперемической реакцией

с явлениями стаза и застоя крови. После санаторно–курортного лечения у больных хроническими дерматозами улучшалась клиническая картина заболевания, а изучаемые показатели микроциркуляции приближались к показателям у здоровых.

Выводы: таким образом, показатели лазерной доплерофлуометрии наряду с клинической оценкой кожного процесса могут быть использованы для мониторинга эффективности проводимого курортного лечения.

Фармакологическая коррекция нарушений электролитного гомеостаза у больных тяжелыми формами псориаза

Есипова Е.А., Силина Л.В., Филиппенко Н.Г.
КГМУ, г. Курск

Цель: изучить особенности электролитных нарушений, возникающие у больных, страдающих тяжелыми формами псориаза, и разработать метод их рациональной коррекции, включающий назначение поливитаминно–минерального комплексного препарата глутамевит.

Материалы и методы: нами было обследовано 97 мужчин, страдающих тяжелыми формами псориаза (псориазическая артропатия, псориазическая эритродермия, а также сочетание этих двух форм) в возрасте от 20 до 70 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в Курском областном кожно–венерологическом диспансере. Из исследования были исключены женщины в связи с нестабильным гормональным фоном и уровнем содержания микроэлементов в сыворотке крови по сравнению с мужчинами. Для определения состояния минерального обмена определяли содержание в сыворотке крови железа, марганца, меди и магния.

Результаты: анализ результатов полученных до лечения продемонстрировал резкий дисбаланс в концентрации микроэлементов — снижение уровня железа и марганца, а концентрация меди и магния в сыворотке крови была значительно повышена, причем степень их выраженности зависела от степени тяжести псориазического процесса.

Так, у пациентов с артропатическим псориазом средний уровень железа составил $9,88 \pm 1,22$ ммоль/л, марганца $1,01 \pm 0,11$ ммоль/л, меди $28,86 \pm 2,02$ ммоль/л и магния $1,02 \pm 0,05$ ммоль/л. При эритродермической форме заболевания концентрация железа составила $8,57 \pm 1,15$ ммоль/л, марганца $0,78 \pm 0,09$ ммоль/л, меди $34,20 \pm 2,61$ ммоль/л и магния $1,05 \pm 0,02$ ммоль/л. При сочетании артрита и эритродермии были выявлены наиболее тяжелые нарушения в сфере электролитного обмена, так, содержание железа составило $8,03 \pm 1,27$ ммоль/л, марганца $0,71 \pm 0,10$ ммоль/л, меди $35,32 \pm 2,51$ ммоль/л и магния $1,06 \pm 0,03$ ммоль/л.

Полученные результаты демонстрируют резкое нарушение обмена железа, марганца в сторону уменьшения их концентрации, и повышение меди и магния. Наиболее выраженные сдвиги наблюдаются при сочетании эритродермии и артропатии, менее тяжелые изменения отмечены при псориазической артропатии, промежуточное положение занимают микроэлементные нарушения при псориазической эритродермии.

Полученные нами клинико–лабораторные данные свидетельствуют о том, что при тяжелых формах псориаза имеют место значительные колебания содержания минералов сыворотки крови, которые являются мощным утяжеляющим фактором основного патологического процесса и требуют правильной и грамотной коррекции.

С целью коррекции выявленных электролитных нарушений нами достаточно эффективно был использован комплексный поливитаминно–минеральный препарат глутамевит. Фармакологическое действие препарата реализуется за счет свойств витаминов и минералов, входящих в его состав. Глутамевит стимулирует окислительно–восстановительные процессы в организме, повышает утилизацию тканями кислорода, улучшает физическую и психическую работоспособность. Глутамевит принимался пациентами в комплексе с традиционной схемой терапии псориаза в дозе по две таблетки 2 раза в день после еды в течение 25 дней.

После проведенного лечения наблюдались положительные сдвиги микроэлементов во всех исследуемых подгруппах больных. Наиболее высокие показатели минералов отмечались в группе псориазического артрита — железо $18,23 \pm 1,34$ ммоль/л, марганец $1,57 \pm 0,13$ ммоль/л, медь $21,08 \pm 2,53$ ммоль/л, магний $0,86 \pm 0,01$ ммоль/л. При сочетанной форме заболевания получены следующие результаты содержания электролитов: железо $15,91 \pm 1,19$ ммоль/л, марганец $1,54 \pm 0,11$ ммоль/л, медь $22,73 \pm 2,24$ ммоль/л, магний $0,92 \pm 0,01$ ммоль/л. Эритродермическая форма псориазической болезни характеризовалась средними значениями показателей, характеризующими минеральный обмен, так, концентрация железа составила $17,43 \pm 1,26$ ммоль/л, марганца $1,50 \pm 0,16$ ммоль/л, меди $22,14 \pm 2,38$ ммоль/л и магния $0,88 \pm 0,02$ ммоль/л.

Выводы: на основании полученных экспериментальных данных можно сделать вывод, что при тяжелых формах псориаза выраженные микроэлементные нарушения являются фактором, утяжеляющим общий псориазический процесс и прогнозирующим возможные рецидивы. Степень выраженности электролитных нарушений уменьшается при проведении корректного лечения, наблюдается улучшение в течение заболевания в виде нормализации общего состояния и статуса кожных покровов, что свидетельствует о правильности выбора комплексного лечения тяжелых форм псориаза.

Опыт применения композиции из ихтиола и настойки прополиса в лечении микробной экземы

Жданова А.И., Орлов Е.В.
СГМУ, г. Самара

Цель: исследование эффективности антимикробной активности препарата, полученного из прополиса и ихтиола.

Материалы и методы: композиция, приготавливаемая «ex tempore», применялась для лечения 54 больных с микробной экземой дополнительно к стандартному методу лечения. Препарат наносился на пораженную поверхность два раза в сутки. В водный раствор ихтиола в наиболее часто применяемой 10%–ной концентрации для усиления антимикробной активности «ex tempore» вносилась настойка прополиса, также до терапевтической концентрации — 10%.

Вначале проверялась антимикробная активность полученной композиции и ее ингредиентов в сравнении с физиологическим раствором хлорида натрия. Для этого приготовленные препараты и физиологический раствор разливались в пробирки по 5 мл и вносилось по 0,1 мл суточной бульонной культуры синегнойной палочки, после чего делались высевы тотчас и через разные промежутки времени на питательный пластинчатый агар по секторам. После инкубирования в термостате в течение 24 часов учитывался результат. Сами пробирки также помещались в термостат. Опыт повторялся трижды с одинаковым результатом. В результате было установлено, что композиция из ихтиола с настойкой прополиса убивает синегнойную палочку уже через

15 минут, настойка прополиса через 30 минут, а ихтиол со спиртом через 1 час. 10%-ный водный раствор ихтиола и 7%-ный спирт (настойка прополиса готовится на 70%-ном спирте) антимикробным действием не обладали.

Титрование антимикробной активности проводилось на плотных питательных средах: на питательном агаре — антибактериальной и на среде Сабуро — антимикотической методом серийных разведений. Чашки Петри со средами засеивались испытуемыми тест-штаммами микроорганизмов по секторам и помещались в термостат соответственно на 1 сутки для бактерий и на 6 суток для грибов дерматофитов и кандиды, после чего учитывался результат. В результате исследования было отмечено, что наибольшей активностью обладает ихтиол в отношении стафилококка 1250 мкг/мл и в отношении антракоида 2500 мкг/мл. Композиция из обоих препаратов задерживает рост обоих тест-штаммов в одинаковой степени — в концентрации 2500 мкг/мл, то есть внесение ихтиола в настойку прополиса усиливает ее антимикробную активность. Наибольшую антимикотическую активность показала композиция из ихтиола и настойки прополиса, приблизительно в 2 раза сильнее настойки прополиса. Рост всех испытуемых тест-штаммов дерматофитов угнетается в концентрации 2500 мкг/мл, кроме одного штамма микроспорона (5000 мкг/мл), а в концентрации 10000 мкг/мл активен и в отношении кандиды альбиканс.

Результаты: было отмечено, что у больных микробной экземой в основной группе, где для лечения применялась композиция из ихтиола и прополиса, положительные изменения (кожный зуд, гиперемия и отек) исчезали быстрее, чем в группе сравнения, леченных обычным методом в среднем на $4,6 \pm 1,1$ суток.

Инфильтрация уменьшалась быстрее на $3,8 \pm 1,3$ дня в основной группе по сравнению с контрольной группой. Также быстрее происходила эпителизация, отторжение чешуек, корок и рубцевание язв в среднем в $1,8 \pm 1,4$ раза.

Выводы: таким образом полученная композиция «ex tempore» из прополиса и ихтиола обладает высокой эффективностью в лечении микробной экземы

Анализ клинической эффективности фототерапии у детей и подростков, больных дерматозами

Жилова М.Б., Прошутинская Д.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить эффективность применения методов фототерапии в лечении тяжелых и резистентных к терапии заболеваний кожи у детей и подростков.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 121 больной ограниченной склеродермией, псориазом, витилиго и атопическим дерматитом, получавших различные методы фототерапии.

Комбинированную средневолновую терапию УФ(АВ) получали 14 больных распространенным псориазом и 19 больных атопическим дерматитом на установке Waldmann-7001K 4 раза в неделю в сочетании с противовоспалительными, десенсибилизирующими и наружными препаратами.

Локальную фотохимиотерапию с наружным применением 0,1% раствора метоксалена получали 14 больных ограниченными формами склеродермии (у 13 пациентов была бляшечная форма, у 1 — линейная форма) на установках ПУВА-22 и Waldmann-7001K 3 раза в неделю. У 9 больных была прогрессирующая стадия, у 4 — стационарная.

Средневолновую ультрафиолетовую терапию получали 73 больных витилиго, из них 52 больным проведена узкополосная средневолновая терапия (311 нм), 21 больному — селективная фототерапия.

Одной больной ладонно-подошвенным псориазом были назначены локальные РЕ-ПУВА-ванны с использованием водного раствора аммифурина 1 мг/мл и последующим облучением на установке Waldmann-180/200 4 раза в неделю и неотигазон в дозе 20 мг в сутки.

Результаты: эффективность лечения методом средневолновой фототерапии у больных псориазом составила 92,7%, у больных атопическим дерматитом — 95,2%. Среднее количество процедур 17,3 и 16,8 соответственно. Средние сроки лечения — 4,6 и 4,4 недели соответственно.

Локальная фотохимиотерапия была эффективна у всех больных склеродермией: клиническое выздоровление отмечалось у 7,1%, значительное улучшение — у 35,7%, улучшение — у 57,1%. Среднее количество процедур составило 45. Из побочных эффектов у 57,1% отмечалась выраженная эритема, у 28,6% — зуд кожи, у 21,4% — телеангиоэктазии.

Среди 52 больных витилиго, получавших СФТ, репигментация развилась у 61,5%, отсутствие эффекта или ухудшение отмечалось у 38,5% больных. Среднее количество процедур 45,4. Побочные эффекты в виде выраженной эритемы кожи наблюдались у 11,5% больных.

Из 21 больной витилиго, получавших узкополосную средневолновую фототерапию, положительный эффект в виде репигментации отмечался у 66,6% больных, без эффекта или ухудшение у 33,4%. Среднее количество процедур составило 56,0. Побочные эффекты в виде интенсивной эритемы отмечены у 38% больных, зуд кожи у 28,6%, сухость кожи — у 9,5%.

У 1 больной псориазом с тяжелым поражением кистей и стоп после 20 процедур локальных-ПУВА ванн с неотигазоном в дозе 20 мг в сутки псориазные высыпания разрешились полностью.

Выводы: методы ультрафиолетовой терапии являются эффективным средством лечения тяжелых и резистентных к терапии дерматозов у детей и подростков. Однако назначение их должно быть оправданным и обоснованным в каждом конкретном случае.

Мезотерапия при лечении псориаза

Завадский В.Н.

ЯГМА, г. Ярославль

Цель: совместить 3 условия — препараты должны быть с доказанной эффективностью; дозы небольшие и введение редкое, чтобы избежать побочного действия; процедуры, не обременительные для пациента.

Материалы и методы: объект исследования — больные псориазом, 97 человек (51 мужчина и 46 женщин, возраст 20–45 лет), с разной распространенностью процесса; кроме больных с эритродермией и артропатией. Основной метод — мезотерапия («нужный препарат вводится мало, редко и в нужное место», — М.Пистор) — внутрикожно, в несколько основных очагов с «излюбленной» локализацией. Препараты: веро-метотрексат 10 мг (1 мл), разводимый физраствором до 3–5 мл; 1 раз в неделю, всего 4 процедуры; дипроспан 1 мл (бетаметазон 7 мг с продленным действием), разводимый физраствором до 3–5

мл, однократно; повторное введение дипроспана (при необходимости) — не ранее, чем через 1 месяц. При поражении лица инъекции делали регионарно — за ухом, на волосистой части головы и т.п. Наружно (между курсами или дополнительно): синаflan, локоид и т.п., с предварительным удалением чешуек; УФЛ в эритемных дозах локально и зонально (не в прогрессивной стадии). Рекомендовалась гелиоталассотерапия. При рецидивах курс лечения повторяли (как правило, интервалы между курсами увеличивались).

Результаты: быстрый регресс высыпаний в течение 1 курса практически у всех больных; достаточно стойкий результат у большинства пациентов достигался после 1–2 курсов (повторный курс проводили только при наличии высыпаний): ремиссии удлинялись, проявлений становилось меньше, что позволяло в дальнейшем ограничиваться наружной терапией. Кроме того, вопреки опасениям, что после дипроспана понизится чувствительность к кортикостероидным мазям, они стали оказывать лучший эффект. Побочного действия препаратов при обследовании больных не выявлено. Только у 3 больных отмечалась относительная резистентность к проводимой терапии, а также и к «традиционным» методам; они были временно переведены на инвалидность с применением в терапии иммуносупрессивных препаратов (сандиммун неорал и т.п.).

Выводы: предложена и апробирована щадящая методика лечения псориаза, которая, будучи достаточно эффективной, в то же время позволяет снизить риск побочных явлений, а также — необременительна для больных и повышает их качество жизни.

Тактика «тroyанского коня» при лечении дерматозойного бреда

Завадский В.Н.

ЯГМА, г. Ярославль

Цель: совершенствование суггестивной терапии и, по возможности, безмедикаментозное лечение дерматозойного бреда.

Материалы и методы: объект исследования — больные с дерматозойным бредом, 13 человек (3 мужчин и 10 женщин, возраст 20–60 лет), у которых это заболевание, по консультации с психиатром, рассматривалось как невроз навязчивого состояния. Больных шизофренией и с органическими нарушениями психики не брали для лечения. Все пациенты, кроме 4, были людьми интеллигентных профессий: врач, библиотекарь, учительница, студент института, инспектор, руководитель подразделения фирмы и т. п., — и успешно работали. Обычное внушение и седативные средства им не помогали.

Основной метод — вариант суггестивной терапии, при котором пациента не пытаются разубедить в бредовой идее (напрямую это сделать сложно), а не споря с ним и не соглашаясь, предлагают вместо «извлечения» предполагаемых «паразитов», уничтожить их, не повреждая кожу, например, с помощью раствора Люголя с глицерином (многие люди слышали, что это средство помогает справиться с инфекцией в горле). Задача на первом этапе — не борьба с бредовым «ритуалом», а замена его на менее травматичный. Этот простой прием является тем «тroyанским конем», который позволяет проникнуть в подсознательную установку больного, дать толчок к ее изменению. Больной, который устал от своего навязчивого состояния, обычно хватается за неожиданное предложение, как за «спасительную соломинку», даже если не очень верит в успех. Прекратив хотя бы на время повреждение кожи, удается прервать привычный рефлекс, и больной постепенно может сам выработать новую установку — на выздоровление. Происходит, по существу, положительное самовнушение. Кроме того, очень важно настроить пациента на здоровый образ жизни, переключив на эту задачу его внимание.

Результаты: во всех случаях, кроме одного, наблюдалось постепенное улучшение, нередко уже через 2 недели: больные перестали травмировать кожу и, что примечательно, — они были довольны и выражали установку на выздоровление.

Выводы: описанный прием — своего рода суггестивная терапия, но с активным участием самого больного. Прекращение травматизации кожи, по-видимому, по принципу обратной связи, способствует выздоровлению.

Опыт применения пиразидола в комплексном лечении розацеа

Захарова Е.Е., Силина Л.В.

КГМУ, г. Курск

Цель: изучить и детализировать психоэмоциональные расстройства при розацеа и оценить целесообразность применения пиразидола в составе комплексной терапии.

Материалы и методы: объектом исследования явилась клиническая группа, состоящая из 90 больных с различными клиническими формами розацеа (эритематозно-телеангиэктатической, папулезно-пустулезной и пустулезно-узловой) в возрасте от 20 до 60 лет: 68 женщин (75,6%) и 22 мужчины (24,4%). Из них на стационарном лечении находились 7 больных (0,08%). Все исследуемые пациенты были разделены на две группы по 45 больных, в каждой из которых было 34 женщины и 11 мужчин. Контрольную группу составили 45 практически здоровых лиц: также 34 женщины и 11 мужчин. Группа сравнения получала традиционное лечение: системные препараты (антибиотики, гормональные контрацептивы, метронидазол) и средства наружной терапии (средства, содержащие серу, салициловую и азелаиновую кислоты, резорцин, метронидазол). Группа активного вмешательства — получала пиразидол в дозировке 50 мг 2 раза в день в течение 30 дней на фоне средств традиционной терапии. Психоэмоциональный статус оценивался до и после лечения с помощью Теста Акцентуаций Свойств Темперамента (ТАСТ), Диагностического Индекса Качества Жизни (ДИКЖ), шкалы самооценки тревоги Цунга. Дерматологический статус оценивался также до и после лечения с помощью Диагностического Индекса Шкалы Симптомов (ДИШС) и Диагностической оценки розацеа по Адаскевичу В.П. (ДО).

Результаты: по данным ТАСТ практически у всех пациентов с розовыми угрями отмечается акцентуация эмоциональной лабильности и нейротизма. У большинства больных розацеа выявлены высокие показатели (от 8 до 10 стенов) по шкале нейротизма. При этом пациенты высказывали неопределённые жалобы психосоматического характера, характеризующиеся общей слабостью, отсутствием чувства отдыха после сна, трудностью концентрации внимания и т.д., что характерно для астенических личностей. Практически у всех больных отмечена акцентуация эмоциональной лабильности. Таким пациентам свойственна избыточная реактивность и эмоциональная неустойчивость. При этом эмоциональная реактивность сопровождалась симптомами повышенной возбудимости вегетативной нервной системы: сухость во рту, потоотделение, затруднение дыхания и т.д. После проведенного традиционного лечения незначительно снизились средние значения по шкалам нейротизма (–6%), сенситивности (–3%), агрессивности (–6%) и эмоциональной лабильности (–5%), т. е. существующие психоэмоциональные расстройства после традиционной терапии существенно не изменились. Под влиянием фармакотерапии пиразидолом

обращает на себя внимание выраженное снижение средних значений по следующим шкалам: эмоциональная лабильность, сенситивность и нейротизм, кроме того, улучшились показатели социальной активности и гипертимности. ДИКЖ после лечения по общепринятым методикам изменился незначительно (–12%), а после комплексной терапии — снизился на 38%, что указывает на улучшение субъективного отношения пациента к своему заболеванию и уменьшение воздействия дерматоза на качество жизни больного, а также различные сферы жизнедеятельности. Нами проводился анализ уровня тревожности в контрольной группе и у пациентов с розовыми угрями до фармакологического вмешательства. Наиболее часто у больных розацеа регистрировали средний уровень тревожности (у 64–67% обследованных больных) и высокий уровень тревоги (16–25% пациентов). После проведенного традиционного лечения количество больных розацеа со средним уровнем тревожности осталось неизменным (64%), а высокий уровень тревожности зафиксирован у 11% (в сравнении с 16% пациентов до лечения). В группе активного вмешательства выявлен явный сдвиг уровней тревожности: после фармакотерапии пиразидолом ни у одного больного не обнаружен высокий уровень тревоги, у большинства больных (56%) зарегистрирован низкий уровень тревожности. Кроме того, в этой группе количество больных со средним уровнем тревоги снизилось на 23%, по сравнению с показателями до лечения. После проведения традиционного лечения наблюдалось улучшение дерматологического статуса по результатам ДИШС (значение данного индекса уменьшилось на 23%), а по ДО произошли менее значимые изменения (снижение на 15%), что свидетельствует о сохраняющихся клинических проявлениях данного дерматоза. После лечения пиразидолом обращают на себя внимание выраженные сдвиги показателей ДИШС (–66%) и ДО (–57%), т.е. наиболее выраженные клинические симптомы дерматоза подверглись значительному регрессу после комплексной терапии.

Выводы: у больных розацеа выявлены значительные изменения свойств темперамента: эмоциональная лабильность, агрессивность и сенситивность, на фоне сниженной социальной активности и гипотимности, а также высокий и средний уровни тревожности. После фармакологической коррекции пиразидолом отмечена нормализация выявленных психоземональных расстройств у 76% пациентов розацеа, а также более быстрое регрессирование показателей дерматологического статуса по основным диагностическим индексам в сравнении с аналогичными результатами после традиционного лечения. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности комплексного способа лечения розацеа.

Ретроспективный анализ гистологических исследований у пациентов с подозрением на лимфому кожи

Знаменская Л.Ф., Яковлева С.В., Удачина О.А.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: провести ретроспективный анализ гистологических исследований у больных с подозрением на лимфому кожи.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы результаты гистологических исследований, выполненных в патоморфологическом отделении ФГУ ЦНИКВИ с 1997 г. по 2001 г. у пациентов с направительным диагнозом лимфома кожи. За этот период было проведено 437 исследований, из них в 1997 г. — 96 (22%), в 1998 г. — 79 (18,1%), в 1999 г. — 90 (20,6%), 2000 г. — 88 (20,1%), 2001 г. — 84 (19,2%).

Исследование проводилось у 234 (53,5%) мужчин и у 203 (46,5%) женщин, среди которых в возрасте до 20 лет было 2 (0,5%) человека, от 21 года до 30 лет — 22 (5%), от 31 года до 40 лет — 45 (10,3%), от 41 года до 50 лет — 65 (14,9%), от 51 года до 60 лет — 119 (27,2%), от 61 года до 70 лет — 88 (20,1%), от 71 года до 80 лет — 82 (18,8%), от 81 года до 90 лет — 13 (3%), старше 91 года — 1 (0,2%) человек.

Пациенты направлялись преимущественно из ЦНИКВИ — 254 (58,1%) человека, из других лечебно-поликлинических учреждений (ЛПУ) г. Москвы — 158 (36,2%) и ЛПУ других регионов — 25 (5,7%) человек.

У 376 (86%) человек для гистологического исследования был взят 1 биоптат кожи, у 55 (12,6%) человек — 2 биоптата и только у 6 (1,4%) человек — 3 биоптата.

С 1997 по 2001 гг. на гистологическое исследование неоднократно направлялись 59 (13,5%) пациентов, из них дважды — 48 (81,3%) человек, трижды — 7 (11,9%), 4 раза — 3 (5,1%), 5 раз — 1 (1,7%).

У всех 437 (100%) пациентов одним из направительных диагнозов был диагноз лимфомы кожи. Другими направительными диагнозами были следующие: экзема в 53 (12,1%) случаях, псориаз — 29 (6,6%), парапсориаз — 25 (5,7%), нейродермит и атопический дерматит — 20 (4,6%), болезнь Девержи — 15 (3,4%), красный плоский лишай (КПЛ) — 11 (2,5%), саркоидоз — 10 (2,3%), фолликулярный муциноз — 7 (1,6%), эритродермия неясного генеза — 6 (1,4%), токсидермия — 6 (1,4%), себорейный дерматит — 5 (1,1%), склеродермия — 5 (1,1%) и др.

Результаты: диагноз лимфомы кожи был подтвержден в 184 (42,1%) случаях (из них только у 5 (2,7%) человек был поставлен диагноз В-лимфомы кожи), другие диагнозы были поставлены в 229 (52,4%) случаях, гистологический диагноз не был установлен в 24 (5,5%) случаях из-за технических погрешностей при взятии биоптата или неспецифической картины гистологического препарата.

Диагноз лимфомы кожи подтвержден у 101 (54,9%) мужчины и 83 (45,1%) женщин, из них в возрасте от 21 года до 30 лет было 11 (6%) человек, от 31 года до 40 лет — 27 (14,7%), от 41 года до 50 лет — 32 (17,4%), от 51 года до 60 лет — 54 (29,4%), от 61 года до 70 лет — 31 (16,8%), от 71 года до 80 лет — 26 (14,1%), от 81 года до 90 лет — 2 (1,1%), старше 91 года — 1 (0,5%).

Из 257 больных с неподтвержденным диагнозом лимфомы кожи у 72 (28%) был выставлен гистологический диагноз экземы, у 50 (19,5%) — парапсориаз, у 23 (8,9%) — атопический дерматит, у 11 (4,3%) — псориаз, у 8 (3,1%) — КПЛ, у 5 (1,9%) — фолликулярный муциноз, у 5 (1,9%) — красная волчанка и др.

Выводы:

1. Результаты проведенного исследования подтверждают трудности, с которыми встречаются врачи при диагностике лимфомы кожи.
2. Лимфомой кожи чаще страдают мужчины (54,9%) в возрасте от 31 до 80 лет (92,4%), с пиком заболеваемости от 51 года до 60 лет (29,4%).
3. Наиболее частой патологией, с которой приходится дифференцировать лимфому кожи, является экзема, парапсориаз, атопический дерматит, псориаз, КПЛ.

Оптическая когерентная томография в дифференциальной диагностике заболеваний кожи полового члена

Зорькина М. В.

НижГМА, г. Нижний Новгород

Цель: определить возможность использования оптической когерентной томографии (ОКТ) в дифференциальной диагностике заболеваний кожи полового члена.

Материалы и методы: использован визуализатор–топограф оптико–когерентный компьютеризированный (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035–05 от 5 августа 2005 года), изготовленный в ИПФ РАН (г. Н.Новгород).

Обследован 41 больной: 4 онкологических больных, 5 больных склеродермией, 6 — облитерирующим ксеротическим баланопоститом, 5 — цирциарным баланопоститом, 2 — многоформной экссудативной эритемой, 4 — баланопоститом Зоона, 8 — красным плоским лишайём, 7 — псориазом.

Ввиду безопасности и неинвазивности метода исследования проводились *in vivo*. Все пациенты дали добровольное письменное согласие на проведение исследования. Проведен анализ 420 ОКТ–изображений и 40 гистологических препаратов, полученных при исследовании.

Проводили ОКТ–исследование здоровой кожи и участков очагов поражения кожи полового члена. При необходимости и при наличии возможности с учетом анатомической локализации процесса проводили эксцизионную биопсию с последующими гистомографическими сопоставлениями. На основе анализа полученных ОКТ–изображений и гистомографических сопоставлений сформулировали дифференциально–диагностические ОКТ–критерии заболеваний.

Результаты: сформулированы ОКТ–признаки здорового эпителия различных участков полового члена и ОКТ–критерии исследуемых заболеваний, позволяющие осуществлять их прижизненную дифференциальную диагностику.

Выводы: ОКТ может эффективно использоваться в прижизненной диагностике наиболее часто встречающихся заболеваний кожи полового члена.

Опыт применения плазмафереза в комплексном лечении больных хроническими дерматозами

Иванова Н.П., Горбовая Т.В.

ОКВД, г. Мурманск

Цель: изучить эффективность экстракорпоральной гемокоррекции в комплексном лечении больных хроническими рецидивирующими дерматозами.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 34 больных хроническими дерматозами в возрасте от 23 до 60 лет, из них 14 мужчин, 20 женщин. Количество больных псориазом составило 61,8% (21 человек), атопическим дерматитом и экземой — 38,2% (13 человек). Все больные получили курс плазмафереза (3–5 процедур) в составе комплексной терапии. Сравнительную группу составил 31 больной, получивший традиционное лечение. Результаты (ремиссия, значительное улучшение, незначительное улучшение, отсутствие эффекта, ухудшение) были оценены после курса лечения, через 3 и 6 месяцев.

Результаты: в группе пациентов, получивших традиционное лечение, среди 12 больных псориазом у 66,7% (8 человек) отмечалось значительное улучшение, 33,3% (4 человека) — незначительное улучшение; среди 19 больных атопическим дерматитом, экземой клиническое выздоровление отмечалось у 47,4% (9 человек), у 36,8% (7 человек) — значительное улучшение, у 15,8% (3 человека) — незначительное улучшение.

В группе пациентов у 76,2% больных псориазом (16 человек), получивших лечение с использованием плазмафереза, отмечалось значительное улучшение, у 23,8% (5 человек) — незначительное улучшение. Через 3 месяца после проведенного лечения ремиссии достигли 52,4% (11 человек), через 6 месяцев — 33,3% (7 человек). Следует отметить, что у больных псориазической артропатией исчезли боли в суставах. Ухудшения состояния у больных псориазом не отмечено.

Среди больных атопическим дерматитом и экземой у 69,2% (9 человек) наступило клиническое выздоровление, у 30,8% (4 человека) — значительное улучшение. Через 3 месяца после проведенного лечения ремиссии достигли 76,9% (10 человек), через 6 месяцев — 38,5% (5 человек).

Выводы: при сравнительном анализе результатов лечения более положительная динамика клинической картины отмечалась в группе больных, получавших лечение с использованием плазмафереза. Полученные результаты обследования позволяют рекомендовать плазмаферез в комплексном лечении хронических дерматозов.

Некоторые клиничко–иммунологические особенности эндогенной интоксикации при микробной экземе

Игоина И.А., Бакулаев А.Л., Михайлова Е.В.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, г. Саратов

Цель: оценить взаимосвязь иммунологических нарушений при микробной экземе в зависимости от выраженности эндотоксикоза и тяжести течения данного дерматоза.

Материалы и методы: изучали показатели клеточного (содержание CD–3, CD–4, CD–8, CD–16, CD–19 — лимфоцитов), гуморального (концентрации иммуноглобулинов А, М, G (IgA, IgM, IgG), цитокинового (содержание фактора некроза опухоли — α (ФНО– α), интерлейкина — 4 (ИЛ–4), интерлейкина — 6 (ИЛ–6), интерлейкина — 8 (ИЛ–8), интерферона — α (ИФН– α), интерферона — γ (ИФН– γ)) звеньев иммунитета в сыворотке крови 45 пациентов, страдающих микробной экземой. Для оценки эндотоксикоза исследовали концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в периферической крови данной категории больных. Тяжесть течения микробной экземы оценивали с помощью расчета индекса EASI (Eczema Area and Severity Index). В качестве контрольной группы обследованы 20 здоровых доноров. Статистическую обработку материала производили с помощью параметрических и непараметрических математических критериев (пакет прикладных программ Med_Stat©).

Результаты: нами констатированы значительные изменения со стороны как клеточного, так и гуморального иммунитета. В изучаемой группе больных отмечено статистически значимое снижение концентрации CD–3, CD–4, CD–8, CD–16 — лимфоцитов, понижение содержания IgG на фоне увеличения концентрации CD–19 — лимфоцитов и уровня IgA, IgM в периферической крови по сравнению с контрольными значениями. Дисбаланс цитокинового профиля проявлялся достоверным снижением

концентрации ФНО- α , ИЛ-4, ИЛ-6 и повышением уровня ИЛ-8, ИФН- α , ИФН- γ в сыворотке крови пациентов с микробной экземой. У всех больных диагностировано значительное повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов в кровяном русле ($p < 0,05$). При величине индекса EASI 30–40 зафиксировано максимальное статистически значимое уменьшение уровней Т-лимфоцитов, IgG, ФНО- α , ИЛ-4, ИЛ-6 и повышение концентрации В-лимфоцитов, IgA, IgM, ИЛ-8, ИФН- α , ИФН- γ , ЦИК в кровяном русле, причем в данном случае, синдром эндогенной интоксикации манифестировал рядом клинических признаков. Для величины EASI 12–30 и 4–12 были характерны соответственно умеренные и минимальные изменения концентраций изучаемых показателей по сравнению с группой контроля, а клинических проявлений эндотоксикоза не отмечалось.

При математическом анализе между вышеназванными показателями клеточного, гуморального иммунитета, цитокинового иммунитета и лабораторными маркерами эндотоксикоза установили ряд корреляций, указывающих на четкую патогенетическую взаимосвязь между нарушением иммунологической реактивности, формированием синдрома эндогенной интоксикации и тяжестью течения микробной экземы. По мере утяжеления дерматоза происходило прогрессирующее нарастание иммунологических сдвигов и клинико-лабораторных признаков эндотоксикоза.

Выводы: степень выраженности эндотоксикоза при микробной экземе напрямую взаимосвязана с иммунологическими сдвигами, происходящими в организме больных и тяжестью течения дерматоза.

Содержание ряда иммунологических маркеров в периферической крови можно использовать для лабораторной оценки синдрома эндогенной интоксикации у больных микробной экземой.

Опыт применения циклоспорина у больных тяжелыми формами псориаза

Каптушева И.А., Чистякова И.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить эффективность, безопасность и переносимость циклоспорина у больных тяжелым псориазом.

Материалы и методы: за последние 3 года нами наблюдалось 35 больных, страдающих тяжелыми формами псориаза (экссудативная, пустулезная, эритродермическая, артропатическая), которые получали циклоспорин и отмечали полное очищение кожи, уменьшение степени тяжести и улучшение качества жизни.

Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет, длительность заболевания — от 2 до 35 лет. При этом у 3 больных отмечалась пустулезная форма псориаза, у 6 — эритродермическая, у 5 — экссудативная, у 6 — артропатическая. Препарат назначали в случае неэффективности или наличия противопоказаний для применения метотрексата, ретиноидов, общей фотохимиотерапии и общей фотохимиотерапии с ретиноидами. Большинство больных, которым назначалось лечение, в прошлом безуспешно применяли системные кортикостероиды, после отмены которых наблюдалось тяжело протекающее обострение болезни (синдром отмены).

Применялся циклоспорин в максимальной дозе 5 мг/кг массы тела в 2 приема, лечение проводили под контролем лабораторных анализов (особенно уровня креатинина и мочевины в сыворотке крови, мочевой кислоты в моче) и артериального давления.

Результаты: результат терапии был заметен на 4–6 неделях лечения и характеризовался отсутствием прогрессирования, уменьшением инфильтрации и шелушения, снижением болевого синдрома в случаях артропатии. После достижений этих явлений проводилось медленное снижение дозы по 50 мг в неделю. После выписки из стационара больные находились на поддерживающей дозе препарата в среднем 1–1,5 месяца.

Большинство больных лечение переносили хорошо, изредка наблюдалось небольшое повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови, что не требовало прекращения терапии. Во многих случаях после полной отмены препарата отмечалась длительная ремиссия, сроком до 6 месяцев.

У трети больных при снижении дозы циклоспорина назначали внутримышечно 20–30 мг метотрексата в неделю, что позволило полностью отменить препарат.

Отмена лечения была только в двух случаях из-за нарастающего, некупируемого повышения артериального давления.

Выводы: лечение циклоспорином больных тяжелым псориазом было успешным, вызывало минимальные побочные эффекты, отмечалась хорошая переносимость и безопасность и рекомендуется к более широкому применению в различных кожно-венерологических учреждениях.

Роль клеток Лангерганса в морфогенезе пузырьчатки

Карачева Ю.В., Прохоренков В.И., Гайдаш А.А., Чегодайкин Г.П.

КГМА, г. Красноярск

Цель: изучение изменений клеток Лангерганса (КЛ) у больных вульгарной пузырьчаткой на разных этапах заболевания.

Материалы и методы: биоптаты у 10 больных пузырьчаткой (возраст 45–67 лет, у 4 — дебют заболевания) брали из области пузырей, а также с участков кожи без видимых высыпаний. После обработки срезы толщиной до 50 нм (ультратом LKB-50) контрастировали уранилацетатом и докрашивали углекислым свинцом. Просмотр осуществляли на микроскопе JEM-100S. Иммуногистохимическое исследование проводили на парафиновых срезах с применением стрептавидин-биотинового метода (DAKO, Дания, LSAB2 Systems, HRP). В качестве первичных антител использовали мышиные моноклональные антитела CD 1a (DAKO, Дания). В качестве хромогена использовался 3,3'-диаминобензидинтетрагидрохлорид.

Результаты: КЛ при дебюте пузырьчатки проявляли явные признаки повышенной функциональной активности. Морфологически это подтверждалось увеличением их числа, гиперплазией отростков, что нередко наблюдалось в местах начального акантолиза. Здесь на фоне ещё сохранившихся десмосом располагались цитоплазматические отростки КЛ. Морфологически они представлены фрагментами цитоплазмы, практически лишенными органелл, и они не вступали в плотные контакты с кератиноцитами, а как бы свободно залегали между лизированными тонофибриллами в межклеточном пространстве. Многие кератиноциты были окружены подобным тандемом, состоящим наполовину из тонофиламентов и цитоплазматических выростов КЛ. Отмечалась выраженная гиперплазия гранул Бирбека в КЛ, наблюдаемая как в теле клеток, так и в их многочисленных отростках. С кератиноцитами тела КЛ взаимодействовали посредством простых контактов.

Количество гранул Бирбека в КЛ увеличивалось до 5–7, и они приобретали чаще вид «теннисных ракеток», пропорциональная численность которых доминировала над «барабанными палочками». При пузырьчатке гранулы в виде «ракетки» подвергались

выраженной гипертрофии, достигая в своих размерах 150–200 нм, и были склонны к образованию кластеров. Значительная часть КЛ проявляла признаки высвобождения от межклеточных контактов путем сжатия и упрощения краевых зон цитоплазмы. Такие клетки приобретали сферическую форму, что свидетельствовало о подготовке их к миграции. Об усиленной миграции КЛ из эпидермиса свидетельствовали многочисленные контакты отростков КЛ с базальной мембраной. Иммуногистохимическое исследование показало, что КЛ с фенотипом CD1a довольно четко выявлялись в очагах с выраженным акантолизом. При этом относительный объем КЛ колебался в пределах 6–8% (в контроле до 4%). При обострении пузырьчатки количество КЛ резко уменьшалось, преобладали дегенеративные формы, лишённые гранул Бирбека.

Выводы: клетки Лангерганса играют активную роль в морфогенезе вульгарной пузырьчатки

Изучение иммуногистохимических показателей репарации кожи после воздействия фотоомолаживающих процедур

Карачунов Р.А., Цисанова Н.И., Иенатюк М.А., Королькова Т.Н.
ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава, г. Санкт-Петербург

Цель: изучить влияние процедуры фотоомоложения на клетки эпидермиса и дермы (PCNA, P53, Mcl-1 и тучных клеток).

Материалы и методы: фотоомоложение выполнялось 2 пациенткам широкополосным высокоинтенсивным импульсным светом в диапазоне волн 560–1200 нм на аппарате Quantum SR (США, Великобритания, Израиль). При выполнении пластической операции через 1 день после фотоомоложения у одной пациентки и через 9 дней — у другой иссекались кусочки кожи, которые подвергались иммуногистохимическому окрашиванию моноклональными антителами к перечисленным антигенам. Количественную оценку результатов проводили с использованием специальной системы компьютерного анализа микроскопических изображений.

Результаты: обнаружено снижение PCNA через 1 день после фотоомоложения до 66%, через 9 дней — до 43%, свидетельствуя о снижении процессов репарации эпидермиса. Однако эти данные не коррелировали с изменением экспрессии протеина P53, который снижался через 1 день до 64%, а через 9 дней повышался до 94%, приближаясь к значению показателя до фотоомоложения. Обнаружено снижение уровня Mcl-1 через 1 день до 42%, через 9 дней — до 30%, демонстрируя уменьшение активности антиапоптотических протеинов. Количество тучных клеток возрастало через 1 день до 112%, через 9 дней — до 132%, вместе с увеличением их дегрануляции с 15,4% до 21% и 33,3%.

Выводы: по предварительным результатам (2 пациентки) процедура фотоомоложения на ранних этапах вызывает подавление репаративных процессов в эпидермисе и активацию метаболических изменений в дерме.

Роль современных компьютерных технологий в диагностике Т-клеточных злокачественных лимфом кожи

Кардашова З.З., Шабалин В.Н., Василенко И.А., Метелин В.Б., Бабакова С.В.
ФГУ РНИИ геронтологии, г. Москва

Цель: улучшить качество диагностики Т-клеточных злокачественных лимфом кожи (Т-ЗЛК) путем использования экспресс-метода витальной компьютерной морфометрии лимфоцитов периферической крови в дерматологической практике.

Материалы и методы: обследовано 12 больных Т-ЗЛК (возраст 25–75 лет, средний возраст 53,7 года). Группы сравнения составили 15 больных с эритродермической формой псориаза (ЭФП) (возраст 19–65, средний возраст 47,3 лет) и 15 соматически здоровых лиц (возраст 27–71, средний возраст 51,1 года). Морфофункциональное состояние лимфоцитов периферической крови изучали методом витальной компьютерной фазовой морфометрии (КФМ) на основе отечественного компьютерного лазерного фазово-интерференционного микроскопа Цитоскан (МГИРЭА, Россия). Метод позволяет анализировать оптико-геометрические показатели (фазовые диаметр, периметр, высоту, площадь, объем) живых клеток, как отдельных, так и всей популяции в целом. О степени активации лимфоцитов судили по изменению их диаметра, периметра и площади. По величинам фазовой высоты и объема количественно оценивали состояние ядерных структур, отражающих пролиферативный потенциал клеток. Комплексный алгоритм морфометрии включал определение оптико-геометрических параметров, статистическую обработку данных, формирование медицинской документации. Полученные данные позволили в рамках одного метода проводить экспресс-оценку субпопуляционного состава, активационного и цитотоксического потенциала циркулирующих лимфоцитов (время исследования образца крови не превышает 30 минут). Полный диагностический комплекс обследования пациентов включал также физикальные, клинические, биохимические, иммунологические, гистологические и микроскопические методы исследования.

Результаты: установлено, что для циркулирующих Т-лимфоцитов периферической крови соматически здоровых лиц средние по популяции значения диаметра, периметра, площади, высоты и объема клеток составляют ($M \pm \sigma$) $7,1 \pm 1,1$ мкм, $20,9 \pm 3,1$ мкм, $2,2 \pm 0,4$ мкм, $32,0 \pm 10,1$ мкм², $37,6 \pm 13,9$ мкм³ соответственно. У больных Т-ЗЛК выявлены изменения оптико-геометрических показателей Т-лимфоцитов по сравнению с таковыми у соматически здоровых лиц: увеличение средних значений диаметра, периметра и площади лимфоцитов на 7–10%, снижение фазовой высоты и объема на 26 и 33% соответственно. Компьютерный анализ состояния ядра и структуры живых клеток позволил установить, что характерными особенностями иммунореактивности больных Т-ЗЛК является дисбаланс в Т-хелперной субпопуляции, изменение уровня апоптоза и увеличение цитотоксического потенциала в общей популяции Т-лимфоцитов. Полученные данные коррелировали со степенью тяжести заболевания. У больных ЭФП практически все оптико-геометрические показатели клеток оставались в диапазоне нормальных значений, за исключением величины среднего фазового объема (85,9% от нормы). Выраженных изменений в субпопуляционном составе Т-лимфоцитов, уровне апоптоза и цитотоксической активности клеток не выявлено.

Выводы: полученные результаты позволяют считать, что морфометрические параметры фазово-интерференционных портретов живых лимфоцитов могут служить объективными критериями Т-ЗЛК, а применение в комплексном обследовании больных компьютерной морфометрии, не требующей дорогостоящего оборудования и реактивов, основанной на оперативном получении объективных данных на основе универсальных критериев для оценки морфологических и функциональных показателей клеток с использованием малого объема крови способствует оптимизации диагностики Т-злокачественных лимфом кожи.

Иммунопатологические процессы в коже

Катунина О.Р., Резайкина А.В., Вавилов А.М., Баконина Н.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить особенности тканевого распределения и количественную характеристику иммунокомпетентных клеток в коже больных псориазом, красным волосатым лишаем Девержи, себорейным дерматитом.

Материалы и методы: материалом для исследования служили биоптаты кожи здоровых лиц, больных псориазом, красным волосатым лишаем Девержи, себорейным дерматитом, взятые из очагов поражения. Проводили иммуноморфологическое исследование по стандартной методике с использованием моноклональных антител к CD4, CD8, CD68, CD45RO, CD45RA, HLA-DR, CD25, для парафиновых срезов.

Результаты: при подсчете иммунокомпетентных клеток в коже здоровых лиц в эпидермисе не были обнаружены клетки, экспрессирующие изучаемые белковые антигены. В периваскулярных инфильтратах дермы был отмечен фоновый уровень «контрольного» режима ожидания с пониженным содержанием «дежурных» Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, «наивных» лимфоцитов и клеток «памяти», HLA-DR+ клеток, а также полное отсутствие активированных клеток с рецептором к ИЛ-2.

У большинства больных псориазом в коже обнаруживали низкий уровень содержания CD4+ лимфоцитов, содержание CD8+ лимфоцитов, напротив, было повышенным. CD45RO+ клетки «памяти» выявляли у большинства больных псориазом в дерме и эпидермисе. Клетки с экспрессией CD45RA в эпидермисе не обнаруживались, в дерме их количество было невысоким — от 10% до 25%. Единичные CD68+ выявляли в составе внутриочаговых микроабсцессов, в периваскулярных инфильтратах их количество было от единичных клеток до 10%. Положительную реакцию к CD25 наблюдали в цитоплазме кератиноцитов и на клетках инфильтратов. В эпидермисе и в дерме присутствовали HLA-DR+ клетки с четко видимыми отростками.

В коже больных красным волосатым лишаем Девержи содержание CD4+ клеток в периваскулярных инфильтратах было высоким — от 20 до 50%, количество CD8+ клеток было приблизительно равно количеству Т-хелперов. CD45RO+ клетки составляли субтотальную популяцию. Количество CD45RA+ лимфоцитов было выше, чем у больных псориазом. CD68+ клетки отсутствовали в эпидермисе, в периваскулярных инфильтратах их количество колебалось от единичных клеток до 15%. Реакция к CD25 была положительной в цитоплазме кератиноцитов и на клетках инфильтратов. HLA-DR+ клетки определяли в эпидермисе и в дерме.

В коже больных себорейным дерматитом единичные CD4+ клетки обнаруживали в эпидермисе, в дермальных инфильтратах их количество составляло от единичных клеток до 50% популяции. CD8+ клетки определяли в базальном слое эпидермиса и в участках спонгиоза, в периваскулярных инфильтратах их количество варьировало от 20 до 60%. CD68+ клетки выявляли в виде небольших скоплений в шиповатом слое эпидермиса, в периваскулярных инфильтратах. Их количество составляло от 5 до 25%.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об общем патогенетическом пути развития воспалительного процесса в коже при данных заболеваниях. Каждой нозологии соответствует определенное соотношение клеточных элементов в структурах кожи. Выявленные изменения позволяют отнести красный волосатый лишай Девержи и себорейный дерматит к группе хронических дерматозов, опосредованных иммунным воспалением.

Соотношение процессов пролиферации и апоптоза при псориазе

Кашутин С.Л., Дегтяр Ю.С.

СГМУ, г. Архангельск

Цель: изучить соотношение процессов пролиферации и апоптоза в прогрессирующую и стационарную стадии псориаза.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования было 80 больных псориазом в прогрессирующую и стационарную стадии в возрасте от 20 до 60 лет. Контрольную группу составили 58 практически здоровых лиц этой же возрастной категории. Наряду с фенотипированием лимфоцитов, определено содержание эпидермального фактора роста и фактора некроза опухоли- α .

Результаты: пролиферативная активность кератиноцитов сопровождалась лишь тенденцией к увеличению эпидермального фактора роста (с $165,71 \pm 31,18$ пг/мл до $206,34 \pm 31,70$ пг/мл). Для сравнения: уровень эпидермального фактора роста при обострении атопического дерматита составил $407,92 \pm 34,83$ пг/мл. Прогрессирующая и стационарная стадии псориаза характеризовались высокими концентрациями TNF- α (до $0,93 \pm 0,19$ нг/мл; $p < 0,05$) и CD95+ ($0,65 \pm 0,06 \cdot 10^9$ кл/л против $1,21 \pm 0,08 \cdot 10^9$ кл/л; $p < 0,01$). Установлена корреляционная зависимость между увеличением содержания лимфоцитов CD95+ и увеличением клеток, способных к пролиферации CD10+ (с $0,33 \pm 0,05 \cdot 10^9$ кл/л до $0,74 \pm 0,02 \cdot 10^9$ кл/л; $p < 0,01$) ($r = 0,69$), а также выявлена обратная взаимосвязь содержания клеток, меченых к апоптозу с высокими концентрациями фенотипов лимфоцитов CD8+ и CD16+ ($r = -0,69$ и $-0,74$). Вероятно, полученные данные могут свидетельствовать о том, что пролиферативная активность может вести к усилению апоптоза как способу элиминации потенциально реактивных клеток. Между уровнем эпидермального фактора роста, CD8+ лимфоцитов и естественными киллерами (CD16+) имеются сильные прямые взаимосвязи ($r = 0,68$ и $r = 0,83$), что, возможно, указывает на роль цитотоксических Т-лимфоцитов и естественных киллеров в подавлении пролиферативной активности, в частности клеток эпидермиса. Выявленное отличие в характере корреляционной зависимости между CD8+ и CD16+ от TNF- α и эпидермального фактора роста указывает на регуляцию цитотоксичности в условиях высокой пролиферативной активности кератиноцитов.

Выводы: активацию апоптоза при псориазе, вероятно, следует расценивать как механизм, направленный на ограничение пролиферации, что и является компенсаторной реакцией в условиях патологического процесса.

Содержание гормонов в системе гипофиз-щитовидная железа и морфометрическая характеристика щитовидной железы при псориазе

Кашутин С.Л., Дегтяр Ю.С., Преловская И.Б.

СГМУ, г. Архангельск

Цель: определить уровень гормонов в системе гипофиз-щитовидная железа; провести морфометрическое исследование щитовидной железы.

Материалы и методы: у 23 больных в прогрессирующую и стационарную стадии псориаза с использованием радиоиммунометрического анализа изучено содержание гормонов системы гипофиз-щитовидной железы (тиреотропин,

трийодтиронин, тироксин), а посредством диагностической ультразвуковой системы Toshiba (SSA–550A) Nemio (линейный датчик 11МГц) проведено морфометрическое исследование щитовидной железы.

Результаты: в системе гипофиз–щитовидная железа больных псориазом регистрировали увеличение тиреотропного гормона (с $2,12 \pm 0,26$ мкЕд/мл до $3,69 \pm 0,31$ мкЕд/мл; $p < 0,01$), однако данное изменение не выходило за пределы физиологических колебаний. Только у 13,04% мужчин, больных псориазом, наблюдали превышение верхней физиологической границы, тогда как в контрольной группе ни у кого высоких концентраций ТТГ мы не выявили. Содержание трийодтиронина при данной патологии возросло с $1,76 \pm 0,12$ нмоль/л до $2,31 \pm 0,22$ нмоль/л; $p < 0,01$. Превышение верхней границы регистрировали больше, чем у половины больных псориазом (52,17%), тогда как в контрольной группе их было всего 8,69%. Следует отметить, что у тех обследуемых, у которых уровень тиреотропина превышал верхнюю границу нормы, только у одного концентрация трийодтиронина превышала норму. У остальных увеличение ТЗ не сочеталось с увеличением ТТГ. Со стороны тироксина каких-либо значимых изменений у больных псориазом не зарегистрировано. Коэффициенты корреляции содержания тиреотропина и трийодтиронина составили $-0,49$, тиреотропина и тироксина $0,03$. Проведенное морфометрическое ультразвуковое исследование щитовидной железы показало увеличение общего объема щитовидной железы у мужчин больных псориазом (с $14,02 \pm 0,16$ см³ до $17,02 \pm 0,18$ см³; $p < 0,01$) за счет равномерного увеличения линейных размеров и объемов каждой доли. Увеличение объема не сопровождалось изменениями экоструктуры щитовидной железы.

Выводы: в системе гипофиз–щитовидная железа наблюдаются изменения, которые заключаются в увеличении уровня тиреотропного гормона и трийодтиронина, что сопровождается увеличением объема щитовидной железы при отсутствии изменений в экоструктуре железы. Учитывая, что подобные изменения наблюдаются при вирусных гепатитах, почечной недостаточности, психических расстройствах, хирургических вмешательствах, создается впечатление, что изменения в системе гипофиз–щитовидная железа у больных псориазом носят приспособительный характер, поскольку высокая митотическая активность со стороны кератиноцитов требует значительных энергозатрат. Противоречивость в результатах исследований уровней гормонов в различных литературных источниках, возможно, объяснима с позиций вторичности изменений со стороны гипофиз–щитовидная железа, когда происходит приспособление организма не только к требованиям патологического процесса, но и к тем климато–географическим условиям, в которых находится данный организм.

Мембранопатологические изменения при псориазе и методы коррекции

Клеменова И.А.

ФГУ НИКВИ Росздрава, г. Нижний Новгород

Цель: изучить структурно–функциональное состояние плазматических мембран различных клеток у больных псориазом, определить имеющиеся изменения и предложить методы коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы: исследование липидного состава мембран лимфоцитов, эритроцитов, фибробластов, состояния ПОЛ, использование в качестве мембранопротекторов антиоксидантов и препарата димефосфон.

Результаты: выявлены существенные нарушения состава плазматических мембран клеток крови у больных псориазом, активация ПОЛ. Применение традиционной терапии не приводит к нормализации состава мембран, а использование метотрексата усугубляет нарушения. Приводятся результаты применения мембранопротекторов.

Выводы: в зависимости от распространенности и тяжести течения псориаза, а также степени мембранопатологических нарушений рекомендуется использование мембранопротекторов.

Маркеры активации, адгезии и апоптоза у больных псориазом

Клеменова И.А.

ФГУ НИКВИ Росздрава, г. Нижний Новгород

Цель: изучить состояние мембранной экспрессии маркеров активации, адгезии и апоптоза у больных псориазом.

Материалы и методы: мембранную экспрессию маркеров адгезии, активации и апоптоза на поверхности лимфоцитов периферической крови и дермальных фибробластов определяли иммунофенотипированием с помощью моноклональных антител к CD–антигенам лимфоцитов (CD 11b, 25, 50, 54, 95).

Результаты: на лимфоцитах больных псориазом имеет место гиперэкспрессия молекул адгезии семейства иммуноглобулинов ICAM–1 и ICAM–3, а также интегрина Mac1 (CD11b+), причем выраженность экспрессии максимальна у больных псориазом первого типа, а также в прогрессирующей стадии заболевания и у больных экссудативным псориазом. При псориазе определяется достоверное увеличение как относительного, так и абсолютного количества лимфоцитов, несущих на поверхности мембраны маркер активации рецептор к ИЛ–2 (CD25+). Причем данный показатель был особенно резко повышенным в группе больных псориазом первого типа и не зависел от стадии заболевания и клинической формы псориаза. Также имеет место гиперэкспрессия маркера активации/апоптоза (CD95+), причем выраженность экспрессии не зависит от типа, а также стадии заболевания и клинической формы псориаза.

Выводы: нарушение экспрессии маркеров активации, адгезии и апоптоза у больных псориазом может иметь генетическую обусловленность.

Частота и оценка перспектив злокачественной трансформации факультативных преанкерозов кожи (ФПК) и их лазеротерапия

Ключарева С.В., Данилов С.И.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, г. Санкт–Петербург

Цель: изучение структуры заболеваемости и доказательная оценка эффективности использования метода высокоэнергетической лазерной терапии (ВЭЛТ) в лечении новообразований кожи (НОК) на основании сравнения клинических результатов его применения.

Материалы и методы: расчет априорной вероятности малигнизации (P) в % учетных нозологических форм НОК по формуле: $P = n / (N + n' + n'') \times 100\%$, где N — абсолютное число случаев обнаружения данной учетной формы новообразований кожи (НОК);

n' – число зарегистрированных эпизодов ее базальноклеточной (БК)–трансформации; n'' — число зарегистрированных эпизодов ее плоскоклеточной (ПК)–трансформации.

Результаты: оценка вероятности злокачественной трансформации НОК различных источников происхождения по базальноклеточному– и плоскоклеточному — варианту позволила исключить из числа ФПК такие нозологические формы, как папиллома, фиброма, дерматофиброма, ангиокератома, пигментный невус, поскольку величина P для этих новообразований составляла менее 1%. Вместе с тем она дала основания для причисления к группе ФПК таких НОК, как актинический, сецильный, себорейный кератозы, папилломатозный порок развития, трихоэпителиома, невус сальных желез, поскольку величина P для всех перечисленных НОК превышала пороговое значение (1%). Различия величины P , составлявшей от 1,30% (себорейный кератоз) до 8,51% (актинический кератоз), дали основания к разделению ФПК на три категории по степени вероятности малигнизации. К ФПК высокой вероятности озлокачествления отнесены такие нозологические формы НОК, вероятность малигнизации которых по данным обращаемости составила 5% и более: кожный рог (5,09%), кератоакантома (5,60%), актинический кератоз (8,51%). К ФПК средней вероятности озлокачествления причислены ЭНОК с вероятностью малигнизации от 3% до 5%: сецильный кератоз (4,03%), себорейный кератоз (3,10%). К ФПК низкой вероятности озлокачествления отнесены нозологические формы ЭНОК с вероятностью малигнизации от 1% до 3%: трихоэпителиома (1,26%), невус сальных желез (1,60%), папилломатозный порок развития (2,26%).

По нашему мнению, оптимальным инструментом для ликвидации кожных новообразований является полупроводниковый лазер «Диолан», который эффективен при лечении НОК, а также гемангиом, телеангиэктазий в области лица, нижних конечностях. Длина волны 800–1000 нм позволяет эффективно проводить терапию пигментированных образований кожи: веснушек, лентиго. Особые преимущества лазера «Диолан»: возможность лечения редких дерматозов, ульэритемы, аденом сальных желез Прингла–Бурневила, косметической коррекции патологии кожи при лейшманиозе, веррукозной форме красного плоского лишая, диффузной формы ксантоматоза. ВЭЛТ является наиболее оправданным методом лечения НОК по 5 критериям оценки эффективности: установлено достоверное 3–кратное снижение частоты рецидивирования доброкачественных НОК ($p < 0,001$), 2–кратное снижение частоты рецидивирования ФПК ($p < 0,001$), клинически значимое 1,5–кратное снижение частоты рецидивирования БКРК ($p \geq 0,05$) после использования ВЭЛТ по сравнению прочими методами лечения; сокращение сроков эпителизации послеоперационных ран; статистически высокозначимое ($p < 0,001$), (2–кратное — для доброкачественных, 2,5–кратное — для условно доброкачественных и 9–кратное — для злокачественных НОК) сокращение частоты возникновения интраоперационных осложнений: статистически значимое ($p < 0,001$), (более чем 2–кратное для всех групп НОК) снижение частоты возникновения ранних и поздних послеоперационных осложнений; увеличение частоты положительных оценок качества косметической реабилитации.

Выводы: использование ВЭЛТ с длиной волны 800–1000 мкм «Диолан», обладающего высокой проникающей способностью и обеспечивающего максимальную радикальность вмешательства, наиболее целесообразно при ликвидации глубокоинвазивных, но ограниченных по площади и опасных с точки зрения малигнизации, либо злокачественных опухолей.

Клинико–диагностическое значение определения белков острой фазы при гранулематозных заболеваниях кожи

Кобяков И.Г., Дегтярёв О.В., Дуйко В.В., Меснянкина О.А.

ГОУ ВПО АГМА, ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: исследовать концентрацию $\alpha 2$ –макроглобулинов ($\alpha 2$ –МГ), связанных с беременностью $\alpha 2$ –гликопротеина (СБАГ), лактоферрина (ЛФ) в сыворотке крови больных гранулематозными заболеваниями в качестве лабораторных маркеров активности инфекционного процесса.

Материалы и методы: изучена динамика ЛФ (коммерческие ИФА, тест–системы, производитель ЗАО «Вектор–Бест»). Изменение концентрации $\alpha 2$ –МГ, СБАГ определяли методом иммунодиффузии в агаровом желе, в сыворотке крови 20 больных лепрой (лепроматозный тип) в активной стадии заболевания, 25 — саркоидозом, 40 — пациентов с туберкулёзом кожи. В качестве контроля использована сыворотка крови 200 доноров.

Результаты: показатели, что частота обнаружения СБАГ в сыворотке крови у больных лепрой — 44,4%, саркоидозом — 60%, туберкулёзом кожи — 65,5%.

Концентрация $\alpha 2$ –МГ у больных лепрой составила 77,7%, саркоидозом — 48%, туберкулёзом — 75%. Уровень ЛФ составил в группе пациентов лепрой — 22,2%, саркоидозом — 76% и туберкулёзом — 87,5%.

Выводы: полученные результаты сопоставимы с данными клинико–инструментального и лабораторного обследования из медицинской документации. Обнаружена прямая зависимость инфекционного процесса и увеличение концентрации белков острой фазы в сыворотке крови.

Используемые в нашей работе лабораторные тесты технически просты и являются надёжными показателями активности воспалительного процесса. Рекомендуются к включению их в комплекс клинико–лабораторных исследований за эффективностью лечения и формирования прогноза заболевания.

Клинико–иммунологические особенности неврологических расстройств у больных болезнью Рейтера

Ковалева Е.Б., Ковалев Ю.Н., Шамуров Ю.С., Ковалев А.Ю.

ЧелГМА, г. Челябинск

Цель: выявление изменений неврологического и иммунного статуса у больных болезнью Рейтера.

Материалы и методы: обследовано 102 мужчины с болезнью Рейтера и 30 здоровых мужчин. В момент исследования на основании патогенетической классификации 11 (10,8%) больных имели I (инфекционную) стадию заболевания, 91 (89,2%) больных — II (иммуноиндуцированную) стадию болезни. Оценка неврологического статуса проводилась по стандартной схеме неврологического исследования. В периферической крови определяли содержание нейтрофилов, моноцитов, лимфоцитов, субпопуляций лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD20, CD25, CD95). Статистическая обработка материала проводилась на статистическом пакете прикладных компьютерных программ SPSS — 10.0 с использованием методов стандартной

описательной статистики. Для оценки исходной сопоставимости групп и вычисления достоверности межгрупповых различий применялся непараметрический критерий Манна–Уитни.

Результаты: основным патологическим симптомом при исследовании неврологического статуса была атрофия мышц — 41 (40,2%) человек. Мышечная патология констатирована у 11 (100%) мужчин I стадией и у 30 (32,9%) мужчин II стадией болезни Рейтера. В инфекционной стадии выявлен 1 случай полинейропатии, в иммуноиндуцированной — 2 случая полинейропатии и 7 случаев мононейропатии.

Исследование иммунологического статуса у больных I стадией БР выявило повышение уровня лейкоцитов ($6,92 \pm 0,65$), нейтрофилов ($4,57 \pm 0,18$), лимфоцитов ($1,66 \pm 0,15$), снижение уровня Т-лимфоцитов ($21,18 \pm 0,84$), снижение уровня CD4 ($21,55 \pm 1,23$), повышение CD8 ($31,45 \pm 1,08$), снижение коэффициента CD4/CD8 ($0,82 \pm 0,10$), ($P < 0,005$). У больных II стадией болезни Рейтера с неврологическими симптомами уровень лейкоцитов был снижен ($4,08 \pm 0,11$), лимфоцитов снижен ($1,20 \pm 0,08$), Т-лимфоцитов снижен ($20,97 \pm 1,18$), CD4 повышен ($46,16 \pm 0,95$), CD8 понижен ($13,97 \pm 0,41$), коэффициент CD4/CD8 увеличен ($3,53 \pm 0,10$), ($P < 0,005$). У больных II стадией болезни без неврологических симптомов уровень лейкоцитов, нейтрофилов не отличался от группы контроля, уровень лимфоцитов был снижен ($1,27 \pm 0,05$), Т-лимфоцитов снижен ($25,92 \pm 1,36$), CD4 повышен ($31,56 \pm 1,63$), CD8 снижен ($15,89 \pm 0,98$), а коэффициент CD4/CD8 увеличен ($2,24 \pm 0,13$), ($P < 0,005$).

При исследовании субпопуляций лимфоцитов у больных инфекционной стадией болезни Рейтера выявлено повышение уровня В-клеточного маркера ($21,64 \pm 0,94$), увеличение активированных Т-клеток (CD25, рецептор ИЛ-2) ($20,64 \pm 1,26$), CD95 (ФАС-антиген опост. апаптоз) ($17,09 \pm 1,00$), ($P < 0,005$). У больных с неврологическими осложнениями с неврологическими симптомами отмечено увеличение В-клеточного маркера ($17,07 \pm 0,82$), повышение CD25 ($16,57 \pm 0,82$), CD95 ($23,00 \pm 2,40$), ($P < 0,005$). У больных без неврологических осложнений был повышен уровень CD25 ($14,28 \pm 0,76$), CD95 ($18,56 \pm 1,28$), ($P < 0,005$).

Выводы: у пациентов с болезнью Рейтера установлено поражение периферической нервной системы (40,2%), которое проявляется клиническими вариантами амиотрофий, моно- и полинейропатий, амиотрофии выявлялись как в I, так и во II стадии болезни, моно- и полинейропатии преобладали в иммуноиндуцированную стадию. У больных с неврологическими осложнениями в инфекционной стадии болезни Рейтера преобладают проявления первичного иммунного ответа с подъемом уровня нейтрофилов и лимфоцитов в периферической крови, снижением содержания Т-лимфоцитов, снижением хелперно-супрессорного коэффициента. В иммуноиндуцированной стадии превалирует вторичный иммунный ответ, интенсивность которого больше выражена у больных с неврологическими осложнениями, что проявляется снижением содержания лимфоцитов, Т-лимфоцитов, повышением хелперно-супрессорного коэффициента. Таким образом, к развитию неврологических расстройств приводит наличие не только симптомов интоксикации, но и интенсивность аутоиммунных процессов.

Фибронектингибирующий и иммунокорректирующий эффекты лонгидазы в комплексной патогенетической терапии склеродермии

Ковалев В. М.

МИ МГТУ, г. Майкоп

Цель: изучить терапевтический эффект нового отечественного комбинированного препарата лонгидазы (иммунокорректор полиоксидоний и фермент гиалуронидаза) в комплексной терапии ограниченной склеродермии.

Материалы и методы: наблюдались 26 пациентов (17 женщин и 9 мужчин, возраст 16–52 лет), страдающих очаговой склеродермией длительностью 3 мес.–29 лет. По 1–2 бляшки имелось у 14 из них, по 3 — у 8, по 4 — 5 — у 2 и у 2 остальных диагностирована линейная склеродермия по типу сабельного удара. Эритематозная стадия дерматоза констатирована у 16 больных, склеротическая — у 10. В группу сравнения были включены 12 пациентов (8 женщин и 4 мужчин) с аналогичными проявлениями очаговой склеродермии, которым проводилась общепринятая медикаментозная терапия (ОМТ).

Назначались ангиопротекторы, иммуномодуляторы (циклоферон), поливитамины с микроэлементами и минералами (компливит), антиоксиданты, коллалезин в дозе 800КЕ/сутки в/м 10 инъекций, физиотерапия. В группе наблюдения к ОМТ добавляли 10 внутримышечных инъекций лонгидазы 2 мл через день. Концентрация циркулирующего в плазме крови растворимого фибронектина (Фн) у 12 студентов-добровольцев (контроль) и больных склеродермией исследовали методом непрямой иммунофлюоресценции (НИФ). В контроле она составила 301 ± 98 мкг/мл. Этим же методом в плазме крови 19 больных исследовано содержание иммуноглобулинов классов А, М, G.

Результаты: исходное содержание в плазме крови у больных отечной стадией дерматоза составило 597 ± 143 мкг/мл, склеротической — 461 ± 121 мкг/мл, что в 1,6–2,1 раза выше нормы. Трансформация в атрофическую форму в группе наблюдения с применением лонгидазы констатировалась в сроки 26–28 дней, в группе сравнения на 8–11 дней позже. Нормализации показателя концентрации Фн к концу лечения, несмотря на их снижение в 1,3–1,6 раза, не наблюдалось у больных обеих групп.

Показатели иммунологического гомеостаза также не претерпели существенно значимых изменений к окончанию терапии в обеих группах и сопровождалась поликлональной дисиммуноглобулинемией классов IqM, IqG.

Выводы: фибронектингибирующий эффект препарата лонгидазы превышает иммунокорректирующую составляющую, несмотря на синергизм действующих компонентов. Достижимые хорошие клинические результаты не коррелируют с дисиммуноглобулинемиями, остающимися после атрофии очагов независимо от пола, возраста, длительности заболевания и площади очагов с развитием полной клинической ремиссии. Это может являться одной из предпосылок развития очередного рецидива. Очевидно, идет взаимосвязанное потенцирование терапевтического действия лонгидазы на иммуноферментный гомеостаз при диффузных заболеваниях соединительной ткани (ДБСТ). Необходима дальнейшая разработка теоретических составляющих и накопления опыта применения лонгидазы в комплексной патогенетической терапии дерматоза.

Активированный цинк пиритион (Скин-кап) в терапии атопического дерматита лёгкого и среднетяжёлого течения

Коростовцев Д. С., Фассахов Р. С., Пампура А. Н., Сукманская Е. О.

Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия, г. Санкт-Петербург; Казанский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора, г. Казань; Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава, г. Москва

Цель: оценить эффективность и безопасность активированного цинк пиритиона (АЦП) в форме крема и аэрозоля у детей, больных атопическим дерматитом (АД) лёгкого и среднетяжёлого течения.

Методы: двойное слепое рандомизированное многоцентровое исследование продолжительностью 5 недель (3 недели — лечебный период и 2 недели последующее наблюдение) в популяции детей больных АД лёгкого и среднетяжёлого течения. 94 пациента в возрасте от 1 года до 14 лет были рандомизированы на 2 фармакотерапевтические группы: АЦП 0,2 % (Скин-кап) аэрозоль, крем 2 раза в день и плацебо (основа Скин-кап) аэрозоль, крем 2 раза в день. Соотношение больных, получающих АЦП и плацебо, составило 2:1 соответственно. В период исследования в обеих группах разрешалось использование топических кортикостероидов (ТКС) и антигистаминных препаратов по потребности. Всем пациентам была назначена унифицированная программа ухода за кожей, включающая увлажняющий крем. В течение исследования пациенты должны были отказаться от применения системных ГКС, иммунодепрессантов, системных антибактериальных и противогрибковых препаратов, препаратов пимекролимуса, иммуномодуляторов/ иммуностимуляторов.

Оценка эффективности и безопасности осуществлялась с помощью динамики кожного зуда по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), количеству пациентов с потребностью в дополнительном использовании ТКС и антигистаминных препаратов, снижению индекса SCORAD и IGA по сравнению с исходным, количества нежелательных явлений. При сравнении независимых количественных переменных использовали U-критерий Манна-Уитни, ряда зависимых переменных — анализ ANOVA Фридмана, качественных переменных — двухсторонний точный критерий Фишера.

Результаты: исходные показатели степени тяжести АД (SCORAD, IGA) значительно не различались между собой и были сопоставимы в анализируемых группах терапии ($p > 0,05$). Исходная клиническая характеристика не отличалась между группами.

Максимальное различие в группах относительно потребности в дополнительном использовании ТКС было достигнуто к 14 дню от начала лечения: среди пациентов, у которых возникла потребность в применении ТКС 78,57% получали плацебо. При этом следует отметить, что в группе детей, получавших АЦП, через 2 недели после отмены препарата потребность в дополнительном применении ТКС оставалась в 2,5 раза ниже, чем в группе, получавшей плацебо. Достигнутая клиническая ремиссия в группе пациентов, получавших АЦП, сохранялась в течение всего периода наблюдения после отмены препарата — на протяжении 2 недель.

Поскольку влияние ТКС на уменьшение выраженности симптомов АД и морфологических признаков воспаления кожи является закономерным и доказанным фактом, наибольший интерес представляет анализ динамики показателей эффективности в подгруппах пациентов, не получавших ТКС. У таких пациентов степень тяжести АД по шкале IGA через 2 недели от начала исследования уменьшилась в 2,7 раза в группе, получавших лечение АЦП, в сравнении с 1, 4 раза у пациентов, получавших плацебо-контроль. К концу лечебного периода отмечено практически четырехкратное снижение индекса SCORAD в основной группе пациентов, в то время как у пациентов, получавших плацебо, этот показатель снизился только в 1,6 раза. Выраженность кожного зуда существенно уменьшилась в группе пациентов, получавших лечение АЦП, уже к 7-му дню лечебного периода (с $5,3 \pm 0,35$ до $2,8 \pm 0,33$ балла), а к завершению лечебного периода выраженность зуда уменьшилась в 3,92 раза. В группе, получавшей плацебо, кожный зуд уменьшился с $6,2 \pm 0,61$ до $3,1 \pm 0,83$ балла только к 30-му дню наблюдения на фоне высокой потребности в дополнительном приеме антигистаминных препаратов. Так, у пациентов, получавших АЦП, потребность в дополнительном приеме антигистаминных препаратов возникла на 40,2 % реже, чем в группе плацебо. Количество дней без зуда в группе получавших АЦП почти в 3 раза превысила этот показатель, чем в группе плацебо ($72,54 \pm 4,12\%$ и $28,53 \pm 7,8\%$ соответственно).

На протяжении всего периода исследования зарегистрировано 3 случая нежелательных явлений. Все нежелательные явления зарегистрированы в группе плацебо и характеризовались легким жжением и покраснением в месте нанесения препарата, которые купировались самостоятельно. Двое пациентов (5,9%) в группе плацебо выбыли из исследования в связи с необходимостью использования антибактериальных препаратов из-за присоединения вторичной инфекции.

Выводы: По результатам многоцентрового двойного слепого плацебо контролируемого рандомизированного исследования АЦП (крем и аэрозоль Скин-кап) показал выраженную эффективность при АД у детей. В подавляющем большинстве случаев применение препарата приводит к существенному уменьшению или полному прекращению кожного зуда, регрессу воспалительных изменений кожи, снижению потребности в дополнительном приеме антигистаминных препаратов и ТКС.

Место современных увлажняющих наружных средств в комплексном лечении атопического дерматита у детей

Короткий Н. Г., Тихомиров А. А., Гамаюнов Б. Н.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель: оценка клинической эффективности и переносимости современных увлажняющих средств — эмульсии эмольант экстрем и гаммы «Cu-Zn» для асептического ухода в наружной терапии атопического дерматита у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы: в данном исследовании участвовали 190 детей, больных атопическим дерматитом в возрасте от 0 до 18 лет. В исследовании участвовали больные с легкой и средней степенью тяжести атопического дерматита. У 60 детей в качестве средства наружного лечения применяли увлажняющую эмульсию эмольант экстрем 2 раза в день на протяжении 3–4 недель. 130 пациентов в качестве средств наружной терапии использовали асептическую гамму «Cu-Zn» в течение 3–4 недель. Какие-либо традиционные средства наружной терапии, а также топические стероиды в процессе исследования не использовались.

Результаты: эмольант экстрем представляет собой нежирную эмульсию «вода в масле», содержащую в своем составе масло малиновых зерен со сбалансированной концентрацией основных жирных кислот типа Омега 3 и Омега 6, олигосахариды, растительный сквалан и растительные стеролы без ароматизаторов и парабенов, обладающую реструктурирующим, восстанавливающим и защитным действиями на кожу.

Гамма «Cu-Zn» включает в себя спрей со смектитом (при остром воспалении с явлениями экссудации и мокнутия), дерматологическое мыло, гель и крем. Основными активными компонентами гаммы «Cu-Zn» являются пирролидон карбоксилат

меди (0,5%), пирролидон карбоксилат цинка (0,25%) и термальная вода «Урьяж» (30%). Термальная вода «Урьяж» увлажняет и успокаивает кожу, защищает ее клетки от агрессивного воздействия свободных радикалов. Медь (в форме пидолата 0,5%) является антибактериальным компонентом, оказывая бактериостатическое действие на рост таких микроорганизмов, как *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и др. Цинк является противовоспалительным компонентом и действует на кератиноциты — свойство, используемое при нарушениях заживления тканей. В форме пидолата 0,25% цинк оказывает антибактериальное и противогрибковое действие. Кроме того, медь и цинк играют важнейшую роль в организме, являясь ко-факторами многочисленных энзиматических реакций. В коже они активизируют Cu-Zn-зависимую супероксиддисмутазу, оказывая таким образом противоокислительное действие.

Оценивая результаты клинической эффективности и переносимости эмульсии эмолянт экстрем в наружном лечении 60 больных атопическим дерматитом легкой и средней степени тяжести, мы можем констатировать, что данный препарат обладает выраженным увлажняющим действием, характеризуется прекрасной переносимостью, отсутствием осложнений и нежелательных побочных реакций при его использовании.

При использовании гаммы «Cu-Zn» у 130 пациентов с атопическим дерматитом нами также отмечена высокая клиническая эффективность при их применении. Препараты данной гаммы быстро устраняют сухость и шелушение, прекрасно увлажняют кожу, как в очагах воспаления, так и вне очагов поражения, уменьшают воспалительные явления, обладают асептическими свойствами и могут успешно использоваться в качестве наружных средств для профилактики и/или лечения инфекционных осложнений атопического дерматита бактериальной и/или грибковой этиологии, что, несомненно, является чрезвычайно важным и выгодно отличает данные препараты от других увлажняющих средств.

Выводы: эмульсия эмолянт экстрем и гамма «Cu-Zn» являются высокоэффективными безопасными современными увлажняющими и асептическими средствами для лечения и последующего ухода за сухой, атопической кожей у детей разных возрастных групп и могут быть использованы в качестве первого средства выбора в наружном лечении атопического дерматита.

Клинико-метаболическая эффективность адеметионина у больных псориазом с патологией органов гепато-билиарной системы

Котельникова А.А., Стрельников А.П., Матусевич С.Л.

г. Тюмень

Цель: изучение синдрома эндогенной интоксикации у больных псориазом с патологией органов гепатобилиарной системы и совершенствование терапии с применением препарата адеметионин (гептрал).

Материалы и методы: появление веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ), способных вызвать токсическое воздействие, накапливающихся в организме практически при всех болезненных состояниях, носит универсальный характер и является метаболическим ответом организма на любой агрессивный фактор. Под наблюдением находилось 40 пациентов: 23 мужчины и 13 женщин (n = 27) с сочетанной патологией органов гепато-билиарной системы (ГБС) — сочетание жировой дистрофии печени (ЖДП), дискинезий желчевыводящих путей (ДЖВП), хронического гепатита (ХрГ), хронического панкреатита (ХрП), хронического холецистита (ХрХц), хронического холангита (Хрх) в различных вариациях 16 человек, что составило 40%. В остальных случаях: ЖДП — 3 человека (11%), ХрХц — 1 человек (4%), ДЖВП — 7 человек (26%). Среди женщин (n = 13) с сочетанной патологией органов ГБС — 7 человек, что составило 53,9%, 2 человека с ХрХц (15%), 4 человека — с ДЖВП (31%). В исследовательской группе (n = 40) индекс PASI варьировал от 1,6 до 40,9 балла ($M \pm m$ 15,54 \pm 1,74); у 26 больных (65%), процесс имел распространенный характер. Хемилюминисцентным методом проведены исследования продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) — молового диальдегида (МДА, ТБК — продукты) в плазме и показателей антиоксидантной системы (АОС) — а-токоферола (ТФ, витамин Е). Выявлено: МДА $M \pm m$ 7, 65 \pm 1,93 ммоль/л, выше нормы в 2,95 раза, ТФ $M \pm m$ 10,00 \pm 2,73, ниже нормы в 1,85 раза. ВНСММ определялись экстракционно-спектрофотометрическим методом в модификации (осаждение высокомолекулярных веществ в плазме крови, эритроцитах и моче 15% трихлоруксусной кислотой (ТХУ) и последующем замере супернатанта в ультрафиолетовой части спектра в диапазоне длин волн от 180 до 300 нм с интервалом в 4 нм). Замер ТХУ — экстрактов выполняли на СФ — 46 (ЛОМО, Россия). Экстракты плазмы крови и эритроцитов замеряли на длинах волн 242, 254 и 282 нм. ТХУ — экстракт мочи — 236, 254, 280 нм. Выбор указанных длин волн обусловлен тем, что на спектрограммах здоровых людей в диапазоне этих длин волн обнаруживаются устойчивые и характерные значения. Расчёт конечного результата производили путём интегрального измерения площади фигуры, образованной полученными значениями экстинкций для каждого типа определения ВНСММ плазмы, эритроцитов, мочи путём умножения суммы полученных значений экстинкций на шаг длины волны. С целью увеличения информативности введены расчётные показатели и коэффициенты: Ко — общий пул ВНСММ в плазме; Кк — величина катаболического пула плазмы; Кк % — катаболический пул плазмы в процентах от общего; Кпл — интенсивность катаболических процессов в плазме; К1 — показатель распределения ВНСММ между белками плазмы крови и гликокалексом эритроцитов; К2 — коэффициент элиминации, характеризующий способность почек к выведению продуктов эндотоксикоза.

Результаты: выявлена положительная значимая линейная взаимосвязь между содержанием ВНСММ и тяжестью течения псориаза, определяемой индексом PASI ($p < 0,05$) и патологией ГБС ($p < 0,05$); на фоне хронического течения псориаза с патологией ГБС растёт уровень продуктов катаболизма в плазме (Кпл выше нормальных значений в 96–100 % случаев в исследовательской группе, n=40); формируются процессы перераспределения ВНСММ между плазмой и эритроцитами (происходит изменение эритроцитарной мембраны, гликокалекс эритроцитов); процесс элиминации ВНСММ почками находится в стадии компенсации с более высоким метаболическим потенциалом у мужчин (n=23); катаболический пул веществ превышает 10–15% от общего количества ВНСММ в плазме и у мужчин (n = 27) и у женщин (n = 13), что свидетельствует о латентной фазе эндогенной интоксикации (ЭИ) и компенсаторном напряжении таких органов детоксикации, как печень и почки. Проведено лечение адеметионином в дозе 800 мг в сутки 15 дней в комплексной терапии у 40 пациентов. На фоне стабилизации и регресса кожного процесса (PASI $M \pm m$ 8,9 \pm 1,12), при повторном обследовании выявлено снижение продуктов ПОЛ (МДА $M \pm m$ 6,2 \pm 2,07, $p < 0,05$), возросла активность АОС (ТФ $M \pm m$ 12,19 \pm 3,7, $p < 0,05$); содержание ВНСММ в плазме, эритроцитах уменьшилось ($p < 0,05$), наметилась положительная динамика восстановления элиминационной функции почек, детоксикационной функции печени, соотношение Ко (21,2 \pm 3,8, $p < 0,05$) и Кпл (0,61 \pm 0,1, $p < 0,05$) приблизилось к норме и у мужчин (n = 27) и у женщин (n = 13).

Выводы:

1. ВНСММ, определяемые в плазме крови, эритроцитах и моче, являются достоверными биохимическими показателями, характеризующими метаболический статус.
2. Фаза ЭИ, определяемая уровнем ВНСММ у больных псориазом с патологией ГБС, влияет на тяжесть течения псориаза.
3. Лабораторная диагностика степени ЭИ у больных псориазом с патологией ГБС позволяет диагностировать, прогнозировать и контролировать терапию.
4. Включение в комплексную терапию этой группы больных препарата гептрал (адеметионин) оправдано клинически, целесообразность подтверждается лабораторно.

Сочетанное применение наружных средств терапии и увлажнения кожи у больных atopическим дерматитом

Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Шарышева О.В., Коломойцев А.В., Барановская Н.П., Гольцов С.В.
ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: разработка алгоритма дифференцированной наружной терапии больных atopическим дерматитом (АД) с использованием различных лекарственных форм препарата метилпреднизолона ацепонат (Адвантан) и параллельным применением эмульгента Дардиа на основании многоцентрового сравнительного исследования; выявление эффективности пролонгированного применения средства Дардиа для поддержания состояния клинической ремиссии у пациентов с АД.

Материалы и методы: всего в исследовании приняли участие 48 больных с АД: топическая монотерапия препаратом Адвантан (АДВ) — 22 больных; терапия АДВ и уход за кожей с применением средства Дардиа (Д), использование которого было пролонгировано после окончания основного курса до 12 недель — 26 больных. Проводилась оценка выраженности симптомов АД с использованием стандартизованного индекса EASI в динамике лечения, фиксация 75,0% и 90,0% регресса кожных проявлений (исчисление по индексу EASI) в сроки 2, 4, 8 и 12 недель от начала исследования.

Результаты: установлена выраженная эффективность терапии больных АД как в режиме комбинированного применения препарата АДВ с увлажняющим средством Д, так и при монотерапии АДВ, со снижением индекса EASI в 6,3 и 4,3 раза соответственно. После 4 недель терапии число больных со снижением показателя EASI на 75% и 90% достигнуто у 85,6% пациентов, получавших терапию АДВ и увлажнение средством Д, а также у 72,6% больных, проводивших монотерапию АДВ.

Анализ наблюдения за пациентами в сроки до 12 недель показал, что активность симптомов АД в группе с комбинированной наружной терапией и дальнейшим применением эмульгента Д на 8 и 12 неделе наблюдения были минимальными и соответствовали состоянию клинической ремиссии процесса у подавляющего числа пациентов. При отсутствии поддерживающих процедур ухода за кожей средством Д, у части больных фиксировалось увеличение активности симптомов дерматоза с возрастанием средних значений индекса EASI до 6,4–9,7 балла, что соответствовало умеренному сезонному обострению процесса.

Анализ клинического опыта исследователей показал, что эмульсия АДВ значительно чаще назначалась врачами для топической терапии высыпаний в области лица и шеи, крем использовался во всех локализациях со сравнимой частотой, за исключением нижних конечностей; мазь применялась более чем у половины больных для лечения процесса на туловище, а жирная мазь — для терапии проявлений АД на нижних конечностях и туловище. Обобщение клинического опыта позволило разработать эффективный алгоритм комбинированной терапии, дифференцированно назначаемой больным АД с учетом характера преобладающих клинических проявлений заболевания (острые, подострые и хронические) и фармакологических особенностей различных лекарственных форм препарата АДВ и разновидностей средства по уходу за кожей Д (липо-крем для лица, липо-молочко для тела, липо-бальзам).

Выводы: установлена высокая клиническая эффективность наружной терапии больных с АД как с использованием препарата Адвантан в сочетании с увлажняющим средством Дардиа, так и при наружной монотерапии Адвантаном, что позволяет в сроки до 4 недель достигнуть клинической ремиссии у подавляющего числа пациентов. Дифференцированное назначение различных лекарственных форм Адвантана и разновидностей эмульгента Дардиа, в соответствии с разработанным алгоритмом при сочетанном применении, способствовало более быстрому купированию симптомов заболевания, а применение средства Дардиа до 12 недель профилактировало обострение процесса у значительного числа пациентов с АД, снижало выраженность последующего обострения в сроки наблюдения до 12 недель.

Коллаген. В поисках идеального филлера

Кубанова А.А., Смольяникова В.А., Служаева Н.Г.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: коррекция инволюционных изменений препаратом коллагена «Коллост-гель» для определения синтеза коллагена de novo и стойкости эстетической коррекции.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие женщины в возрасте от 30 до 60 лет. Объектом исследования являлась кожа носогубных складок до и после введения биодеградирующего импланта.

В качестве биоимпланта был использован 7% и 15% гель «Коллост» (бычий коллаген), производства ЗАО «БиоФАРМАХОЛДИНГ» (Россия), предназначенный для контурной пластики мягких тканей. Перед проведением процедуры использовалась аппликационная анестезия зоны инъекции кремом «Эмла». Биоимплант вводили в зону носогубных складок и по всему лицу в объеме 1,5 мл, внутривожно (интрадермально) туннельным методом и методом точечных инъекций иглой 0.4*13. Кратность введения — 3 раза с интервалами 2 и 4 недели (первое введение препарата, затем дополнительные введения — через 2 недели и через 1 месяц) в том же объеме.

Перед введением препарата проводили аллергопробы, собирали аллергологический анамнез.

Изменения в коже оценивали при помощи фотосъемки до, в процессе и по окончании курса лечения, в период клинического наблюдения методов гистологии и иммуногистохимии, а также ультразвукового исследования через 1, 3, 7, 14, 28 дней.

Выводы: Коллост-гель на основе бычьего коллагена вызывает реакции кожи в виде значительной отёчности зоны коррекции, её болезненности и эритемы (у 100% пациентов).

Наиболее выраженный косметический эффект при введении Коллост-геля зафиксирован после трёхкратного введения биоимпланта.

Далее наблюдается постепенное снижение эффекта косметической коррекции через 3–5 месяцев после последнего введения препарата.

По отзывам пациентов, после введения Коллост–геля улучшается общее состояние кожи, увеличивается её тургор, цвет.

Высокочастотный ультразвук в дерматологии

Кубанова А.А., Смольяникова В.А., Служаева Н.Г.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: дать краткий обзор технологии, позволившей применять УЗ в сфере дерматологии;

описать некоторые специфические аспекты применения УЗ в дерматологии; обсудить потенциальные аспекты применения УЗ для оценки кожи в будущем.

Материалы и методы: УЗ представляет собой распространение энергии звуковых колебаний в жидкости или плотных веществах, в том числе в тканях человеческого организма. УЗ представляет собой звуковые колебания с частотой выше 20 кГц.

Благодаря разработке новых материалов стало возможным применение УЗ в дерматологии, т.к. были созданы датчики, работающие на более высоких частотах.

УЗ–системы преобразуют изменения напряжения, регистрируемые датчиком, и выводят эти сигналы на дисплей в форме видеоизображений. Видеоизображения могут быть выведены на дисплей несколькими способами.

А–сканогаммы показывают величины отражений вдоль одной линии, видны изменения амплитуды относительно времени (отсюда название «А–сканирование» — от англ. «amplitude» — амплитуда). Время прохождения звуковых колебаний коррелирует с расстоянием. Другими словами, каждое отклонение на графике соответствует эхо–сигналу, вызванному звуковыми колебаниями при «встрече» с различными тканевыми средами. Эхо–сигналы возникают на границах между тканями, где меняется акустическое сопротивление.

В–сканогаммы сочетают в себе информацию, полученную на последовательно выполненных А–сканограммах, и на дисплей выносятся каждая точка, имеющая свою относительную величину яркости (отсюда название «В–сканирование» — от англ. «brightness» — яркость). На В–сканогамме каждая точка может быть ярче или темнее — в зависимости от интенсивности эхо–сигналов, от соответствующей анатомической точки. Таким образом на В–сканограммах создается изображение, напоминающее анатомический поперечный срез сканируемой ткани. В–режим первоначально был черным и белым. Серая шкала позволила получать изображения лучшего качества, т.к. в этом режиме на дисплей выносятся амплитуда отраженных УЗ–сигналов.

Проблемами дерматологии, для исследования которых был использован УЗ, являются проблема старения и мониторинг воспалительных реакций.

Bhagat и Kerrick в результате исследований выявили ослабление интенсивности и скорости УЗ по мере старения кожи. De Riga! показал, что по мере старения развивается гипозоженная полоса, которую назвали «субэпителиальной незоженной полосой». После 7–го десятилетия жизни наблюдалась темная полоса, которая является лучшим маркером старения, чем измерение толщины кожи. Анатомическое происхождение этой полосы неясно.

УЗ пока находится на ранних стадиях своего применения в дерматологии, поэтому исследователи зачастую не бывают уверены относительно анатомических структур, коррелирующих с теми или иными признаками на эхограммах (как это было на ранних этапах развития диагностической рентгенологии).

Важная область применения УЗ — оценка опухолей кожи до и после лечения. Традиционно хирургическое удаление опухолей кожи выполняли после исследования, производимого только методами пальпации и визуального осмотра. УЗ способен дать неинвазивную, трехмерную визуализацию неоплазий кожи.

Edwards et al. (1989) использовали А–режим для дифференциации нескольких различных типов опухолей кожи и высказали мнение, что УЗ имеет значительную ценность для диагностики. Они обнаружили хорошую корреляцию между УЗ–измерениями и гистологическими измерениями. Эти исследователи также обнаружили, что УЗ имеет ценность для дифференциации базально–клеточной карциномы, дерматофибромы и невуса, производимой на основании анализа таких УЗ–параметров, как амплитуда, плотность, ослабление сигнала и его частота.

Выводы: УЗ с высокой разрешающей способностью — перспективная область, в которой достигнуты успехи в сфере неинвазивной диагностики кожи. В дерматологии УЗ используют для измерений толщины кожи и для неинвазивной диагностики границ опухолей. С помощью УЗ удалось хорошо дифференцировать неоплазии кожи.

Иммуногистохимическая характеристика ангиогенеза различных морфологических форм базально–клеточного рака кожи

Кубанова А.А., Смольяникова В.А., Степанова Е.В., Балабаев Д.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель: изучить процессы ангиогенеза в различных морфологических формах базально–клеточного рака кожи.

Материалы и методы: морфологические, иммуногистохимические исследования материала 30 больных базально–клеточным раком кожи. Для изучения процессов ангиогенеза использовались моноклональные антитела к VEGF, Flk–1, Flt–1, bFGF, Sox, CD34.

Результаты: абсолютно во всех морфологических формах базально–клеточного рака кожи отмечалась положительная экспрессия моноклональных антител к Flk–1 и к CD34. Положительная экспрессия моноклональных антител к Flt–1 наблюдалась в 30% случаев, к VEGF — в 67% случаев, к bFGF — в 80% случаев, к Sox — в 24% случаев. Степень положительной экспрессии CD34 в опухолях варьировала в широких пределах: от 15% до 100%. Наиболее низкий уровень экспрессии моноклональных антител к CD34 наблюдался при склеродермоподобной (Морфеа) форме базально–клеточного рака кожи. Солидные формы базально–клеточного рака кожи отличались высоким уровнем экспрессии моноклональных антител к CD34. Средний уровень экспрессии моноклональных антител к CD34 наблюдался в базально–клеточном раке кожи с пилородной дифференцировкой. Наиболее высокая степень экспрессии моноклональных антител к VEGF наблюдалась преимущественно при солидной форме базально–клеточного рака кожи, наиболее низкая — преимущественно при поверхностной мультицентрической форме базально–клеточного рака кожи. Высокая степень экспрессии моноклональных антител к Flk–1 наблюдалась во всех морфологических формах базально–клеточного рака кожи. Большинство опухолей либо не экспрессировали моноклональные антитела к Flt–1, либо степень экспрессии была невысокой и, как правило, не зависела от морфологической формы базально–клеточного рака

кожи. Наиболее высокая степень экспрессии моноклональных антител к bFGF наблюдалась преимущественно при солидной форме базально–клеточного рака кожи, наиболее низкая — при базально–клеточном раке кожи с пилоидной дифференцировкой, при изъязвившейся солидной форме базально–клеточного рака кожи. Наиболее высокая степень экспрессии моноклональных антител к Sox наблюдалась при солидной форме базально–клеточного рака кожи, наиболее низкая — при склеродермоподобной (Морфеа) и при поверхностной мультицентрической формах базально–клеточного рака кожи. Солоидно–аденоидная форма базально–клеточного рака кожи и базально–клеточный рак кожи с пилоидной дифференцировкой не экспрессировали моноклональные антитела к Sox.

Выводы: результаты иммуногистохимического исследования позволили выявить, что во всех морфологических формах базально–клеточного рака кожи наблюдались глубокие нарушения регуляции процессов ангиогенеза, выражающиеся в высокой экспрессии маркёров, ответственных за индукцию ангиогенеза. Малое количество микрососудов, низкая степень выраженности ангиогенеза наблюдались при морфологических формах базально–клеточного рака кожи, отличающихся агрессивным ростом. Среди рецепторов VEGF наиболее диагностически значимым является Flk-1, повышенная экспрессия которого сочеталась, как правило, с полным отсутствием или низкой степенью экспрессии ингибитора ангиогенеза. Для выявления более чётких закономерностей между морфологическими формами базально–клеточного рака кожи и процессами ангиогенеза необходимо дальнейшее исследование на большем количестве материала.

Совершенствование методов лечения гнездной алопеции

Кузина З.А., Родоченко Е.В., Кардава Д.М.

Консультативно–диагностический центр, г. Ростов–на–Дону

Цель: обобщить накопленный опыт лечения больных гнездной алопецией.

Материалы и методы: клинично–лабораторные исследования.

Результаты: обследовано 48 пациентов в возрасте от 7 до 35 лет (32 женщины и 16 мужчин) для выявления патогенетических моментов. Обнаружено наличие дизэнцефальной патологии у 11 (23%) больных, нарушения мозгового кровообращения — у 23 (47%), из них с патологией шейного отдела позвоночника у 10 (20%). В связи с наличием определенной фоновой патологии для непосредственного влияния на патогенез в комплексную терапию включены препараты янтарной кислоты (мексидол, эмоксипин), обладающие антиагрегационным, антигипоксическим и антипротекторным действиями, и нейролептики (церебролизин, кортексин, биолан, деринат), стимулирующие аэробный обмен в головном мозге, синтез белка, защищающие нейроны от повреждающего действия лактат–ацидов, предотвращающие образование свободных радикалов, повышающие устойчивость нейронов к гипоксии и ишемии.

Также применяли БАД с цинком, медью, железом, участвующие в синтезе кератина и регулирующие рост волос.

В качестве наружной терапии применяли плацентоль, обогащение липидами, цитокинами, микроэлементами, коэнзимом Q-10, кремнием.

Результаты: проведение курсов лечения от 3 месяцев до 1 года, в зависимости от тяжести лечения, дало положительный результат в 46 случаях. У двоих пациентов с наличием генетической патологии получен отрицательный результат.

Выводы: полученные результаты позволяют говорить о необходимости исследования патологии шейного отдела с целью выявления нарушений мозгового кровообращения у пациентов с гнездной алопецией.

Иммунорфологическая характеристика поздней кожной порфирии

Кузнецова Н.П., Чащина А.Ю., Хатанбаатар А., Афанасьева И.Г.

ИГМУ, г. Иркутск

Цель: изучить иммунорфологические особенности при поздней кожной порфирии (ПКП) с учетом стадии и давности заболевания.

Материалы и методы: с помощью гистологических (окраска гематоксилин–эозином и пикрофуксином по Ван–Гизону), гистохимических (выявление ДНК по Фельгену, РНК по Браше, PAS–реакция), иммунорфологических (пероксидазно–антипероксидазный метод с панелью моноклональных антител CD4+, CD8+, IgA, IgM, IgG, C3–фракция комплемента, коллагены I, II, III, IV типов) исследований изучены изменения в биоптатах кожи у 31 больного ПКП.

Результаты: установлено, что морфологические изменения кожи у больных ПКП с давностью заболевания до 5 лет в стадии манифестации характеризуются акантозом, наличием субэпидермальных пузырей со скудным количеством клеток в экссудате, истончением и нарушением целостности базальной мембраны, массивным отложением PAS–положительного вещества периваскулярно за счет накопления IgG и C3–компонента комплемента. С нарастанием давности заболевания (более 10 лет) в базальных клетках эпидермиса обнаруживается большое количество меланина, происходит дезорганизация коллагеновых волокон, которые располагаются более рыхло с преобладанием грубых коллагенов I типа.

Выводы: при иммунорфологическом исследовании выявлено преобладание Т–лимфоцитов, расположенных преимущественно в дерме в периваскулярном инфильтрате и в эпидермисе. У больных ПКП с давностью заболевания до 10 лет в коже преобладают CD4+ Т–лимфоциты, в более поздние сроки заболевания (более 10 лет) соотношение CD4+/CD8+ сдвинуто в сторону цитотоксических CD8+ клеток.

Выводы: иммунная система участвует в формировании патологических изменений в коже при ПКП. Характер иммунорфологических изменений меняется в зависимости от давности и стадии заболевания.

К вопросу о дифференциальной диагностике эритродермических форм злокачественных лимфом кожи

Кужлин И.А., Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Сазонов С.В.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий; УрГМА, г. Екатеринбург

Цель: оптимизация диагностики эритродермических форм Т–клеточной злокачественной лимфомы кожи (ЭТЗЛК) и дифференцирования их с эритродермиями при хронических дерматозах на основании комплексного анализа клинико–анамнестических и лабораторных данных с применением математической модели.

Материалы и методы: проведено изучение анамнеза, особенностей дебюта, течения и динамики клинических проявлений у 142 больных с эритродермиями. Лабораторно–инструментальное обследование больных включало фенотипирование циркулирующих лимфоцитов периферической крови методом непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител (МКА): CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD95; определение содержания интерферона–гамма (IFN– γ) и интерлейкина–4 (IL–4) в сыворотке крови; исследование клеток инфильтрата кожи с использованием проточной цитометрии и панели МКА: CD45, CD3, CD4, CD8, CD16+56, CD19, CD95, Ki67, p53. Используются методы вариационной статистики, дисперсионного, дискриминантного и кластерного анализа (Microsoft Excel 7.0, Statistica 5.5, «VORTEX 6.0», «КВАЗАР»).

Результаты: при обследовании 142 больных с эритродермиями различного генеза (ЭТЗЛК, псориаз, экзема, атопический дерматит и болезнь Девержи) были выявлены клинико–анамнестические и параклинические особенности течения заболевания, отличия в клеточном составе дермального инфильтрата, активности пролиферации и апоптоза, характерные для больных с ЭТЗЛК. На основании анализа полученных клинико–анамнестических и лабораторных данных были выделены 11 статистически достоверных признаков (X_1 – X_{11}), позволяющих дифференцировать ЭТЗЛК от эритродермий при хронических доброкачественных дерматозах. Для ЭТЗЛК таковыми явились синдром интоксикации, нестерпимый и интенсивный зуд кожи, ладонно–подошвенный гиперкератоз, поредение волос, полилимфаденопатия, белый дермографизм, лейкоцитоз, эозинофилия, гиперIgE, снижение концентрации IFN– γ и повышение IL–4 крови. Данные признаки были использованы в качестве основополагающих при разработке математической модели вероятностной дифференциальной диагностики эритродермий (патент РФ №2286570 от 27.10.2006 г.). Для облегчения применения математической модели в практической деятельности врача была создана компьютерная программа, позволяющая в автоматическом режиме производить расчет переменных, учитывая коэффициенты и возможность подстановки аргументов в линейные дискриминантные функции F1 и F2. Для реализации способа дифференциальной диагностики эритродермий в каждое уравнение необходимо подставить значение соответствующего признака, в случае X_1 – X_5 — абсолютные (количественные) значения, в случае X_6 – X_{11} — значение, равное 1 (если признак имеется у больного) или 0 (если признак отсутствует). При получении значения переменной $F2 > F1$ результаты дифференциальной диагностики свидетельствуют в пользу ЭТЗЛК, а при $F1 > F2$ — в пользу доброкачественной эритродермии. Разработанный способ предварительной дифференциальной диагностики эритродермий был интегрирован в новую клинико–лабораторную технологию — алгоритм действий врача дерматовенеролога при проведении поэтапной диагностики эритродермий. Реализация диагностической схемы в практической деятельности клиники УрНИИДВИИ позволила сократить продолжительность преддиагностического периода у больных ЭТЗЛК в среднем на $2,65 \pm 0,8$ года.

Выводы: включение в алгоритм этапной диагностики эритродермий математической модели позволяет на основании комплекса диагностически значимых признаков с 97,6% точностью проводить предварительную диагностику ЭТЗЛК, что способствует оптимизации диагностического маршрута пациентов и своевременному выявлению больных.

Клинико–анамнестические, молекулярно–генетические особенности псориаза у пациентов Краснодарского края

Кунгуров Н.В., Филimonкова Н.Н., Голубцов В.И., Корхмазова С.А.
ФГУ УрНИИДВИИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург; КГМУ, г. Краснодар

Цель: определение клинико–анамнестических особенностей и роли генетических факторов в этиопатогенезе псориаза на примере выборки больных псориазом Краснодарского края.

Материалы и методы: нами обследовано 250 больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в Краснодарском краево–венерологическом диспансере за период с 2004 по 2007 год. При сборе анамнеза заболевания использовались методы опроса и анкетирования. Для оценки клинической картины кожного процесса был использован стандартизованный и воспроизводимый метод оценки — индекс PASI. Составление и анализ родословных проводились клинико–генеалогическим методом. Молекулярно–генетические исследования проведены 107 больным. В контрольную выборку были отобраны здоровые индивиды (N=93) с отсутствием клинических проявлений псориаза. В работе использованы полиморфизмы C325T, G1723T, C2327G гена HCR, HLA–Cw гена HLA–C, C1243T гена CDSN, а также четыре микросателлитных маркера локуса PSORS1 (M6S145, M6S190, M6S172, TNFR). Анализ полиморфных генов локуса PSORS1 проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на амплификаторе «Терцик» с последующим рестрикционным анализом.

Результаты: частота псориаза в популяции Краснодарского края существенно ниже в сравнении с другими популяциями России и зарубежья, при этом роль генетической компоненты в детерминировании псориаза, оцененная по частоте семей,отягощенных дерматологической патологией, составляет 33,6% среди больных псориазом и характерен ежегодный рост осложненных, инвалидизирующих форм (16,6%) псориаза. Генеалогический анализ семей с наличием псориаза в родословной более чем в половине случаев (53,13%) выявил наличие псориаза среди родственников I степени родства, среди II степени — 30,20%, III степени — 16,67%. Первые высыпания у генетически предрасположенных к псориазу мужчин и женщин наблюдаются в более раннем возрасте, чем у больных без генетической предрасположенности ($23,94 \pm 11,86$; $23,21 \pm 11,38$ достоверность соответственно), а также отмечено преобладание триггерного фактора — психоэмоционального напряжения, стресса в группе больных со спорадическими случаями (56,63%) при возникновении и/или обострении псориазического процесса.

Анализ полиморфизма C1243T гена CDSN у больных с семейным накоплением псориаза не выявил каких–либо закономерностей в распределении частот аллелей от проанализированных нами фенотипических признаков (семейного анамнеза, возраста манифестации и формы заболевания), а анализ локуса HLA–Cw6 выявил ассоциацию генотипа Cw6(+)/Cw6(+) с более ранним началом заболевания у больных псориазом русской этнической принадлежности в Краснодарском крае. Выявленные маркеры M6S172, M6S190, M6S142 позволяют прогнозировать тяжесть манифестации псориаза. Псориазический процесс ассоциируется с микросателлитными маркерами M6S172, M6S190, M6S142, локусом HLA–Cw6, полиморфными вариантами гена CDSN, HCR, аллельными вариантами *113 и *121 CA–повторов гена TNFR.

Выводы: рекомендуется использовать метод молекулярно–генетического обследования больных псориазом для выявления ассоциации аллелей микросателлитных маркеров и полиморфизма нескольких генов с целью обнаружения степени риска развития псориаза у детей пациентов. На основании выявления генотипических вариантов псориаза создан алгоритм обследования, наблюдения, прогноза и профилактических мероприятий для больных псориазом и членов их семьи.

Ограниченная склеродермия: нозология или симптом болезни Лайма

Курдина М. И., Макаренко Л. А.

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

Цель: обследование пациентов с впервые выявленной ограниченной склеродермией для исключения болезни Лайма (БЛ) – природно-очаговой трансмиссивной инфекции, вызываемой *Borrelia burgdorferi sensu lato* (Bb).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 36 больных в возрасте от 18 до 80 лет (средний возраст $43 \pm 2,1$) с впервые выявленной ограниченной склеродермией. Для серологической диагностики БЛ в мировой практике отработан и рекомендован к применению двухступенчатый подход: на первом этапе проводят исследование сыворотки крови или ликвора, используя иммуноферментный анализ или реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ); на втором этапе пробы с положительным и/или сомнительным результатом исследуют с помощью иммуноблота (ИБ). В России широкое использование двухступенчатого подхода невозможно из-за отсутствия отечественных тест-систем для проведения иммуноблота. В нашем исследовании на первом этапе всем больным определяли уровни антител к Bb в РНИФ с отечественным антигеном IP21 (*Borrelia afzelii*), на втором 10 из них — в ИБ с американским референсным штаммом B31 (*Borrelia burgdorferi sensu stricto*).

Результаты: у всех пациентов был отягощен эпидемиологический анамнез — посещение леса и/или парковых зон, контакт с клещами и/или дикоросами. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,5. У большинства женщин (22–81%) обнаружены заболевания эндокринной системы и/или женской половой сферы. В РНИФ антитела выявлены у всех обследованных, однако в диагностических титрах (1/40 и выше) — только у 28 (75%) пациентов. При проведении ИБ только у 2 больных получены положительные результаты. Полученные результаты, по-видимому, обусловлены генотипическими и антигенными различиями возбудителей БЛ, циркулирующих в различных регионах: на американском континенте преобладает *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, на европейском — представлен более широкий спектр боррелий — *Borrelia afzelii* и *Borrelia garinii*.

Выводы: полученные результаты позволяют рассматривать ограниченную склеродермию как проявление болезни Лайма. Для уточнения роли *Borrelia burgdorferi sensu lato* в развитии ограниченной склеродермии необходимо использование иммуноблота с отечественными антигенами.

Динамика клинического и иммунного статуса больных тяжелым псориазом в процессе короткого курса терапии Ремикейдом

Курдина М. И., Анофриева Н. В.

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

Цель: исследовать клиническую эффективность и влияние на иммунный статус препарата инфликсимаб (Ремикейд) у больных тяжелыми формами псориаза.

Материалы и методы: наблюдали 18 мужчин и 17 женщин, больных псориазом в возрасте от 18 до 72 лет. PASI до лечения составлял 44 ± 17 . У 18 (51,4%) пациентов кожные проявления сочетались с поражением суставов. Курс лечения состоял из 3 внутривенных инфузий по 5 мг/кг по схеме 0–2–6 неделя.

Результаты: терапия оказалась эффективна у всех больных. Регресс кожных высыпаний был замечен уже на 3–5 сутки после первого введения Ремикейда. Положительная динамика клинических признаков артрита была отмечена у 11 (31,4%) пациентов на 6–7 сутки после первого введения препарата. Значение PASI через две недели после первого введения препарата сократилось почти в 2 раза, а по завершении лечения — на 94,6%. В течение всего времени наблюдения самочувствие и состояние больных было удовлетворительным. При проведении традиционного лабораторного контроля значимых изменений зафиксировано не было.

При исследовании иммунного статуса на фоне лечения зарегистрирована тенденция к увеличению абсолютного количества лимфоцитов: T–лимфоцитов, T–хелперов ($p < 0,0001$), а также статистически достоверное снижение количества IgG, IgA, ЦИК с IgG и IgA ($p < 0,0001$) (в сравнении с показателями до начала терапии).

Снижение PASI статистически значимо (коэффициент корреляции Спирмена, при $p \leq 0,05$) коррелировало с уменьшением количества антител к лимфоцитам ($r = -0,77$), тромбоцитам ($r = -0,69$), нейтрофилам ($r = -0,78$), ЦИК с IgA ($r = -0,81$).

Выводы: таким образом, Ремикейд может быть использован коротким курсом для лечения больных тяжелыми формами псориаза, резистентными к другим видам терапии. Выраженный клинический эффект при этом коррелирует со снижением ЦИК с IgA и антител к клеткам крови.

Эффективность ПУВА-терапии при папуло-пустулезной форме угревой болезни

Ленкин С. Г., Юцковский А. Д., Мошин М. В.

ВГМУ, г. Владивосток; МИФИ, г. Москва

Цель: апробирование методики ПУВА-терапии для лечения угревой болезни у матросов и призывников на Тихоокеанском флоте.

Материалы и методы: для проведения ПУВА-терапии использовались 4 лампы Philips Cleo Performance, мощностью по 40 Вт. Облучение больных происходило с фиксированного расстояния — 30 см. Мощность потока УФА, измеренная радиометром «АРГУС 04», на данном расстоянии составляла 15,8–16,2 Вт/м². Перед облучением всем больным наносился 0,3% спиртовой раствор аммифурина. При проведении ПУВА-терапии время первого сеанса составляло 2 мин. Длительность каждого последующего сеанса увеличивалась на 30 сек. Курс лечения составлял 9–12 облучений.

Всего было проведено лечение 62 призывникам и матросам срочной службы, в возрасте от 17 до 22 лет, с папуло-пустулезной формой угревой болезни. Из 62 больных, легкая степень тяжести диагностировались у 10 юношей, средняя — у 44, тяжелая — у 8. Отсутствие в рассматриваемой группе конглобатных и других тяжелых форм угревой болезни объясняется отсутствием годности таких лиц призывного возраста к срочной службе.

Результаты: была отмечена следующая клиническая эффективность лечения — от 30 до 50% высыпаний разрешилось у 15 больных (24,2%), от 50 до 70% высыпаний у 35 больных (54,7%), от 70 до 100% высыпаний у 11 больных (17,7%). У 1 больного (1,6%) отмечено абсцедирование, терапия прекращена.

Выводы: таким образом, ПУВА-терапия является эффективным методом лечения папуло-пустулезной формы угревой болезни у призывников и матросов Тихоокеанского флота.

Оценка качества жизни больных красным плоским лишаем

Летаева О.В., Филлимонкова Н.Н.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: дать характеристику качества жизни больных красным плоским лишаем с учетом влияния зуда как ведущего субъективного симптома.

Материалы и методы: для оценки показателей качества жизни нами было проведено обследование 19 больных красным плоским лишаем в возрасте от 16 до 60 лет и 10 клинически здоровых лиц. Качество жизни пациентов оценивали по вопроснику Дерматологического Индекса «Качества Жизни» по 3–балльной шкале с детальным анализом по 6 разделам, оценивающим симптомы и ощущения, ежедневную деятельность, отдых, работу и учебу, межличностные отношения, лечение. Тяжесть зуда оценивалась по его характеристике и степени влияния на деятельность пациента согласно визуальной аналоговой шкале. Для оценки зуда определялась тяжесть зуда, частота приступов зуда, длительность зуда.

Результаты: снижение качества жизни было выявлено у 75% пациентов, при этом в 68,8% снижение качества жизни было сопряжено с зудом различной интенсивности. Изменение социальных отношений у 12,5% пациентов было обусловлено ограничениями общения с окружающими. Заболевание привело к ограничению повседневной активности у 25% пациентов, ограничению активности и проблемам в рабочем коллективе у 68,8%, осложнениям во взаимоотношениях с друзьями и близкими у 37,5% больных. Определен средний суммарный показатель индекса качества жизни по разделу симптомы и ощущения 4,4 балла, что составляет 73,3% от максимально возможного количества баллов; по разделу работа и учеба — 2,4 балла (80%), по разделу лечение — 2,3 балла (76,7%), по разделу ежедневная деятельность — 4,2 балла (70%), по разделам отдых и межличностные отношения количество баллов 2,8 и 3,2 (46,7% и 53,3%). Средний суммарный показатель по всем разделам составил 19,3 балла (64,3% от максимально возможного количества баллов).

При оценке тяжести зуда у 37,5% отмечалась очень высокая степень нарушения общего состояния пациентов с очень сильным ограничением деятельности, у 25% — высокая степень нарушения с ограничением деятельности, у 25% пациентов — низкая степень нарушения при низкой интенсивности зуда и у 12,5% пациентов отмечалась низкая степень нарушения общего статуса при высокой интенсивности зуда. Частота приступов зуда у 56,3% пациентов составляла от одного до нескольких раз в день, у 25% — от одного до нескольких раз в неделю, 6,3% испытывали зуд от одного до нескольких раз в месяц, редкий зуд испытывали 12,5% пациентов. У большинства опрошенных длительность зуда составляла от нескольких минут до 2–3 часов (62,5%), постоянный зуд испытывали 25%, зуд редко длился несколько минут у 6,3% пациентов, в течение всего дня зуд испытывали 6,3% больных. При этом минимальные нарушения общего состояния выявлены у 6,3% пациентов, слабые нарушения у 12,5%, слабо умеренные нарушения у 25%, умеренные у 18,8%, умеренно тяжелые у 12,5%, тяжелые у 25%. Средний суммарный показатель составил 10,6 балла (66,4% от максимально возможного количества баллов).

Выводы: таким образом, снижение качества жизни больных красным плоским лишаем в большинстве случаев обусловлено зудом различной интенсивности, приводило к ограничению функциональной деятельности, ухудшению эмоционального здоровья и социальных отношений пациентов.

Виру–мерц в терапии больных контагиозным моллюском

Мавлютова Г.И., Батыршина С.В., Глызгольд И.З., Халевина Е.И.

КГМА, РККВД, г. Казань

Цель: оценить эффективность противовирусного препарата для наружного применения Виру–Мерц (тромантадина гидрохлорид) в терапии больных контагиозным моллюском.

Материалы и методы: препарат Виру–Мерц (тромантадина гидрохлорид) препятствует адсорбции вируса, ингибирует его пенетрацию, воздействует на раскрытие и созревание вирусного капсида.

Под нашим наблюдением находились 22 пациента с клиническими проявлениями контагиозного моллюска, в возрасте от 6 до 29 лет (мужчин 6, женщин 16) с длительностью заболевания от 1 до 9 месяцев.

У 14 пациентов (все женщины) патологические очаги диаметром до 1,0 см были удалены вручную. Папулы диаметром до 0,5 см обрабатывались препаратом 5 раз в сутки также в течение 14 дней.

Результаты: уменьшения папулезных элементов в размере начиналось на 5–6 день от начала терапии. Клиническое выздоровление наступило в 100% случаев. Препарат все больные переносили хорошо. Побочных явлений и/или осложнений не установлено ни в одном случае. Все пациенты находились на диспансерном наблюдении в течение 4–7 месяцев, жалоб не предъявляли. Клинические рецидивы не фиксировались.

Выводы: Виру–Мерц является высокоэффективным препаратом в лечении больных контагиозным моллюском, имеет хорошую переносимость. При использовании Виру–Мерц не наблюдаются клинические рецидивы и случаи резистентности. Препарат может быть рекомендован для использования врачами–дерматовенерологами в лечении больных с данной патологией.

Перспективы лечения лепры содержащим пероксидазу корнем хрена в комплексе с галоидами

Маслов А.К., Слепова С.Б.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: на примере экспериментальной лепры активизировать антимикробное действие миелооксидазной системы фагоцитов за счет введения содержащего пероксидазу корня хрена (КХ) в комплексе с йодистым и бромистым калием.

Материалы и методы: мыши линии СВА, зараженные возбудителем лепры (*Mycobacterium leprae*) интраплантарно. Проведено испытание нескольких доз йодида калия (КJ) и бромида калия (КBr). Мышам после заражения давали корм, содержащий по–добранную ранее эффективную антибактериальную дозу (300 мг/кг корма) молотого КХ с активностью пероксидазы 100 Е/г (определенную способом перманганатометрического титрования) и в растворе ежесуточно КJ и КBr. 2–я группа животных после заражения получала основной противолепрозный препарат — диаминодифенилсульфон (ДДС) в дозе 100 мг/кг корма. 3–я группа животных лечения не получала. Животных забивали после 3, 6 и 9 мес. лечения. Определялось количество *M. leprae* в лапах мышей и активность миелооксидазы (МП) нейтрофилов крови.

Результаты: получены данные о том, что лечение мышей КХ в сочетании с КJ и КВr в дозах 0,2–0,4 и 0,1–0,2 мг/кг массы животного соответственно приводит к значительному снижению количества *M.lergae* в подушечках лап мышей по сравнению с контролем (мышь без лечения), а также преобладанию антимикробного эффекта и росту активности МП в нейтрофилах крови мышей по сравнению с лечением ДДС. При снижении доз КJ (1 мг/кг) и КВr (0,5 мг/кг массы животного) отмечен несколько худший терапевтический эффект. При повышении доз КJ (3 мг/кг) и КВr (1,5 мг/кг массы животного) отмечался несколько лучший, но статистически недостоверный ($p > 0,05$) антибактериальный эффект по сравнению с приведенной вначале дозой.

Выводы: комбинирование корня хрена, содержащего пероксидазу, с бромидом и йодидом калия повышает активность миелопероксидазы нейтрофилов и тем самым усиливает антимикробные свойства фагоцитов, что приводит к лучшему антимикробному эффекту по сравнению с лечением основным противолепрозным средством — ДДС. На основе данного исследования может быть разработан метод комплексной терапии больных лепрой.

Бактериальные вакцины в комплексном лечении хронической пиодермии

Масюкова С.А., Гладько В.В., Сорокина Е.В., Хашишвили Н.Н., Гайворонский Д. А.

Кафедра дерматовенерологии ГИУВ МО РФ, г. Москва

Цель: разработка комплексного метода лечения хронической пиодермии с использованием бактериальной поликомпонентной вакцины Иммуновак ВП–4 и фузидиевой кислоты.

Материалы и методы: исследуемую группу составили 132 пациента, из них 66 мужчин и 66 женщин в возрасте от 16 до 73 лет, с длительностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. По клиническим формам заболевания наиболее многочисленной была группа с хроническим фурункулезом — 75 (56,8%). Реже выявляли гидраденит — 9,1% и хроническую язвенную и язвенно–вегетирующую пиодермию — 8,3%. Остальные больные — 25,8% составили группу с хроническими формами стрептостафилодермий (импетиго, эктима, вульгарный сикоз).

Материалы и методы: микробиологические (бакпосев с определением чувствительности к 13 антибиотикам), иммунологические включали оценку функционального состояния нейтрофилов по определению ФИ, цитологического показателя (НСТ ЦИ), индекса активации латексом (Тотолян А.А., Фрейдлин И.С., 2000); определение субпопуляции лимфоцитов с поверхностными маркерами CD3, CD4, CD8, CD16, CD21, CD23, CD25, CD72, HLA–DR, CD4/CD8, содержание общих иммуноглобулинов Ig A, G, M классов и Ig E; определение относительной аффинности Ig G — антител (ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ, 1995). Исследование уровня интерферона проводили по методу Григорян С.С. с соавт., 1988.

2% крем \ мазь Фуцидин и Фуцикорт; вакцина поликомпонентная из антигенов условно–патогенных микроорганизмов Иммуновак ВП–4, сухая для иммунотерапии и стафилококковая вакцина, сухая для иммунотерапии, разработанные в НИИВС им. И.И.Мечникова РАМН, г. Москва.

Результаты: микробиологическое исследование было проведено у 122 больных различными формами пиодермий. Выявлено, что в очагах поражения преобладали стафилококки, причем в монокультуре у 57% больных (*S. aureus* — 47%, *S. epidermidis* — 10%), а в ассоциации со стрептококки в монокультуре — 8% и наиболее частыми ассоциациями микроорганизмов являлось сочетание *S. aureus* со *Str. haemolyticus* — 14,8%, *Str. pyogenes* — 6,6%. *Pseudomonas aeruginosa* выявлена у 4,9% больных. В единичных случаях выявляли *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococcus* и *Enterobacter* в монокультуре.

Выявлена полирезистентность к широко применяемым в клинической практике антибиотикам в лечении пиодермитов: ампициллину, эритромицину и тетрациклину, гентамицину, доксициклину и азитромицину (45%; 35%; 35%; 24%; 13% и 12% соответственно) и высокая чувствительность к фуцидину, цефуротоксиму, ципрофлоксацину, цефазолину (93,4%; 91%; 88,7% и 87% соответственно).

Иммунологические нарушения у больных пиодермией характеризовались нарушением показателей клеточного (снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, уровня субпопуляций лимфоцитов CD8+) и гуморального (высокий уровень специфических низкоаффинных антител к антигенам условно–патогенных микроорганизмов) звеньев иммунитета, при сниженной индуцированной продукции IFN– α и IFN — γ .

Включение вакцины Иммуновак ВП–4 в комплексную терапию больных хронической пиодермией приводит к достоверному повышению функциональной активности нейтрофилов, повышению субпопуляций лимфоцитов CD4+; CD8+; CD72+, титров специфических антител у пациентов с исходно низкими их значениями, аффинности антител, а также индуцированной продукции IFN– α и IFN — γ .

Терапевтический эффект Иммуновак ВП–4 (84,7%) сопоставим с эффектом стафилококковой вакцины (70,3%), значительно превышает результаты базисной терапии (41,6%) и коррелирует с динамикой выраженности клинических симптомов. Материалы клинического изучения препаратов Фуцидина и Фуцикорта показали их высокую эффективность и перспективность применения на всех этапах воспаления при лечении поверхностных пиодермий (импетиго, фолликулитов), сикоза, фурункулеза, а также в лечении вторично инфицированных дерматозов (экземе, атопическом дерматите) как при моно–, так и комбинированной терапии.

Выводы: перед назначением иммунотерапии вакцинами (Иммуновак ВП–4 или стафилококковую вакцину) целесообразно проводить идентификацию возбудителя, определять чувствительность к антибиотикам и индивидуально по показаниям оценку иммунного статуса. Их применение целесообразно как в период ремиссии для профилактики обострений, так и при рецидиве пиодермии. При необходимости возможно применение одновременно с антибиотиками, патогенетическими и другими наружными (Фуцидин и Фуцикорт) препаратами. Протипоказано их применением с другими иммуномодуляторами. При отсутствии клинического эффекта другие иммунные препараты следует назначать не ранее, чем через 3 месяца после иммунотерапии. Введение Иммуновак ВП–4 производят в соответствии с инструкцией по применению в дозах от 0,05 до 4,0 мл. Повторные курсы Иммуновак ВП–4 следует назначать в случаях появления клинической симптоматики, но не ранее чем через 6 месяцев после иммунотерапии.

Опыт применения препарата Инфликсимаб в лечении тяжелого псориаза

Матушевская Ю.И., Кубанов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: обратить внимание врачей–дерматовенерологов на возможности применения других методов лечения после терапии Инфликсимабом.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находился пациент М., 20 лет, с диагнозом: распространенный псориаз. Болен псориазом с 17 лет. Заболевание сразу приобрело распространенный и непрерывно рецидивирующий характер. Длительное время получал метотрексат, глюкокортикостероидные препараты перорально и парентерально, в течение последнего года пациент получал Циклоспорин в максимальной дозировке 300 мг в сутки. На фоне проводимого лечения псориазические высыпания на коже сохранялись. При попытках снижения дозы препарата наступало выраженное обострение.

Результаты: на момент поступления в стационар ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» пациент получал Циклоспорин в дозе 5 мг на кг массы тела в сутки, 300 мг в сутки. На фоне применения Циклоспорина в указанной дозировке на коже туловища и верхних конечностей отмечались множественные псориазические высыпания. В связи с тяжелым течением псориаза, неэффективностью проводимого лечения, получением в анамнезе длительное время глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов и иммуносупрессивных средств, пациенту был назначен Инфликсимаб в дозе 5 мг на кг массы тела. Перед началом антицитокиновой терапии Циклоспорин медленно был отменен, в течении кожного процесса наступило резкое обострение, развилось состояние эритродермии. Инфликсимаб был назначен по схеме 0, 2, 6 недели и затем каждые 8 недель, доза препарата составила 300 мг. Переносимость препарата была хорошая. После проведения первых двух инфузий препарата со стороны кожного процесса отмечалось незначительное улучшение. При проведении третьей инфузии у пациента развилась анафилактическая реакция, в связи с чем Инфликсимаб был отменен. Пациенту была назначена общая фотохимиотерапия с пероральным применением аммифурина, на фоне проведения которой отмечалось значительное улучшение в клинической картине. На 18 процедуре наступило резкое обострение в течении заболевания с развитием эритродермии. К проводимой терапии был присоединен Метотрексат парентерально. Через несколько часов после третьей инъекции Метотрексата отмечался резкий подъем температуры тела, многократная рвота. ПУВА-терапия и Метотрексат были отменены. Пациенту был повторно назначен препарат Циклоспорин в дозе 5 мг на кг в сутки. Через месяц высыпания полностью регрессировали, переносимость препарата хорошая.

Выводы: описанный клинический пример демонстрирует возможность эффективного использования других системных методов лечения (в частности, Циклоспорина) в случае невозможности продолжения терапии Инфликсимабом по медицинским показаниям. Кроме того, отмечалось изменение ответа и клинической картины псориаза (клиническое выздоровление) на повторное назначение иммуносупрессивных средств после использования антицитокинового препарата Инфликсимаб.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи — опыт применения антицитокиновой терапии

Матушевская Ю.И., Кубанов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: продемонстрировать эффективность применения антицитокиновой терапии у пациентов с тяжелым течением псориаза.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 6 больных псориазической эритродермией. У двух пациентов был диагностирован псориазический артрит с множественным поражением суставов. Три пациента на момент поступления в стационар ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» получали Циклоспорин в максимальных дозировках в виде монотерапии или в сочетании с преднизолоном в течение длительного времени. У всех пациентов в анамнезе отмечался длительный прием глюкокортикостероидных препаратов.

Результаты: в связи с тяжелым течением псориаза, отсутствием длительных ремиссий, неэффективностью проводимого лечения, получением в анамнезе продолжительно глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов и иммуносупрессивных средств, пациентам был назначен препарат Инфликсимаб в дозе 5 мг на кг массы тела. Все методы лечения перед началом антицитокиновой терапии были отменены. У 5 пациентов переносимость препарата была хорошая. Постепенно на фоне проведения антицитокиновой терапии в течении клинической картины отмечалось значительное улучшение. У одного пациента при проведении третьей инфузии Инфликсимаба возникла анафилактическая реакция, препарат был отменен. 5 пациентов получили 4 инфузии препарата Инфликсимаб в стационаре ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий», с рекомендациями при выписке о продолжении лечения препаратом Инфликсимаб по схеме по месту жительства.

Выводы: таким образом, применение антицитокиновой терапии при оказании высокотехнологичной медицинской помощи является эффективным методом лечения, позволяющим достигнуть выраженного клинического результата при ведении больных тяжелыми, торпидно текущими формами псориаза на фоне длительного приема препаратов иммуносупрессивного действия.

Лазеротерапия акне

Мельникова Н.Б.

Салон «Лянеж», г. Вологда

Цель: клиническая оценка эффективности лазеротерапии Acne vulgaris (в том числе заболеваний, резистентных к традиционным методикам лечения).

Материалы и методы: для лечения использовали медицинскую установку на основе лазера на парах меди Яхрома–Мед, которая излучает две длины волны — зеленую и желтую (511 нм и 578 нм), совпадающие соответственно с пиками поглощения меланина и гемоглобина . Лазерный свет испускается импульсами по 20 наносекунд, с интервалами порядка 100 микросекунд. Яхрома–Мед имеет механический затвор, перекрывающий лазерный луч, так что время экспозиции может быть выбрано от 0,1 до 0,9 с. Используя светофильтры, можно проводить облучение желтой длиной волны, зеленой или обеими вместе. Лазерный луч фокусируется в световое пятно диаметром от 0,6 до 1,5 мм, в зависимости от выбранной насадки, обеспечивающей также фиксацию кожи и постоянство плотности мощности лазерного излучения. Лазерное излучение с такими параметрами способно селективно разрушать сосудистые и пигментные структуры кожи, не повреждая эпидермис. Фокусировка лазерного луча в маленькое пятно позволяет ограничивать область воздействия патологическим участком, избегая облучения нормальной ткани. Импульсный характер излучения и лазерный затвор позволяют дозировать поглощенную энергию. Выделяют четыре взаимосвязанных фактора патогенеза акне: гиперпродукция сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, размножение *Propionibacterium acnes* и воспаление. Подавление сосудистого компонента воспаления за счет селективной лазерокоагуляции позволяет прервать патогенетическую цепочку на этапе воспаления.

Результаты: за период с октября 2005 г. по июнь 2007 г. на лазерной установке Яхрома–Мед в салоне пролечено 28 пациентов с различными формами и степенью тяжести акне, а также явлениями постакне. В исследовании участвовали 18 больных папулопустулезной формой акне со 2 (10–20 папулопустул) и 3 (21–30 элементов) степенью тяжести. Среди больных было 12 женщин (67%) и 6 мужчин (33%) возрасте от 19 до 27 лет. Девять пациентов (50%) папулопустулезной формой акне были пролечены на лазерной установке Яхрома–Мед по причине резистентности к применяемым ранее методам, пероральный прием антибактериальных препаратов, гормональная терапия и лечение наружными средствами кератолитического, антибактериального и противовоспалительного действия. Облучение проводили на длине волны 578 нм, мощность импульса составляла 0,5–0,8 Вт, время импульса 0,2–0,4 с, диаметр светового пятна 1,5 мм. Производили локальную обработку вторичных воспалительных элементов акне (папул и пустул) с частотой от 1 раза в 7–10 дней до 1 раза в 1–1,5 месяца. Курс составлял 2–6 сеансов лазеротерапии. Количество проводимых сеансов лечения напрямую зависело от степени тяжести заболевания. Длительной (более 6 мес.) ремиссии удалось достичь у 14 пациентов (78%), причем 6 из них (33%) страдали резистентными формами акне; улучшения (уменьшения частоты рецидивов и количества высыпаний) было достигнуто у 4 человек (22%), в том числе у 3 больных (17%) с резистентными формами заболевания.

Выводы: полученные положительные результаты позволяют рассматривать терапию с применением лазерной установки Яхрома–Мед как эффективный метод лечения акне, в том числе резистентных форм заболевания.

Косметологическая коррекция менопаузального старения кожи

Мирзоева П.Н., Матушевская Е.В., Зайдиева Я.З.

РГМУ, НЦАГИП РАМН, г. Москва

Цель: изучить влияние сочетанного применения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и местных аппликаций фитостероидов на процессы физиологического старения кожи и разработать метод коррекции возрастных изменений на основании изучения гормонального фона и морфометрических показателей.

Материалы и методы: под наблюдением находились 120 пациенток в возрасте 40–65 лет, обратившихся в отделение гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, которым поставлен диагноз пери- и постменопауза. Больные предъявляли жалобы на повышенную сухость кожи, шелушение, потерю эластичности, резко прогрессирующее углубление и появление новых морщин, безжизненный «тусклый» цвет кожи. Для контроля эффективности проводимой терапии нами были использованы современные неинвазивные методы диагностики: корнеометрия, себуметрия, теваметрия, оптическая профилометрия и ультразвуковое сканирование кожи до и через 3 месяца после начала терапии. Определено состояние кожи на щеках, лбу и внешнего угла глаза. Оценка результатов проводилась также и самими пациентками.

После прохождения обследования и контроля соответствия критериям включения и исключения, все пациентки были разделены на 3 группы, в зависимости от метода коррекции: 1 группа — 42 пациентки, проводилась монотерапия топическими фитостероидами; 2 группа — 30 человек — препараты ЗГТ; 3 группе (48 женщин) было назначено сочетанное применение препаратов ЗГТ и местных аппликаций фитостероидов. Препараты ЗГТ после необходимого обследования были подобраны индивидуально в зависимости от возраста, фазы климактерия и репродуктивной жизни, наличия сопутствующих патологий. Они применялись перорально (анжелик, фемостон 1/5 и 1/10, ливиа, климонорм, ежедневно по 1 таблетке в сутки), трансдермально (дивигель) или внутриматочно (спираль мирена) в циклическом или непрерывном режиме. В качестве топических фитостероидов были использованы косметические препараты фирмы GIGI Cosmetic Laboratories (Израиль), которые применялись в домашних условиях 2 раза в день на очищенную кожу лица. Препараты представляют собой эмульсию типа м/в, содержащую генистеин в концентрации 3% в форме липосом, что обеспечивает глубокую пенетрацию активных ингредиентов. Кроме того, 1 раз в 10 дней проводились косметические процедуры с применением фитостероидов и поверхностных пилингов, всего на курс — 8 процедур в течение 3 месяцев.

Результаты: в 1 группе показатели корнеометрии, себуметрии и теваметрии показали улучшение на $11,7 \pm 12,4$; 26 ± 65 и $-2,1 \pm 5,2$ соответственно при $p < 0,05$. Показатели микрорельефа кожи также оказались положительными: гладкость кожи увеличилась на $2,5 \pm 10,9$ в среднем, морщины уменьшились на $-2,7 \pm 5,1$. Во 2 группе параметры корнеометрии, себуметрии и теваметрии также показали улучшение на $17,0 \pm 18,4$; $13,3 \pm 18,0$ и $-1,1 \pm 2,2$ соответственно при $p < 0,05$. Показатели гладкости и профиля морщин положительно изменились: $0,2 \pm 1,4$ и $-2,0 \pm 5,7$. В 3 группе отмечался клинический синергизм от применения ЗГТ и топических фитостероидов: показатели корнеометрии, себуметрии и теваметрии улучшились на $22,3 \pm 19,2$; $35,7 \pm 63,0$ и $-2,3 \pm 6,9$ при $p < 0,05$. Гладкость кожи и уменьшение параметра морщинистости также была больше выражена у женщин этой группы: $6,5 \pm 14,4$ и $-3,4 \pm 6,7$ при $p < 0,05$. На фоне проведенной терапии улучшилась оценка качества жизни пациенток. При использовании топических фитостероидов аллергических реакций и побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: таким образом, сочетанное применение заместительной гормональной терапии и топических фитостероидов для коррекции и профилактики инволюционных изменений кожи, развивающихся у женщин в климактерии, является патогенетически обоснованным, улучшает состояние кожи, когнитивные способности, качество жизни и может быть рекомендовано женщинам, испытывающим дефицит эстрогенов в силу возраста (менопауза и климактерический период), из-за перенесенных хирургических вмешательств (овариэктомия) или по другим причинам.

Дерматологический индекс качества жизни у пациентов с юношескими угрями и акнеформными высыпаниями

Морозова Н.В., Орехова В.П., Гуслева О.Р.

СПбГУ, медицинский факультет, г. Санкт-Петербург

Цель: оценка дерматологического индекса качества жизни и показателей психологического статуса у больных с юношескими угрями и акнеформными высыпаниями.

Материалы и методы: обследовано 27 больных (22 женщины и 5 мужчин) в возрасте от 17 до 41 года. Из них 21 пациент страдал юношескими угрями, папуло-пустулезной формой средней степени тяжести, 4 больных — узловатой формой заболевания. Кроме того, у 2 пациенток (33 и 41 года) диагностирован МАРШ-синдром. Всем больным проводилось анкетирование для определения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Для оценки психологического и социального эффекта акне

пациенты самостоятельно заполняли соответствующий опросник (APSEA), госпитальную шкалу депрессии и тревоги, а с участием психиатра — клиническую градуированную шкалу Гамильтона.

Результаты: показатели ДИКЖ характеризовались выраженными индивидуальными особенностями и варьировали от 4 до 18 баллов (среднее значение составило $10,63 \pm 6,85$ при возможном максимуме 30 баллов), не коррелируя с тяжестью заболевания. Наибольшим изменениям подвергались показатели, характеризующие симптомы и ощущения, а также межличностные отношения ($2,85 \pm 1,55$ и $3,13 \pm 1,55$ балла соответственно, при возможном максимуме 6 баллов). Максимальные значения ДИКЖ и показателей, характеризующих ежедневную деятельность, отмечались у 5 пациентов, у которых по результатам оценки градуированной шкалы Гамильтона был диагностирован «малый» или «большой депрессивный эпизоды», а по результатам госпитальной шкалы депрессии и тревоги — клинически выраженная тревога. Среди этих пациентов были обе больные с МАРШ–синдромом. В то же время у подавляющего числа больных (22 человека) связи между результатами шкалы Гамильтона (тестирование проводит психиатр) и госпитальной шкалы депрессии и тревоги (опросник заполняется самостоятельно), как и между результатами ДИКЖ и госпитальной шкалы депрессии и тревоги, не отмечалось. У 13 из них установлен алекситимический тип личности, для которого характерно нарушение способности осознания своих эмоций и управления ими.

Выводы: у пациентов с юношескими угрями и акнеиформными высыпаниями ДИКЖ характеризуется выраженной вариабельностью и не коррелирует с тяжестью заболевания. Наличие связи между высокими показателями индекса и депрессивными расстройствами позволяют использовать его в комплексе скрининговых тестов, направленных на выделение группы пациентов, нуждающихся в дополнительном психологическом обследовании и рациональной психо– или психофармакотерапии.

Распределение аллелей полиморфных генов рецепторов апоптоза TNFR1 и DR4 у больных псориазом

Мошкалов А.В.

СПбГМУ, г. Санкт–Петербург

Цель: изучение особенностей распределения полиморфных аллелей генов рецепторов апоптоза TNFR1 и DR4 среди больных псориазом.

Материалы и методы: объект исследования — 100 больных псориазом, группа контроля — 150 здоровых доноров, не имеющих псориаза в анамнезе. ДНК лейкоцитов периферической крови исследовалась с помощью аллель–специфического метода полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени» — изучалась встречаемость полиморфных аллелей генов TNFR1 Gln121Arg и DR4 Arg141His в сравниваемых группах и среди больных псориазом, имеющих различные клинические формы заболевания.

Результаты: встречаемость полиморфных вариантов TNFR1 Gln121Arg (0,03:0,97) и DR4 Arg141His (0,54:0,46) у больных псориазом сравнима с таковой у здоровых доноров (0,01:0,99) и (0,50:0,50) соответственно. Распределение указанных аллелей при различных клинических формах заболевания не показало статистически достоверных различий.

Выводы: распределение указанных аллелей генов рецепторов апоптоза TNFR1 и DR4 у больных псориазом и здоровых лиц, а также при различных клинических формах заболевания, в группах УФО–курабельных и УФО–некурабельных больных не показало существенных различий. Встречаемость полиморфных генов семейства фактора некроза опухолей у больных псориазом к настоящему моменту не изучена. Полученные нами данные указывают на возможное отсутствие функциональной значимости полиморфизмов TNFR1 Gln121Arg и DR4 Arg141His и позволяют исключить их из списка генов–кандидатов, пред–располагающих к развитию псориаза.

Распределение аллелей полиморфных генов апоптоза семейства каспаз у больных псориазом

Мошкалов А.В.

СПбГМУ, г. Санкт–Петербург

Цель: изучение особенностей распределения полиморфных аллелей генов апоптоза семейства каспаз среди больных псориазом.

Материалы и методы: объект исследования — 100 больных псориазом, группа контроля — 150 здоровых доноров, не имеющих псориаза в анамнезе. ДНК лейкоцитов периферической крови исследовалась с помощью аллель–специфического метода полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени» — изучалась встречаемость полиморфных аллелей генов casp5 Val318Leu, casp7 Glu255Asp, casp9 Val28Ala, casp9 Arg221Gln, casp10 Ile479Leu в сравниваемых группах и среди больных псориазом, имеющих различные клинические формы заболевания.

Результаты: частота полиморфных вариантов casp5 Val318Leu (0,68:0,32), casp7 Glu255Asp (0,22:0,78), casp9 Val28Ala (0,63:0,37), casp9 Arg221Gln (0,64:0,36), casp10 Ile479Leu (0,49:0,51) у больных псориазом и здоровых доноров (0,60:0,40), (0,28:0,72), (0,60:0,40), (0,59:0,41), (0,55:0,45), соответственно, была сходной. Анализ распределения указанных аллелей при различных клинических формах заболевания, в группах УФО–курабельных и УФО–некурабельных больных, также не выявил достоверных различий.

Выводы: характер распределения полиморфизмов casp5 Val318Leu, casp7 Glu255Asp, casp9 Val28Ala, casp9 Arg221Gln, casp10 Ile479Leu у больных псориазом и здоровых лиц не имеет существенных различий. Полученные данные указывают на отсутствие модифицирующего влияния данных полиморфизмов на течение псориаза, его тяжесть, ответ на УФО–терапию и позволяют исключить их из списка генов, предрасполагающих к развитию этого заболевания.

Ближайшие и отдаленные результаты УФА–1 терапии больных ограниченной склеродермией

Мурадян Н.Л.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения ограниченной склеродермии излучением УФА–1 диапазона (длина волны 340–400 нм).

Материалы и методы: под наблюдением находились 14 больных ограниченной склеродермией в возрасте от 12 до 65 лет с длительностью заболевания от 3 месяцев до 25 лет. У 11 больных диагностирована бляшечная склеродермия, у 1 — линейная склеродермия, у 2 — экстрагенитальный склероатрофический лихен. Облучения УФА–1 светом проводили в виде монотерапии

с режимом 3–4 раза в неделю и разовой дозой 20–30 Дж/см². После лечения пациенты оставались в течение 1 года под наблюдением, во время которого получали лишь сосудистые препараты (ксантинола никотинат или трентал внутрь 1 месяц, 2 курса в год) и наружные средства (гепариновая мазь, мазь Актовегин). До и после лечения, а затем через 3 и 12 месяцев после его окончания у больных по трехбалльной шкале определяли интенсивность эритемы и индурации кожи, а также площадь индурации кожи (см²). Для оценки динамики клинической картины в процессе терапии в процентах вычисляли индексы относительного уменьшения изучавшихся симптомов заболевания и общего индекса уменьшения поражения кожи.

Результаты: УФА–1 терапия оказалась эффективной у всех больных: клиническое выздоровление наблюдали у 1 пациента (7,1%), значительное улучшение — у 9 (64,3%), улучшение — у 4 (28,6%). Количество процедур на курс в среднем равнялось 28, курсовая доза облучения — 569 Дж/см². Медианы индексов уменьшения интенсивности эритемы, интенсивности индурации, площади индурации, а также общего индекса уменьшения поражения кожи после лечения составили соответственно 89, 60, 30 и 63%, через 3 месяца — 96, 76, 56 и 80%, через 1 год — 100, 95, 89 и 97%. При сравнении значений индекса уменьшения поражения кожи на момент окончания лечения и через 3 месяца наблюдения достоверных различий не установлено ($p=0,133$), при сравнении показателей индекса после лечения и через год различия оказались статистически значимыми ($p=0,028$).

Выводы: проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности УФА–1 терапии больных ограниченной склеродермией. Согласно полученным данным, регрессирование клинических симптомов заболевания, развивающееся в процессе курса УФА–1 терапии, продолжает нарастать в течение 12 месяцев после окончания лечения.

Высокоэффективная фототерапия заболеваний кожи с использованием лазера Excimer InPro

Мюллер-Штейнманн И., Петухова А.В.

Дерматологический Центр Vitaklinik, г. Киль, Федеративная Республика Германия

Цель: представить результаты терапии заболеваний кожи с помощью эксимерного лазера с аппликатором до 702 см², длиной волны 308 нм и встроенным сканером, разработанного фирмой InPro в соавторстве с Dr. J. Muller–Steinmann, определить эффективность лечения псориаза.

Материалы и методы: предложены результаты лечения 264 пациентов в возрасте от 13 до 80 лет со следующими диагнозами: псориаз (93 пациента в стационарной стадии заболевания), атопический дерматит (86 пациентов), акне (66 пациентов), витилиго (13 пациентов). Терапия проводилась в дерматологическом Центре Vitaklinik с использованием лазера Excimer с аппликатором до 702 см², длиной волны 308 нм и встроенным сканером, разработанного фирмой InPro в соавторстве с Dr. J. Muller–Steinmann, за период с 11.11.04 до 11.05.07 (в общей сложности проведено 1744 сеанса).

Результаты: особенно эффективны при лечении псориаза UVB–лучи с пиком эмиссии на длине волны 311 нм, но наряду с ограниченными высыпаниями подвергается облучению в большей степени здоровая кожа. Предпочтительно использование селективной высоко дозированной UVB–терапии исключительно пораженных областей. Фототерапия с применением Excimer лазера дает определенные преимущества: избирательно облучаются только необходимые участки кожи, неповрежденная кожа остается вне действия UVB–лучей, кумулятивная доза для всей поверхности тела снижается на 95–99%, интенсивность облучения вариабельна с учетом локализации процесса, сокращается общее число сеансов терапии. Более четырех лет применяется дерматологическим Центром Vitaklinik Excimer–лазер с аппликатором до 1 см², однако при распространенном поражении кожи длительность одного сеанса для пациента достигает несколько часов, что многократно увеличивает общую стоимость лечения. Новейший лазер Excimer InPro с аппликатором до 702 см², длиной волны 308 нм и встроенным сканером, разработанный фирмой в соавторстве с Dr. J. Muller–Steinmann, позволяет более точно дозировать облучение для различных по площади поражений кожи, сократить стоимость и время терапии. Средняя длительность сеанса в предложенной группе пациентов (264 пациента) составила 10 минут, в среднем пациент получал 6,6 сеанса терапии (25% больных — 10 и более сеансов). В группе больных псориазом положительная динамика наблюдалась после 3–7 сеансов, промежутки между сеансами составлял минимум 48 часов, у 80% больных после 10 сеансов псориазные бляшки полностью разрешались, в среднем пациент с псориазом получил 13,7 сеанса. В качестве начальной дозы была принята доза UVB–облучения 100 мДж/см², каждый сеанс доза повышалась на 100–200 мДж/см². Повышение прекращалось при появлении побочных эффектов (пузырей). Средняя доза облучения для больных псориазом составляла 500–1000 мДж/см², у отдельных пациентов достигала 2000 мДж/см². Из побочных эффектов наблюдалось появление эритемы, пузырей, эрозий; однако именно в местах их локализации наблюдалось скорейшее разрешение псориазных бляшек.

Выводы: инновативная высокоспецифичная Excimer–фототерапия предложена как альтернатива другим традиционным методам лечения.

Активированный цинк пиритион в терапии легкого и среднетяжелого бляшечного псориаза

Надгериева О.В., Кубанов А.А., Авдиенко И.Н.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: проведение исследования для оценки эффективности активированного цинк пиритиона у больных легким и средне–тяжелым бляшечным псориазом.

Материалы и методы: двойное слепое рандомизированное мультицентровое исследование продолжительностью 3 недели в популяции больных с легким и среднетяжелым бляшечным псориазом. Пациенты одной фармакотерапевтической группы получали активированный цинк пиритион (торговое название — скин–кап) 0,2 % в форме аэрозоля 2 раза в день (40 пациентов), другой — плацебо (основа скин–кап) аэрозоль 2 раза в день (20 пациентов). В течение последних 2 недель в обеих группах разрешалось применение топических кортикостероидов. Эффективность и безопасность препарата изучались на основании оценки следующих параметров: индекс тяжести течения псориаза PGA, индекс PASI, оценка площади поражения; качество жизни по вопроснику DLQI; доля пациентов, потребовавших применения топических кортикостероидов, количество дней применения топических кортикостероидов; количество нежелательных явлений.

Результаты: исходные клинические характеристики пациентов не отличались между группами. В течение 3 недель исследования были установлены значительные преимущества активированного цинк пиритиона перед плацебо в отношении индексов PGA (1,20 и 1,90 балла соответственно, $p=0,001$), PASI (2,01 и 3,27 балла соответственно, $p=0,041$), площади поражения (3,24% и 4,99%, соответственно, $p=0,037$) и качества жизни (DLQI: 5,63 и 7,95 балла соответственно, $p=0,048$). При применении ак–

тивированного цинк пиритиона 5% пациентов нуждались в применении топических кортикостероидов, в то время как в группе плацебо таких больных было 30% (отношение шансов — 0,12 [95% доверительный интервал 0,022–0,681], $p=0,013$). Средняя продолжительность использования топических кортикостероидов у пациентов, получавших активированный цинк пиритион и плацебо, составила 0,43 и 3,5 дня, соответственно ($p=0,007$). В ходе исследования было зарегистрировано 4 нежелательных явления (1 — в группе использовавших активированный цинк пиритион и 3 — в группе плацебо, соответственно); серьезных нежелательных явлений отмечено не было.

Выводы: применение активированного цинк пиритиона при легком и среднетяжелом бляшечном псориазе отличается высокой клинической эффективностью и безопасностью, положительным влиянием на качество жизни больных и позволяет снизить потребность в топических кортикостероидах.

Коррекция стрессорных расстройств у дерматологических пациентов

Назаров Р. Н., Сухарев А. В., Бондарь О. И., Юрчик М. И.

ВМедА, г. Санкт-Петербург

Цель: определение выраженности, структуры стрессорных расстройств у больных и разработка методов коррекции при комплексном лечении хронических дерматозов.

Методы: обследовано 58 больных атопическим дерматитом, истинной экземой — 39, псориазом — 52, эссенциальным гипергидрозом — 38, хронической крапивницей — 21 пациент клиники кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии. Были сформированы группы больных хроническими дерматозами, получавших обычную терапию без коррекции стрессорных расстройств, и группы больных, в терапию которых входили системная поведенческая психотерапия, психотропные препараты грандаксин, триттико, эглонил, фенибут, пирроксан, транскраниальная электростимуляция. Применялись такие клинические методики исследования, как определение SCORAD-индекса, ДИШС, PASI-индекса, весовая проба (с психоэмоциональной нагрузкой). Психологические методики исследования: MMPI, шкала Спилберга-Ханина, АСС, индекс жизненных стилей, TAS, шкала депрессии Зунге, дерматологический индекс качества жизни. Исследование состояния вегетативной нервной системы: вызванный кожный вегетативный потенциал, анализ variability сердечного ритма, спектральный анализ ритма сердца с функциональными пробами.

Результаты: данные клинического исследования свидетельствуют о среднетяжелом течении дерматозов. Выявлены психологические особенности, наиболее характерные больным хроническими дерматозами: эмоциональная лабильность, сверхчувствительность, ипохондрическая и психастеническая фиксации, склонность к депрессивным реакциям, повышенная ситуационная, личностная тревожность, повышенный уровень депрессии, снижение качества жизни, напряжение защитных психологических механизмов отрицания и рационализации, астенические реакции — характерны для 63 % — 93 % пациентов. У 76–92 % больных хроническими дерматозами выявлены вегетативные расстройства: повышенная эрготропная (симпатическая) и трофотропная (парасимпатическая) активность вегетативных центров в состоянии покоя, избыточное вегетативное обеспечение деятельности, нарушение вегетативных рефлексов, данные расстройства носят неспецифический характер и отражают нарушение течения процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма. Полученные результаты исследования больных, страдающих хроническими дерматозами, свидетельствуют, что до 90% пациентов нуждаются в комплексном лечении, включающем коррекцию выявляемых стрессорных расстройств.

Выводы: анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов SCORAD, PASI, ДИШС, ДИКЖ, весовой пробы больных атопическим дерматитом, экземой, псориазом, гипергидрозом, хр. крапивницей в процессе лечения свидетельствует о достоверно большей эффективности комплексного лечения ($p<0,05$). Данный факт подтверждается достоверно более быстрым (уже через 7 дней) улучшением психологического состояния, качества жизни, нормализацией состояния вегетативной нервной системы больных, а также достоверно более ранним (на 5–7 дней) улучшением клинических показателей.

Состояние системы провоспалительных цитокинов и возможности коррекции цитокинового профиля у больных лепроматозным типом лепры с признаками хронического поражения печени

Наумов А. В., Сароянц Л. В.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: поиск эффективных средств коррекции цитокинового профиля у больных лепрой.

Материалы и методы: обследовано 50 больных лепроматозным типом лепры в возрасте от 65 до 80 лет. У обследованных больных процесс находился в состоянии устойчивого регресса. Продолжительность заболевания составляла в среднем около 35 лет. Все больные в течение многих лет получали антибактериальную химиотерапию. У 25 из них отмечены признаки поражения печени, подтвержденные клиническими, инструментальными и лабораторными критериями. Морфологические и функциональные нарушения со стороны печени у данного контингента больных имеют хронический характер и связаны, по крайней мере, с несколькими этиологическими причинами. Среди них в первую очередь длительно текущий системный микобактериоз (что обусловлено тропностью *Mycobacterium leprae* к купферовским клеткам печени), а также связанные с ним аутоиммунные факторы. Определенное значение имеет многолетнее воздействие на печень антибактериальных химиопрепаратов, а в ряде случаев сопутствующее инфицирование вирусами HCV или HBV. Эти больные совместно с этиотропным лечением получали гепатопротекторы — карсил, эссенциале и витаминные комплексы. У всех больных исследовалась концентрация в плазме крови провоспалительных цитокинов — ИЛ-1 β , ИЛ-8 и фактора некроза опухоли альфа (ФНО α) с применением тест-наборов ООО «Протеинный центр» (Санкт-Петербург, Россия).

Результаты: у больных лепрой с наличием признаков поражения печени отмечалось достоверное увеличение концентрации в крови ФНО α по сравнению с больными, не имеющими подобных отклонений. В отношении остальных двух цитокинов различия были недостоверными. На фоне применения гепатотропной терапии изменения со стороны традиционных лабораторных индикаторов синдромов дисфункции гепатобилиарной системы были выражены незначительно, за исключением нескольких случаев декомпенсации. В то же время, несмотря на применение традиционных гепатопротекторных средств, повышенный уровень ФНО α сохранялся в разной степени выраженности практически у всех больных с признаками поражения печени. В связи с появившейся

в последнее время информацией о влиянии на уровень ФНО α S-аденозил-метионина, известного под коммерческим названием как «гептрал» (Mato J.M. et al., 1999) данный препарат («Knoll», Германия) был использован для гепатопротекторной терапии у обследованных больных. Показано, что уже через две недели применение этого средства «per os» по схеме 400 мг два раза в день привело к существенному снижению уровня ФНО α . Это сопровождалось выраженной положительной динамикой клинического и клинико-лабораторного статуса больных. Уровень ИЛ-1 β и ИЛ-8 при этом существенно не изменялся. Каких-либо осложнений от применения гептрала не отмечалось.

Выводы: повышение уровня ФНО α — существенное патогенетическое звено хронического поражения печени при лепре. При этом гептрал является эффективным средством для снижения уровня ФНО α у такого рода больных лепрой и может быть включен в комплекс патогенетической терапии при этом заболевании.

Опыт применения гептрала в терапии хронических поражений печени у больных лепрой пожилого возраста

Наумов В.З., Меснянкина О.А., Цемба В.П., Шац Е.И., Умнова З.Г.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: совершенствование схем патогенетической терапии хронических поражений печени у больных лепрой пожилого возраста.

Материалы и методы: в исследование были включены больные в возрасте от 60 до 78 лет с лепроматозным типом лепры, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении, имеющие клинические, биохимические и инструментальные (УЗИ-диагностика) признаки поражения печени смешанной этиологии (бактериальной, вирусной, токсической, алкогольной). У всех больных имелись признаки хронической специфической невропатии, а у части — дисциркуляторной энцефалопатии различной степени выраженности. До и после назначения препарата было произведено клиническое, клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентов. Для коррекции выявленных морфо-функциональных нарушений гепатобилиарной системы больным был назначен гептрал («Knoll», Германия) по 400 мг (1 капсула) 2 раза в день в течение 2 недель. В ходе проведения лечебного курса оценивались характер и степень изменений жалоб пациентов со стороны гепатобилиарной и нервной систем, динамика лабораторных показателей (общий белок, альбумин, С-реактивный белок, мочевины, креатинин, остаточный азот, общий и конъюгированный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, циркулирующие иммунные комплексы) и ультразвуковой картины печени.

Результаты: после приема препарата у всех больных отмечался положительный клинический эффект: улучшение общего состояния и самочувствия, ослабление чувства тяжести и дискомфорта в области печени. Кроме того, у части больных наблюдалось уменьшение болезненности и ощущения скованности в суставах верхних конечностей, головокружения и повышение устойчивости во время ходьбы, что, возможно, объясняется присущим гептралу нейропротекторным эффектом. Положительная динамика отмечалась также и по данным клинического осмотра: практически исчезла болезненность печени при пальпации, наблюдалось некоторое уменьшение размеров органа. Выявлено статистически достоверное снижение концентрации общего белка до нормы, которая до назначения препарата у части больных превышала ее верхнюю границу на 10–20%, в то время как уровень альбумина, практически не изменяясь, оставался в нормальных пределах. Понижилась также концентрация мочевины. Подобная тенденция была отмечена в отношении креатинина и остаточного азота. Выраженные изменения по окончании лечения отмечены и со стороны уровня С-реактивного белка. Если в начале курса он превышал в среднем верхнюю границу субклинического интервала (10 мг/л) в 2,5 раза, то по его истечении превышение составляло лишь половину принятого за исходный критерий.

Выводы: применение гептрала в качестве гепатопротекторного средства у пожилых больных лепрой с признаками поражения печени приводит к положительной динамике со стороны как субъективных ощущений и жалоб больного, касающихся не только гепатобилиарной, но и нервной системы, так и объективных клинических и клинико-лабораторных критериев, в последнем случае затрагивающих в основном белковый и азотистый метаболизм.

Коллост — биологическая коллагеновая матрица для репарации повреждений кожи

Нестеренко В.Г., Сафоян А.А., Суслов А.П.

ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», ЗАО Биофармахолдинг, г. Москва

Цель: изучение возможности стимуляции репарационных процессов в поврежденной коже и коррекции дефектов, возрастных изменений кожи методом мезотерапии при помощи коллагенового препарата Коллост.

Материалы и методы: объектом исследования являлся разработанный и созданный сотрудниками института ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН совместно с ЗАО Биофармахолдинг стерильный биопластический коллагеновый имплантат Коллост с полностью сохраненной волокнистой структурой, предназначенный для репарации поврежденных или патологически измененных тканей. Многочисленными исследованиями доказано, что когда имплантат связывается с раной, фибробласты из окружающих тканей мигрируют к нему и вторгаются в коллагеновый имплантат. Создается переходный матрикс, который стимулирует иммунную систему организма и активацию гранулоцитов, макрофагов и фибробластов, улучшает перенос факторов роста, высвобождающихся из клеток; усиливает миграцию фибробластов и пролиферацию эпителиальных клеток. Продуцируются новые коллагеновые волокна, заполняющие полость в области имплантации, а сам имплантат постепенно рассасывается, замещается собственной аутоканью. При комплексообразовании с биологически активными препаратами создает «депо» лекарственных средств в имплантируемой области. В настоящее время доказано, что мезотерапия является эффективной методикой коррекции дефектов кожи, позволяющей при помощи уколов доносить активные вещества до глубоких слоев кожи. Мезотерапия является логичным и оправданным методом, так как позволяет легко проникнуть во внутренние слои кожи и доставить непосредственно во внеклеточное тканевое вещество препараты, необходимые для активизации метаболических процессов поврежденных и стареющих тканей.

7% и 15% Коллост-гель был введен в проблемные участки кожи методом мезотерапии. Частота инъекций 2–3 раза с интервалом 3–5 недель.

Результаты: под наблюдением находились 112 пациентов. 58 — с инволюционно депрессивными изменениями кожи лица, шеи и декольте. 17 пациентам был введен препарат с целью повышения тонуса кожи тела, 14 пациентам проведено лечение атрофических и гипертрофических рубцов, 8 — лечение стрий, 6 пациентам с различными рубцовыми деформациями лица, 5 пациентам вводился препарат с целью подготовки кожи к пластической операции и 4 — с целью реабилитации после пластических операций.

Проведенное исследование показало, что при повторном введении геля Коллост через 1 месяц этим же пациентам эффективность коррекции значительно повышается, что свидетельствует о необходимости проведения циклов мезотерапии Коллост–гелем для достижения максимального клинического эффекта.

Выводы: в результате проведенного исследования отмечено, что введение препарата Коллост методом мезотерапии в проблемные участки кожи способствует нормализации возрастных изменений кожи и стимулирует репаративные процессы в поврежденных участках кожной ткани. При этом происходит его постепенное замещение на синтезируемый *de novo* аутологичный коллаген.

Дексапантенол в составе терапии атопического дерматита и экземы

Нечаева О. С., Данилова С. И.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, г. Санкт–Петербург

Цель: оценка клинической эффективности, переносимости и возможности применения дексапантенола (мазь «пантодерм») в дерматологической практике для лечения атопического дерматита и экземы.

Методы: для проведения исследования был использован наружный препарат — мазь «пантодерм». В состав 1 г мази входят активное вещество — дексапантенол (50 мг.) и вспомогательные вещества. Дексапантенол оказывает регенерирующее, метаболическое и слабое противовоспалительное действие, при местном применении быстро всасывается кожей и превращается в пантотеновую кислоту, связывается с белками плазмы (главным образом с бета–глобулином и альбумином).

Под наблюдением находилось 30 пациентов (15 женщин и 15 мужчин) с хроническими аллергодерматозами в возрасте 15 — 78 лет. Атопическим дерматитом (АД) страдали 14 пациентов, экземой (Э) страдали 16 пациентов, из них у 7 наблюдалась истинная Э, у 9 — микробная. Давность заболевания составила от 2 до 65 лет, причем наибольший удельный вес составила группа больных с давностью заболевания более 15 лет — 52,0%. Для оценки тяжести течения АД и Э использовалась шкала SCORAD (scoring atopic dermatitis), которая основана на объективных (интенсивность и распространенность кожных поражений) и субъективных (интенсивность дневного кожного зуда и нарушения сна) критериях. В группе исследуемых пациентов индекс SCORAD составил в среднем 59,7 (min — 36,7; max — 82,7), что соответствовало средней и тяжелой степени течения заболевания. Для анализа субъективного психосоциального состояния пациентов применялась методика оценки качества жизни с использованием опросника «Дерматологический индекс качества жизни» — адаптированной версии анкеты «Dermatology Life Quality Index» Finlay, 1994. В обследуемой группе больных перед началом исследования значения показателей качества жизни колебались от 11 до 21 баллов и в среднем составили 15,6 балла, что соответствовало средней и высокой степени влияния заболевания на качество жизни пациентов.

Дополнительно учитывались данные о переносимости топического лекарственного средства, больные также оценивали основные характеристики препарата (консистенцию, скорость впитывания, запах, окрашивающие свойства). Сроки динамического наблюдения каждого пациента составляли 4 недели. Клинические осмотры проводились трижды — перед началом исследования, на 14 и 28 день наблюдения. Анкетирование пациентов производилось перед началом и на момент окончания исследования. Всем пациентам рекомендовалось ежедневное, минимум двукратное в течение дня, использование мази «Пантодерм» на протяжении периода до исчезновения основных клинических симптомов заболевания, но не менее 10 дней.

Результаты: в результате проведенного исследования было отмечено снижение показателя шкалы SCORAD на 66,3% от среднего исходного, границы показателя на момент окончания исследования составили от 22,1 до 43,2, что соответствует значительному улучшению. Показатели качества жизни редуцировали на 63,8% и составляли в среднем 5,8 балла, что указывало на высокую степень влияния проводимой терапии на качество жизни пациентов.

Данные о переносимости топического препарата показали отличную или хорошую переносимость в 94% случаев. При субъективной оценке основных характеристик препарата пациентами было отмечено, что 98% пациентов определяли консистенцию препарата как легкую, 97% указали на быструю скорость впитывания средства и 98% пациентов отметили полное отсутствие запаха и окрашивающих свойств препарата.

Выводы: препарат дексапантенола для наружного применения (мазь «Пантодерм») показал высокую клиническую эффективность и хорошую переносимость при лечении хронических аллергодерматозов (атопический дерматит и экзема).

Лечение акне с использованием микротоковой терапии

Нечаева О. С.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, г. Санкт–Петербург

Цель: исследование эффективности микротоковой терапии в составе комплексного лечения акне легкой и средней степеней тяжести.

Материалы и методы: микротоковая терапия в составе комплексного лечения применялась у 35 больных в возрасте от 17 до 26 лет с легкой и средней степенями тяжести акне. Микротоковая терапия проводилась с использованием аппарата «Miracle Bio Wave», Kingdom. Для проведения процедуры применялись электроды металлические двойные. Длительность одной процедуры составляла 15–20 минут. Продолжительность курса терапии 10–15 процедур, проводимых 2–3 раза в неделю. У пациентов, имеющих признаки постакне в виде гиперпигментации, дополнительно подключалась функция отбеливания. В качестве мезодикаментозной терапии использовались антибактериальные препараты, витаминотерапия, антиоксиданты, часть пациентов (9 женщин) использовала также препараты с антиандрогенной активностью (диане–35, жанин, ярина). Кроме того, все исследуемые пациенты использовали в качестве ежедневного лечебного и гигиенического ухода средства дерматокосметики, разработанные с учетом особенностей кожных покровов при акне. В серию анти–акне пациентам рекомендовались: очищающие гель и лосьон «Исеак» и крем активный уход с АНА «Исеак» Uriage или очищающий гель, гель–дезинкрустант и крем 15 «Эксфолиак» Merck. К контактному гелю добавляли гель из серии «Cu–Zn» Uriage. В состав этого геля, на основе термальной воды, входят антисептические компоненты: пирролидона карбоксилат меди и цинка. Эффективность проводимой микротоковой терапии оценивалась на основании регресса основных клинических признаков акне и постакне, таких как количество и характер высыпных элементов (воспалительные папулы и пустулы), поствоспалительные гиперпигментные пятна и мелкие поверхностные рубчики. Учитывались данные о переносимости процедуры.

Результаты: на фоне проведения процедур микротоковой терапии имеющиеся воспалительные высыпные элементы подлежали быстрому разрешению, появления свежих высыпаний в процессе лечения не отмечалось. Проявления постакне в виде гиперпигментаций регрессировали на 72%, а рубцовые поствоспалительные изменения значительно уменьшились у 46% исследуемых больных. При этом пациентами в 95% случаев отмечалась хорошая переносимость процедуры.

Выводы: микротоковая терапия в составе комплексного лечения акне значительно повышает эффективность проводимых мероприятий, способствует ускорению сроков разрешения воспалительных высыпных элементов, а также является средством профилактики и коррекции остаточных явлений постакне в виде гиперпигментаций и поверхностных рубчиков. Поддерживающие курсы микротоковой терапии (1–2 процедуры в месяц) на фоне лечебного ухода за кожей при помощи дерматокосметологических средств возможно рекомендовать в качестве профилактических и противорецидивных мер у лиц, страдающих легкой и среднетяжелой степенью акне.

Дерматокосметика в лечении атопического дерматита

Нечаева О. С.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, г. Санкт–Петербург

Цель: исследование эффективности использования современных дерматокосметических средств в составе комплексного лечения атопического дерматита.

Материалы и методы: одним из наиболее перспективных продуктов на современном рынке для ухода за сухой и атопичной кожей является гамма для дерматокосметологического ухода «Cu–Zn», которая выпускается французской научной лабораторией «Uriage». Средства этой гаммы включают в себя очищающий гель «Cu–Zn», крем и спрей «Cu–Zn», созданные на основе термальной воды «Uriage». Они оказывают смягчающее и увлажняющее действие, а также ограничивают размножение бактериальной флоры, благодаря имеющимся в их составе пирролидон карбоксилату меди (0,5%) и цинка (0,25%). Крем и спрей «Cu–Zn» дополнительно содержат оксид цинка. Под наблюдением находились 38 пациентов с атопическим дерматитом в возрасте от 16 до 35 лет. Исследование проводилось в течение 6 недель, пациентам было рекомендовано ежедневное использование очищающего геля «Cu–Zn». Выбор лекарственной формы крема или спрея «Cu–Zn» зависел от преимущественной локализации патологического процесса, а в ряде случаев производилось их сочетанное использование. Нанесение на кожу пораженных участков крема или спрея осуществлялось 2 раза в день. Анализ результатов исследования проводился на основании оценки качества жизни пациентов с использованием адаптированной версии опросника DLQI (Finlay). Также оценивались клиническая эффективность и переносимость использованных дерматокосметических лечебных средств.

Результаты: при анализе качества жизни на второй неделе применения средств лечебной косметики отмечалась редукция основных показателей, отражающих психосоциальное состояние пациентов, более чем на 60%, что свидетельствовало о высоком влиянии проводимой наружной терапии на качество жизни. Спустя 28 дней от начала использования препаратов для наружной терапии у 82,3% пациентов определялось клиническое улучшение в виде значительного уменьшения сухости и шелушения кожи, заживления поверхностных трещин, регресса явлений инфильтрации и лихенификации. При этом хорошая переносимость средств наблюдалась почти в 90% случаев. Пациентами было отмечено отсутствие окрашивающих свойств и запаха применяемых наружных препаратов.

Выводы: средства для лечебного и гигиенического ухода (гель, крем и спрей «Cu–Zn» лаборатории «Uriage») адаптированы к атопичной коже, не вызывают нежелательных побочных эффектов и характеризуются хорошей переносимостью. Высокая клиническая эффективность средств серии «Cu–Zn» лаборатории «Uriage» позволяет рекомендовать их в качестве препаратов современной наружной терапии атопического дерматита для улучшения качества жизни пациентов, оптимизации результатов комплексного лечения и увеличения продолжительности межрецидивного периода.

Особенности микроциркуляции в коже больных астраханской лихорадкой

Никулина Л.Н., Рассказов Н.И., Галимзянов Х.М., Айрапетова Г.С.

ГОУ ВПО АГМА, ГУЗ Областная инфекционная клиническая больница, г. Астрахань

Цель: оценить особенности микроциркуляции у больных клещевыми пятнистыми лихорадками, в частности у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ).

Материалы и методы: изучены особенности микроциркуляторных нарушений у больных АРЛ по данным ЛДФ тестирования в зависимости от возраста, пола, степени тяжести течения заболевания. По данным ЛДФ тестирования определены гемодинамические типы МЦР у больных АРЛ и их трансформация в процессе лечения. На основании полученных данных планируется разработать и внедрить патогенетически обоснованную терапию больных АРЛ препаратом курантил. Методы исследования: измерение скорости движения крови в капиллярах и оценка состояния микроциркуляции кожи с использованием лазерного доплерофлуометра «ЛАКК–01» (НПП «Лазма», Москва). Под наблюдением находились 92 больных АРЛ, диагноз был подтвержден серологически и контрольную группу составили 40 человек.

Результаты: выявили, что оценка микроциркуляторных нарушений у больных АРЛ наиболее информативна в области н/3 голени, где и проводилась тепловая проба. Выявлено снижение резерва капиллярного кровообращения (РКК) тепловой пробы у больных АРЛ, по сравнению с контрольной группой добровольцев. Таким образом, определение уровня РКК тепловой пробы при использовании ЛДФ позволяет не только констатировать наличие микрососудистых осложнений, но и прогнозировать их в начале заболевания, что может предопределить тактику лечения.

Выводы: таким образом, можно высказать предположение о том, что изменения микроциркуляции более выражены в сосудах нижних конечностей, преимущественно мелких артерий, вен и капилляров. Это связано с патогенезом заболевания, где ведущим является внутриклеточное паразитирование возбудителя и его тропность к клеткам эндотелия преимущественно мелких сосудов. Формируется обширное и более раннее поражение кожи со всеми присутствующими этому заболеванию изменениями острого продуктивного васкулита, причем очаги воспаления всегда бывают связаны преимущественно с мелкими сосудами. Однако характер кожных проявлений риккетсиоза разнообразен и зависит от длительности заболевания, распространенности и тяжести поражения сосудов и присоединения осложнений.

Опыт применения нового препарата — геля «Изотрексин» в терапии угревой болезни

Демьянов В.В., Новикова Л.А., Буравкова А.Г., Бялик Л.Р., Бахметьева Т.М., Демьянова О.Б.

ВГМА, г. Воронеж

Цель: изучение клинической эффективности и переносимости изотрексина при моно- и комплексной терапии больных угревой болезнью.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 45 больных угревой болезнью (15 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 14 до 25 лет, средний возраст — 19,5 лет. Легкая степень тяжести заболевания отмечалась у 25 человек, средняя — у 20. 36 человек использовали гель «Изотрексин» в виде монотерапии, нанося его тонким слоем на предварительно очищенную кожу один раз в день вечером. У 9 пациентов со средней степенью тяжести кожного процесса сочетали наружную терапию с системной. По истечении 2 недель терапии изотрексином 10 пациентов увеличили кратность нанесения до 2 раз в день.

Результаты: улучшение в течении кожного процесса отмечалось у всех наблюдаемых больных на второй неделе после начала терапии изотрексином. Через 4 недели значительное улучшение наблюдалось у 15 пациентов со средней степенью тяжести акне и практически клиническое выздоровление у пациентов с легкой формой. Максимальный эффект терапии был достигнут в течение 7–8 недель, когда у 40 пациентов (90%) наступило разрешение папулезных и пустулезных элементов и лишь у 5 больных со средней тяжестью акне еще сохранялись островоспалительные узелки, корочки, комедоны. Отмечена хорошая переносимость препарата. Только у 2 больных в конце первой недели лечения изотрексином наблюдалось легкое жжение, эритема и шелушение в месте нанесения, но после двухдневного перерыва эти симптомы исчезли и больше не появлялись до окончания курса терапии.

Выводы: гель изотрексин является эффективным и безопасным средством для наружной терапии больных угревой болезнью. Максимальный эффект следует ожидать через 7–8 недель терапии препаратом.

Опыт применения лонгидазы в терапии бляшечной склеродермии

Новоселов А.В., Савенков В.В., Енгальчев О.А.

ММА им. И.М. Сеченова, КВД № 2, г. Москва

Цель: продемонстрировать эффективность применения лонгидазы при лечении бляшечной склеродермии.

Материалы и методы: лонгидаза — препарат с протеолитической активностью, обладает пролонгированной ферментативной гиалуронидазной активностью, а также иммуномодулирующим, хелатирующим, антиоксидантным и противовоспалительным действием.

Действие препарата приводит к снижению отечности ткани, уплотнению рубцов, уменьшению проявлений острой фазы воспалительного процесса, регулирует синтез интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли, повышает резистентность организма к инфекции и усиливает гуморальный иммунный ответ.

Лонгидаза не обладает антигенными свойствами, митогенной, поликлональной активностью, не оказывает аллергизирующего, мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия.

Препарат вводили внутримышечно в дозе 3000 МЕ 1 раз в 3 дня, на курс 6–10 инъекций, продолжительность курса подбирали индивидуально в зависимости от клинического течения, стадии и локализации заболевания. После 1,5–2-месячного перерыва курс лечения можно повторить до общекурсовой дозы в 15 инъекций.

Результаты: нами обследованы и пролечены лонгидазой 19 больных (16 женщин и 3 мужчин в возрасте от 34–х до 60 лет). У всех больных клинические проявления носили распространенный характер. Очертания очагов были овальные, полосовидные, анулярные. Вокруг отдельных участков поражения — узкий поясик лилового цвета.

Наблюдения за больными в процессе терапии выявили хорошую эффективность лонгидазы. У 3 больных были местные реакции в виде болезненности, гиперемии и припухлости в месте инъекции, которые разрешались за 36–48 часов и не потребовали отмены препарата. Общих аллергических реакций мы не наблюдали.

У 8 пациентов было достигнуто клиническое излечение после одного курса терапии: исчезли лиловые ободки, уменьшились уплотнения. 11 пациентам для клинического излечения потребовалось 2 курса.

Следует отметить, что лонгидазу мы назначали в составе комплексной терапии. Несовместимости с антибиотиками пенициллинового ряда, новокаином, лидокаином, антигистаминными препаратами, ангиопротекторами мы не наблюдали.

Выводы: лонгидаза является эффективным средством лечения бляшечной склеродермии, в составе комплексной терапии, как препарат с выраженной протеолитической активностью, может быть рекомендована для широкого применения, избавив пациентов от длительного многокурсового лечения болезненными инъекциями лидазы.

Применение лечебных косметических средств в дерматологической практике

Ольховская К.Б., Перламутров Ю.Н.

МГМСУ, г. Москва

Цель: определение гидратирующей способности лечебных косметических средств Дардиа липо лайн у больных различными дерматозами.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 10 больных atopическим дерматитом, 5 — вульгарным псориазом (3 — ограниченная форма, 2 — распространённая), 7 — себорейным дерматитом, 3 — кератодермией. Несмотря на разнообразие клинической симптоматики кожных проявлений при различных дерматозах, общим для всех больных являлись: распространённый ксероз, шелушение, микро- и макротрещины, зуд, ощущение стягивания кожи. При сборе дерматологического анамнеза все пациенты отмечали, что после проведения адекватной терапии и устранения основных симптомов заболевания, ощущения сухости кожи и персистирующий зуд сохранялись в течение долгого времени.

Всем больным до и после лечения для определения гидратирующей способности препаратов серии Дардиа определялся уровень гидратации кожи с помощью корнеометрии. Лечение проводилось традиционно для каждой нозологии и после ликвидации островоспалительных проявлений были назначены косметические средства серии Дардиа липо лайн. На кожу лица пациентам назначался Липо крем, на кожу туловища Липо молочко, на ограниченные участки кожного покрова с выраженной лихенизацией и гиперкератозом Липо бальзам под окклюзионную повязку. Эффективность лечения оценивалась врачом и самими больными с регистрацией следующих параметров: интенсивность кожного зуда, степень сухости, покраснения кожи, шелушение, необходимость применения ГКС и уровень гидратации кожи. Для определения кратности применения лечебной

косметики Дардиа больные были разделены на две группы: в первую группу вошли 13 человек (5 — АД, 3 — псориаз, 3 — себорейный дерматит, 2 — кератодермия); во вторую группу — 12 человек (5 — АД, 2 — псориаз, 4 — себорейный дерматит, 1 — кератодермия). В первой группе больных средства Дардиа применялись 2 раза в день, во второй — 1 раз.

Результаты: в результате проведенного лечения было констатировано снижение интенсивности зуда более чем на 50% в обеих группах к третьему дню комбинированной терапии и значительное улучшение (75%) к 10 дню терапии. Гидратация кожи у больных двух групп увеличивалась в одинаковые сроки к 10 дню терапии более чем на 30%, к окончанию лечения (три недели) более чем на 50%. Эритема и шелушение, а также ощущение стягивания и сухости кожи при различных дерматозах разрешались неодинаково: наилучший эффект наблюдался у больных атопическим и себорейным дерматитом — к 7 и 5 дню терапии соответственно. У больных псориазом воспалительная реакция кожи значительно уменьшилась только к концу второй недели терапии.

Необходимо отметить, что при использовании Липо бальзама под окклюзионную повязку на ночь у больных с кератодермией, ограниченными формами псориаза и на участки лихенизации дало выраженный терапевтический эффект на 10–14 день использования, что выражалось в размягчении участков гиперкератоза, уменьшения инфильтрации, шелушения и в интенсивном отбеливании кожи.

Исследование на переносимость серии Дардиа липо лайн не выявило сенсibilизации или раздражения кожи, равномерно распределялись по коже и не обладали запахом.

Выводы: в результате проведенного исследования зарегистрирована высокая эффективность препаратов лечебной косметики серии Дардиа в комплексном лечении атопического и себорейного дерматита, псориаза и кератодермии. Гидратирующий, смягчающий и противовоспалительный эффекты наблюдались у больных на ранних этапах терапии независимо от кратности применения косметики, что подтверждает пролонгированное действие при их использовании всего 1 раз в сутки. Выраженные косметические и терапевтические свойства препаратов линии Дардиа обеспечены уникальным составом: гидрофильная и гидрофобная основа, а также содержанием молочной кислоты и мочевины, комплекс которых обеспечивает необходимый уход за кожей больных дерматозами, сопровождающихся общей сухостью кожных покровов.

Роль стрессорных и вегетативных расстройств в патогенезе плантарного гипергидроза у военнослужащих

Патрушев А.В., Сухарев А.В., Назаров Р.Н.

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

Цель: изучить выраженность стрессорных и вегетативных расстройств у больных плантарным гипергидрозом и оценить их взаимосвязь с тяжестью течения заболевания.

Материалы и методы: обследовано 40 военнослужащих с диагнозом гипергидроз стоп (средний возраст 20 лет), а также 30 здоровых добровольцев (средний возраст которых составил 20,3 года). Были сформированы две группы пациентов: группа больных гипергидрозом стоп (n=40) и группа контроля — здоровые лица (n=30). Обследование пациентов включало в себя: оценку нервно-психического напряжения (НПН) по Т.А. Немчинову; оценку невротического состояния с использованием опросника К.К. Яхина, Б.М. Менделевича; определение состояния вегетативной нервной системы методом вызванных кожных вегетативных потенциалов (ВКВП). Также определялся дерматологический индекс качества жизни пациентов (ДИКЖ) и выраженность потоотделения при помощи весовой пробы.

Результаты: анализ нервно-психического напряжения свидетельствует о его повышении у 90% больных гипергидрозом стоп (у 20% определялся детензивный или запредельный уровень, а у 70% — интенсивный). При этом только у 10% больных выявлен нормальный (экстензивный) уровень НПН. В то время как в группе здоровых лиц в 80% уровень нервно-психического напряжения находился в пределах нормы, в 20% случаев определялся его интенсивный уровень.

При оценке невротического состояния обследованных пациентов выявлены значимые различия между больными плантарным гипергидрозом и здоровыми лицами по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений. Однако болезненный характер выявленных расстройств у больных гипергидрозом стоп определялся только по шкале тревоги (выявлен у 45% больных) и шкале вегетативных расстройств (выявлен у 48% больных).

Анализ данных ВКВП показывает, что больные плантарным гипергидрозом достоверно отличаются от здоровых испытуемых уменьшением латентного периода (ЛП) ($p < 0,05$), что характерно для симпатикотонии, увеличением амплитуды (A1) и длительности первой фазы (S1) ($p < 0,001$), что характерно для парасимпатикотонии и повышения активности трофотропных надсегментарных центров, депрессии. При этом отмечено значительное увеличение амплитуды второй фазы (A2) ВКВП ($p < 0,01$) у больных гипергидрозом в сравнении со здоровыми испытуемыми. Увеличение амплитуды второй фазы ВКВП отмечается при повышении активности эрготропных центров, симпатикотонии. Данные нарушения определялись у 87,5% больных.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие умеренных, прямых статистически значимых ($p < 0,05$) связей между уровнем НПН, ситуационной тревожности, показателями состояния вегетативной нервной системы (A1, A2, S1) и клиническими показателями (выраженностью потоотделения и ДИКЖ). Между выраженностью потоотделения и латентным периодом (ЛП) ВКВП выявлена умеренная, обратная статистически значимая ($p < 0,05$) связь.

Выводы: повышенный уровень нервно-психического напряжения выявлен у 90% больных гипергидрозом стоп, вегетативные нарушения у 87,5% больных. При этом степень выраженности данных нарушений положительно коррелирует с тяжестью течения дерматоза. Выявленные нарушения состояния вегетативной нервной системы методикой ВКВП проявляются повышенной эрготропной и трофотропной активностью вегетативных центров в состоянии покоя.

Новые возможности в наружной терапии акне

Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Ляпон А.О.

МГМСУ, г. Москва

Цель: определение эффективности геля изотретинон при монотерапии у больных с акне.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 больных (20 женщин и 10 мужчин) с акне легкой и средней степенями тяжести, с выраженной пустулизацией, так же определялись комедоны, папулы и единичные узлы у двоих больных. Основной жа-

любой являлось наличие гнойничков, которые наиболее негативно отражались на внешнем облике, и снижало самооценку. Возраст исследуемых варьировал от 12 до 26 лет. Обострение возникало под воздействием различных факторов: менструация — 46,7 % (14 больных), смена климата — 80 % (24 больных), пищевые продукты и алкогольные напитки — 43,3 % (13 больных), стресс — 70 % (21 человек), роды — 13,3 % (4 больных), применение лекарственных и косметических средств — 43,3 % (13 больных).

Длительность заболевания у исследуемых пациентов составляла от 4 месяцев до 5 лет, у большей части — от 1 до 3 лет. При сборе семейного анамнеза наличие угревой болезни у родителей отмечалось в 40% (12 больных).

Перед началом исследования, через две недели и после окончания лечения, всем пациентам проводился подсчёт элементов сыпи в соответствии с ДИА для определения тяжести акне и эффективности назначенной терапии. После завершения лечения больным предлагалось пройти тестирование для оценки переносимости проводимого лечения.

Всем пациентам в качестве монотерапии был назначен комбинированный гель изотретиноин, который наносился 2 раза в сутки тонким слоем на очищенную кожу в течение 4–8 недель. Гель изотретиноин представляет собой комбинацию изотретиноина 0,05 % и эритромицина 2,00% и предназначен для наружного применения. Ретиноевый компонент геля изотретиноин способствует снижению продукции кожного сала, комедоногенеза, подавляя воспалительную реакцию в сальных железах. При лечении угрей изотретиноин снижает численность *Propionibacterium acnes*, он показан в качестве монотерапии слабых или умеренных проявлений акне vulgaris и эффективен при лечении как воспалительных, так и невоспалительных форм заболевания.

Результаты: в результате проведённой терапии количество как воспалительных, так и невоспалительных элементов резко снизилось: комедоны регистрировались у всех больных, но в небольшом количестве, папулы и пустулы — только у 10 пациентов. После окончания исследования зарегистрировано достоверное снижение индекса ДИА с $6,7 \pm 1,2$ до $2,2 \pm 1,42$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительной динамике акне при монотерапии с использованием геля изотретиноин.

При тестировании пациентов после проведённой терапии было констатировано, что применение геля изотретиноин привело к значительному клиническому улучшению — быстрому разрешению гнойничков, что повысило качество жизни пациентов. Побочные явления в виде незначительной сухости кожных покровов и шелушения наблюдались у 10 пациентов, но они носили транзиторный характер: через одну — две недели от начала применения геля изотретиноин полностью разрешались, а выраженность раздражающего действия изотретиноина была незначительной.

Выводы: проведённое исследование продемонстрировало значимую клиническую эффективность и хорошую переносимость геля изотретиноин при лечении больных с акне средней и лёгкой степеней тяжести, что позволяет рекомендовать его для широкого применения.

Изучение эффективности селективной фототерапии в комплексном лечении дисгидротической экземы

Перламутров Ю.Н., Ляпон А.О., Каримова И. М.
МГМСУ, г. Москва

Цель: изучить эффективность селективной фототерапии.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 26 больных с дисгидротической экземой кистей (18 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 24 до 64 лет. Контрольную группу составили 22 больных (14 женщин и 8 мужчин) с той же нозологией не получавших селективную фототерапию.

Всем больным назначались седативные (персен по 1т 2 раза в день) и антигистаминные препараты (кларетин по 1т в день), аевит по 1 к 2 раза в день, беллоид по 1 др. 2 раза в день. Наружно применялся дексаметазон–дерматоловый крем (dermatoli 2,5; dexametazoni 0,0005 (№15) lanolini ol.olivarum aa 15 aq. destilate 10,0) в сочетании с эпителизирующими мазями. 26 больным одновременно проводилась селективная фототерапия с применением ультрафиолетовой лампы Metec–Sunny в диапазоне 315 нм через день, начиная с 30 сек., увеличивая каждую процедуру на 30 сек, обычно на курс (10–15 процедур) с максимальной продолжительностью 10–15 мин.

Результаты: в результате лечения исследуемой группы с селективной фототерапией (26 больных) улучшение отмечалось у 7 больных (27%), значительное улучшение у 13 больных (50%), полная ремиссия у 6 пациентов (23%).

В контрольной группе (22 человека), не получавших селективную фототерапию, выявились следующие результаты: улучшение у 12 больных (55%), значительное улучшение у 8 больных (36%) и ремиссия у 2 пациентов (9%).

Выводы: таким образом, представленные результаты лечения дисгидротической экземы кистей свидетельствует об эффективности применения в комплексной терапии ультрафиолетовой лампы Metec–Sunny и о возможности расширения показаний данного вида физиотерапии.

Идентификация компонентов оптико–когерентного топографического изображения здоровой тонкой кожи человека

Петрова Г. А.

ГУ НИИКВИ Росздрава, ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, г. Нижний Новгород

Цель: осуществить в эксперименте *ex vivo* идентификацию слоев ОКТ–изображений здоровой тонкой кожи.

Материалы и методы: использовали визуализатор–топограф оптико–когерентный компьютеризированный (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2035–05 от 05 августа 2005 года), изготовленный в ИПФ РАН (г. Н.Новгород). Проводили параллельные ОКТ– и гистологическое исследования периферического фрагмента расщепленного кожного трансплантата, взятого элетродерматомом с бедра для кожной пластики дефекта кожи ожогового больного, размером 2х2 мм, толщиной 80 мк. Исследуемый фрагмент трансплантата состоял только из рогового слоя и надсосочковой части клеточных слоев эпидермиса. ОКТ–исследование проводили сразу после получения трансплантата. Осуществляли гисто–томографические сопоставления и параллельные измерения толщины рогового слоя и надсосочковой части клеточных слоев эпидермиса гистологического препарата с увеличением 40 и слоев ОКТ–изображения, соответствующего данному увеличению.

Результаты: доказана эквивалентность 2 слоя ОКТ–изображения, характеризующегося слабым сигналом, слабо рассеивающему роговому слою, а 3 слоя, характеризующегося интенсивным сигналом — сильно рассеивающей надсосочковой части клеточных слоев эпидермиса.

Выводы: экспериментально подтверждена правильность разработанных ранее принципов оценки ОКТ–изображений, необходимых для практической реализации новой методики прижизненных ОКТ–исследований структурного состояния кожи в норме и при патологических состояниях.

Современные подходы к терапии алопеции с помощью препаратов серии фолтене фарма против выпадения волос для мужчин и женщин

Пинсон И.Я., Верхогляд И.В.

Клиника лазерной дерматологии «Гарвей Ор» ФГУ «Больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ; РМАПО, кафедра дерматовенерологии и клинической микологии, г. Москва

Цель: оценить эффективность и безопасность применения препаратов на основе трикосахарида в терапии различных форм алопеции. Важным качеством данного лекарственного вещества является дифференцированный подход к лечению алопеций у мужчин и женщин.

Материалы и методы: для терапии использовался комплекс средств, состоящий из шампуня и лосьона. Препарат применялся на фоне общей терапии, которая заключалась в назначении витаминов С, группы В (В1, В2, В6, В12), А, Е, РР, препаратов для улучшения микроциркуляции, микроэлементов (препаратов меди, цинка, железа). Лосьон фолтене для мужчин состоит из трех активных веществ, обладающих синергической активностью: трикосахарида, зантина и питательного комплекса. Трикосахарид является запатентованным активным веществом, состоящим из смеси 6 мукополисахаридов, которые являются физиологическими компонентами скальпа, что позволяет добиться полного сходства между активным веществом и скальпом. Он притягивается к делящимся клеткам, наполняющим внутренние слои луковицы волоса, и начинает воздействовать на них. Зантин — эффективный антиоксидант (в 500 раз эффективнее витамина Е) растительного происхождения. Шампунь фолтене фарма для мужчин также содержит трикосахарид, который в сочетании с лосьоном усиливает терапевтический эффект. Лосьон фолтене фарма для женщин действует на основе синергического воздействия двух активных композиций: трикалгосила — вещества, созданного из морских водорослей, богатого полисахаридами биоминерального комплекса. Шампунь фолтене фарма для женщин также содержит трикалгосил. Лечебный комплекс фолтене фарма применялся в течение первых двух месяцев 3 раза в неделю на влажные вымытые волосы с использованием шампуня фолтене фарма, в течение третьего месяца — 2 раза в неделю. Для поддержания положительных результатов лечения курс повторялся 2 раза в год (весной и осенью). В исследовании были включены лица в возрасте от 18 до 42 лет, страдающие очаговой и диффузной алопецией. Проводились общеклинические исследования (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, кал на я/г), анализ крови на КСР и исследование иммунного статуса. Для исключения тяжелой соматической патологии пациенты предварительно обследовались у терапевта, эндокринолога, гинеколога и невропатолога. В результате нами было отобрано 16 больных очаговой алопецией, из них 11 женщин и 5 мужчин и 20 пациентов с диффузной алопецией (12 женщин и 8 мужчин). Из анамнеза установлено, что наиболее часто респонденты не могли указать причину выпадения волос, из других провоцирующих факторов указаны стресс и инфекционное заболевание.

Результаты: в процессе лечения выявились изменения интенсивности жалоб. Выпадение волос как «сильное» или «умеренное» до лечения было констатировано у 100% пациентов. После курса лечения более половины больных указывали на отсутствие выпадения волос, 31,2% — оценили интенсивность выпадения волос как «слабо выраженное» и только 12,5% отмечали «умеренно выраженное» выпадение волос. Ни один пациент не жаловался на «сильное» выпадение волос. Клинические наблюдения показали, что в течение первого месяца лечения у 78% больных наблюдался обильный рост пушковых волос во всех очагах, в течение последующих 3 месяцев — рост длинных пигментированных и депигментированных волос. Положительный эффект терапии — отсутствие зоны «расшатанных волос» и выраженный фолликулярный рисунок в очагах поражения отмечались в первые 2–4 недели лечения у всех пациентов с очаговой алопецией. У 19% обследованных наблюдалось уменьшение очагов облысения в размере, обильный рост пушковых, пигментированных и депигментированных длинных волос во всех или в большинстве очагов, отсутствие новых очагов выпадения волос и увеличения уже существующих. При последующем наблюдении в течение 1,5 лет рецидивов заболевания не наблюдалось.

Выводы: у большинства пациентов удалось достичь полного или частичного восстановления роста волос и отсутствия рецидивов. Побочных эффектов при лечении не отмечалось ни у одного из пациентов. В заключение надо сказать, что препараты фолтене фарма против выпадения волос для мужчин и фолтене фарма против выпадения волос для женщин показали высокую эффективность в терапии алопеций и могут быть рекомендованы в практике дерматологов и трихологов.

Ошибки диагностики при редких дерматозах

Пирятинская В.А., Данилов С.И., Грибанова Т.В., Лалаева А.М., Гусева С.Н.

СПбГМА им. И.И.Мечникова, г. Санкт–Петербург

Цель: описание случаев диагностики и лечения редких дерматозов у больных, находившихся в СПбГМА им. И.И.Мечникова в 2006–2007гг.

Материалы и методы: объектом исследования явились больные с редкими дерматозами, использованы патоморфологический и метод прямой иммунофлуоресценции, иммуногистохимическое исследование для верификации диагноза.

Результаты: у больной 47 лет на протяжении более 40 лет имелся очаг поражения в области правой щеки, который рассматривался дерматологами как сосудистая опухоль. В клинике с использованием патоморфологического исследования был поставлен диагноз туберкулезной волчанки, получала лечение в люпозории г. Пушкина. С помощью метода прямой иммунофлуоресценции нами впервые была диагностирована центробежная эритема Биетта, редкая форма интегументной красной волчанки. Интересны 2 случая больных с мигрирующей ларвой, вызванной личинками гельминтов. Больная 43 лет отдыхала в Тунисе и девочка 10 лет во Вьетнаме. Очаги поражения у одной пациентки были в области задней поверхности бедер, голеней, у девочки в области IV пальца и тыла правой стопы, наблюдалась эозинофилия в крови до 20%. Лечение вермоксом по схеме дало полное выздоровление. Нередки случаи ошибки диагностики при опухолевых заболеваниях кожи. Больная 74 лет около 10 лет лечилась по поводу язвенной пиодермии, имелся обширный очаг поражения на задней поверхности шеи размером 10 на 15 см с эрозивно–язвенной поверхностью и приподнятым валикообразным краем плотной консистенции. В нашей клинике впервые был поставлен диагноз базально–клеточного рака кожи, подтвержденный патоморфологически, онкологами прове–

дено лечение. Больной 61 года в течение 8 лет в условиях люпозория получал лечение по поводу туберкулезной волчанки без эффекта. Процесс локализовался в паховых складках и лобке в виде плоского инфильтрата синюшного цвета. С помощью патоморфологического и иммуногистохимического исследования поставлен диагноз «синдром гранулематозной вялой кожи» Т-клеточная лимфома. С успехом применяли проспидин по схеме. Два интересных случая больных с порокератозом: больному 55 лет с давностью заболевания 5 лет с помощью патоморфологического исследования поставлен диагноз поверхностного диссеминированного порокератоза Респинга и пациентке 17 лет диагностирован линейарный унилатеральный порокератоз, которым она страдала с 5-летнего возраста.

Выводы: рекомендовано обратить внимание дерматологов на ошибки в диагностике редких дерматозов и использовать для постановки диагноза методы лабораторной диагностики (патоморфологический, иммуногистохимические исследования и прямой иммунофлуоресценции).

Рациональная терапия псориатического артрита

Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Подзорова С.А., Малевская И.И., Смирнова О.Н.

СПБГМА им. И.И.Мечникова; кафедра дерматовенерологии, г. Санкт-Петербург

Цель: изучение обезболивающего и противовоспалительного действия импульсного низкоинтенсивного CO₂ лазера «Камертон» (выходная мощность менее 400 мВт) — разработка Института физиологии имени И.П. Павлова РАН у больных с артропатическими формами псориаза.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 25 больных с псориатическим артритом дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп, а также локтевых и коленных суставов, подавляющее большинство составили женщины (65%), причем 82% из них составили люди трудоспособного возраста. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 10 лет. Исходно всем больным проводилось обследование, которое включало следующие методики: клинический осмотр с оценкой боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в миллиметрах в покое и при нагрузке, при пальпации; лабораторное обследование для исключения заболевания с высокой воспалительной и иммунной активностью поражения суставов: общеклинический анализ крови и мочи. Биохимические исследования крови: билирубин, АлАт, АсАт, сахар, креатинин, фибриноген, сиаловые кислоты, С-реактивный белок, Са, Р, холестерин, мочевая кислота, иммунологическое исследование крови (ревматоидный фактор); определение состояния субстратного и ферментного звена антиоксидантной системы (АОС): по активности SH-групп, активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД); рентгенография пораженных суставов осуществлялась только при первичном визите. Контрольные исследования из-за короткого периода терапии, в течение которого не ожидается динамика рентгенологических признаков, не проводилась.

Облучение лазером осуществляли по типу местного воздействия на участки поражения, болевые точки. Длительность облучения одного поля составляла от 1 до 4 минут, суммарное время облучения за одну процедуру, как правило, не превышало 15 минут. Лазерную терапию проводили ежедневно. Среднее число процедур на курс лечения — 12–15. Результаты: до начала лечения клиническая симптоматика при псориатическом артрите характеризовалась болью в суставах, утренней скованностью, увеличением окружности суставов, ограничением активных движений в суставе. Боль в покое по шкале ВАШ составила в среднем 38,2 мм, при движении — 59,0 мм, при пальпации — 41,3 мм. По окончании лечения было отмечено уменьшение отека суставов, скованности, значительное уменьшение болевого синдрома. По шкале ВАШ боль в покое составила 22,8 мм, при движении 42 мм, при пальпации 28,3 мм. Определение состояния антиоксидантной системы установило волнообразные изменения показателей в процессе лечения, что не позволило выявить общую закономерность (получен разнонаправленный эффект). Значительное улучшение после курса лазеротерапии было достигнуто у 21 из 25 больных, что помогло им отказаться от приема НПВП. У 4 больных улучшение было нестабильным, что потребовало использование НПВП в различной форме. Терапия ни в одном случае по причине отказа больного не была прервана, ни у одного пациента не было выявлено побочных эффектов, потребовавших отмену процедур.

Выводы: низкоинтенсивный CO₂ лазер «Камертон» является эффективным для лечения больных псориатическим артритом, особенно на ранних стадиях заболевания; обладает выраженным анальгетическим эффектом, связанным с активацией опиоидных рецепторов и потенциал зависимых ионных каналов, ответственных за генерацию болевого сигнала. Это позволяет сократить период приема НПВП и уменьшить риск развития осложнений от данных препаратов.

Корреляционная связь показателей функций разных органов и систем у детей, страдающих псориазом, в период обострения болезни

Письменная Е.В., Силина Л.В., Письменный Л.Л.

КГМУ, г. Курск

Цель работы: исследовать состояние и корреляцию гематологических, иммунологических и эндокринных показателей у детей, больных псориазом, в прогрессирующей стадии.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 85 детей, больных распространенным псориазом, в возрасте от 5 до 14 лет. Фенотип лимфоцитов определялся с помощью моноклональных антител к структурам CD3, CD4, CD8, CD20. Содержание иммуноглобулинов классов М, G, А в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии. Концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) оценивали методом осаждения иммунных комплексов полиэтиленгликолем. Содержание адаптивных гормонов определяли методом иммуноферментного анализа. Для выявления связи между полученными данными был осуществлен корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена, не требующего нормальности распределения и линейной зависимости.

Результаты: у детей, страдающих псориазом, в прогрессирующей стадии был выявлен лейкоцитоз, повышенное число эозинофилов и повышение СОЭ в сравнении со здоровыми детьми. Исследование состояния клеточного иммунитета показало снижение относительного содержания Т-лимфоцитов, отмечено сочетание недостаточности CD4 Т-лимфоцитов с повышенным, по сравнению со здоровыми детьми, содержанием CD8 Т-лимфоцитов. Число CD20 клеток у больных детей практически не отличалось от данного показателя у здоровых детей. У больных детей до лечения отмечалась гиперпродукция Ig A, Ig G при незначительном увеличении содержания Ig M и усилении образования иммунных комплексов. Нами было отмечено увеличение концентрации АКТГ, кортизола и СТГ, причем концентрация в сыворотке крови АКТГ и СТГ значительно превышала уровень

данных гормонов у здоровых детей, что обусловлено активацией защитных механизмов организма у больных детей. Повышение концентрации адаптивных гормонов является фактором, свидетельствующим о напряжении системы адаптации организма и реципрокных взаимоотношений с иммунной системой. В нашем исследовании была зарегистрирована высокая степень скоррелированности большинства показателей у детей, больных псориазом. Наибольшее количество корреляционных связей имели некоторые иммунологические показатели (CD3, IgA, ЦИК, CD8, IgG) и показатель эозинофилов, свидетельствующие о возможном иммуноаллергическом процессе. Значительное количество корреляционных связей зарегистрированы у показателей лейкоцитов и СОЭ, характеризующие активность воспалительного процесса в организме. Следует отметить, что наименьшее количество корреляционных связей имеют показатели адаптивных гормонов.

Выводы: у детей, больных псориазом, в стадии обострения установлено снижение в крови относительного содержания CD3+ и CD4+, повышение CD8+ лимфоцитов, гиперпродукция Ig A, Ig G и усиление образования иммунных комплексов, увеличение концентрации АКТГ, кортизола и СТГ.

Оценка интенсивности боли как одного из основных симптомов при псориатическом артрите

Письменный Л.Л., Силина Л.В., Письменная Е.В.
КГМУ, г. Курск

Цель работы: оценить интенсивность боли при псориатическом артрите

Материалы и методы: был оценен болевой симптом у 40 больных псориатическим артритом, с градацией его по суставам, вовлеченным в патологический процесс. Мы использовали разработанную нами анкету с нанесением десяти визуальных аналоговых шкал длиной по 100 мм. Каждая шкала соответствовала конкретным суставам.

Результат: хроническая боль в суставах является ведущим симптомом псориатического артрита. Вместе с тем основные характеристики боли этой этиологии (интенсивность, локализация, время возникновения, длительность и др.) не имеют строгой специфичности и часто схожи с другими заболеваниями суставов, что может приводить к диагностическим ошибкам и неправильному лечению.

У всех обследованных нами больных был зарегистрирован полиартрит. Поражение суставов носило множественный характер, но вовлекались в патологический процесс они не одновременно, хотя в большинстве случаев симметрично. Поражение суставов возникало остро или подостро на фоне обширных кожных высыпаний. У больных отмечались ониходистрофия, онихогрифоз и онихолизис. У 29 пациентов наблюдалось вовлечение в патологический процесс дистальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов. У 8 больных преимущественно были поражены коленные суставы. Необходимо отметить, что именно эти группы больных представляют наибольшую трудность при дифференциальной диагностике с ревматоидным артритом. Дистальная форма артрита наблюдалась у 5 больных, проксимальная — у 11, дистально-проксимальная у 24 пациентов. У 12 пациентов болевой симптом при псориатическом артрите был минимальным (до 20 баллов по визуальной аналоговой шкале) — в виде очень слабых, быстро проходящих артралгий. У 14 больных псориатическим артритом отмечались умеренные боли и некоторая скованность в суставах. По визуальной аналоговой шкале болевой симптом составлял от 20 до 50 баллов. В 8 случаях были зарегистрированы сильные боли (50–80 баллов), причем сразу в нескольких суставах. Боли носили постоянный характер, усиливались при малейшем движении, что существенно ограничивало движения пациента. У 6 пациентов болевой симптом был резко выражен: очень сильные боли (80 и более баллов) беспокоили больных даже в состоянии покоя. При этом чувство скованности наблюдалось и в видимо неизмененных суставах. Нами отмечено, что сильные суставные боли встречались преимущественно у мужчин молодого возраста (20–35 лет). Помимо суставного синдрома у таких больных наблюдалась распространенная форма псориаза со склонностью к эритродермии, а такой вариант течения заболевания принято считать более тяжелым. Болевой симптом при псориатическом артрите даже при слабой его выраженности сохраняет свое индикаторное значение для диагноза болезни в целом, поэтому должен всегда регистрироваться и изучаться с особой тщательностью.

Выводы: боль является ведущим симптомом при псориатическом артрите. У большинства пациентов, страдающих данной патологией, регистрируются умеренные боли и некоторая скованность в суставах, а сильные суставные боли встречаются преимущественно у мужчин молодого возраста с распространенной формой псориаза.

Инновационные технологии в дерматовенерологии — системы для фотодинамической диагностики кожных заболеваний

Плаен Т., Чиркова Е.Ю.

ВЮСАМ GmbH, г. Регенсбург, Германия; «Медико-Диагностическая Лаборатория», г. Москва

Цель: разработка и внедрение в практическое здравоохранение новых технологий, позволяющих проводить точную диагностику онкологических кожных заболеваний на ранней стадии их развития.

Материалы и методы: на основе комбинации светодиодных источников излучения, цветных цифровых камер, а также электронных устройств, позволяющих четко контролировать частоту и время экспозиции, были созданы программно-аппаратные комплексы DermoGenius и Diaderm для диагностики меланомы, базальноклеточной карциномы, старческого кератоза, болезни Бовена, сквамозной клеточной карциномы и других онкологических заболеваний кожи.

Результаты: созданные программно-аппаратные комплексы позволяют проводить диагностику рака кожи на ранних стадиях, практически на стадии его возникновения. Это особенно важно для диагностики меланомы, для которой, как известно, характерно очень раннее метастазирование. При этом для меланомы производится оценка восьми параметров — асимметрии формы, цвета, локализации границ опухоли, вариабельности цвета, гомогенных по цвету участков, структурной вариабельности, структурной асимметрии и структурной гомогенности. На основании данных восьми параметров вычисляется DSDP — цифровой стандартизованный дерматологический показатель, позволяющий повысить точность диагностики меланомы, а также обеспечить четкий терапевтический мониторинг. При этом вся информация о клиническом случае фиксируется и архивируется в специально созданной базе данных. Формат файлов позволяет передать данную информацию через сеть и использовать возможности телемедицины. Генератор отчетов позволяет выводить данные в любой удобной для врача форме. Сочетание количественного подхода и доступности клинических данных, причем в динамике, позволяет не только точную постановку диагноза, но и выбор адекватных методов терапии, а также дает возможность обнаружения рецидива, в том числе на зарубцевавшемся участке. Для диагностики амеланотических заболеваний кожи снимается не только цветное, но также и флуоресцентное изображение

пораженного участка. В основе этого лежит селективное введение фотосенсибилизатора в зоны поражения (5-ALA или Metvix). Флуоресцентное и цветное изображения получают при обычном комнатном освещении, при анализе их можно совместить, а также оптимизировать с помощью псевдоцветов. Уникальный PrIх-фильтр позволяет проводить перекрестное сравнение и стандартизацию флуоресцентных образов.

Выводы: 1. С помощью новых технологий разработан количественный подход в диагностике онкологических кожных заболеваний, что позволяет отнести данный вид диагностики к средствам доказательной медицины.

2. Новый подход позволяет ставить точный диагноз на ранней стадии развития заболевания — практически на стадии его возникновения. Разработка подобных методов в разных областях медицины позволит в дальнейшем перейти от констатации к прогнозу. Разработка такого подхода в дерматовенерологии — это еще один шаг на пути к профилактической медицине.

Роль полиморфного аллеля His кодона 302 гена апоптоза каспаза-8 в формировании риска развития псориазического артрита

Пономарев И. А., Жуков А. С., Хайрутдинов В. Р., Мошкалов А. В., Имянитов Е. Н., Самцов А. В., Суспицын Е. Н., Буслов К. Г., Иевлева А. Г., Соколенко А. Г., Улыбина Ю. М., Митюшкина Н. В., Того А. В., Белогубова Е. В., Чаплыгин А. В.

НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 442 Окружной военный клинический госпиталь, г. Санкт-Петербург,

Цель: изучение распределения полиморфных аллелей кодона 302 гена апоптоза каспаза-8 среди больных псориазическим артритом.

Материалы и методы: объект исследования — 97 больных псориазом, 21 из которых имел псориазический артрит; группа контроля — 142 здоровых донора, не имеющих псориаза в анамнезе. ДНК лейкоцитов периферической крови исследовалась с помощью аллель-специфического метода полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени» — изучалась встречаемость полиморфных аллелей His и Asp кодона 302 гена casp8 в сравниваемых группах, среди больных псориазом, имеющих псориазический артрит и без него.

Результаты: анализ распределения полиморфных вариантов casp8 His302Asp (12,9% и 87,1%) у больных псориазом и здоровых доноров (10,9% и 87,1%) не выявил существенных различий. Выявлено статистически достоверное снижение встречаемости аллеля His у больных псориазом, имеющих псориазический артрит — 1/42 (2,4%) по сравнению с пациентами без поражения суставов — 24/152 (15,8%), ($p < 0,05$), (OR=0,13; 95% CI: 0,007–0,95).

Выводы: характер распределения полиморфизмов casp8 His302Asp у больных псориазом и здоровых лиц не имеет существенных различий. Полученные нами данные позволяют предположить, что отсутствие полиморфного аллеля His у больных псориазом повышает риск развития у них псориазического артрита (в 7,7 раза). Возможно, полиморфизм гена апоптоза casp8 His302Asp оказывает моделирующее действие на течение псориаза.

Эффективность узкоспектральной УФВ-терапии больных витилиго с большой длительностью заболевания

Прошутинская Д. В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить эффективность узкоспектральной УФВ-терапии у больных витилиго с большой длительностью заболевания.

Материалы и методы: проанализирована эффективность лечения 80 больных витилиго, получавших узкоспектральную средневолновую ультрафиолетовую терапию: узкополосную фототерапию (311 нм) или облучение эксимерным лазером (308 нм). Длительность заболевания у наблюдавшихся пациентов колебалась от 4 месяцев до 42 лет. На курс больные получали, в среднем, 54 процедуры со средней курсовой дозой УФВ 69 Дж/см².

Результаты: после курса терапии средний процент репигментации кожи составил 41%. Корреляционный анализ выявил слабую отрицательную корреляцию процента репигментации очагов витилиго и длительности заболевания (коэффициент корреляции -0,15, $p = 0,048$). При оценке результатов лечения в подгруппах больных с разной длительностью витилиго установлено, что фототерапия оказывала эффект независимо от давности заболевания. Так, в подгруппах с длительностью заболевания 1–12 месяцев, 3–5 лет, 10–20 лет и более 20 лет средние значения процента репигментации очагов поражения составили соответственно 49%, 48%, 27% и 37%. В подгруппе с длительностью витилиго более 20 лет, включавшей 11 пациентов, у 3 из них процент репигментации после курса фототерапии превышал 70% площади поражения, у 4 — составил от 30 до 50%, у 4 — был менее 15%. У больного с наибольшей длительностью заболевания (42 года) процент репигментации очагов витилиго после окончания фототерапии равнялся 30% площади очагов поражения.

Выводы: принято считать, что лечение больных витилиго с большой длительностью заболевания неэффективно. Проведенный анализ показал, что узкоспектральная ультрафиолетовая терапия может оказывать эффект при любой длительности витилиго. Положительные результаты удается получить даже при давности заболевания, превышающей 40 лет. Полученные нами данные согласуются с зарубежными публикациями, свидетельствующими о наличии в очагах поражения больных витилиго с большой длительностью заболевания меланоцитов, способных к репопуляции депигментированной кожи под действием стимулирующих факторов, в том числе ультрафиолетового излучения.

Уменьшение прогрессирования витилиго под действием ультрафиолетовой фототерапии

Прошутинская Д. В.

ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий», г. Москва

Цель: изучить влияние лечения больных витилиго ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм и 308 нм на активность течения заболевания.

Материалы и методы: под клинико-лабораторным наблюдением находилось 30 больных витилиго с 2 и 3 типом кожи в возрасте от 7 до 49 лет (8 мужского пола, 22 — женского пола). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 29 лет. У 22 пациентов диагностирована вульгарная форма витилиго, у 3 — акрофациальная форма, по 2 больных имели фокальную или сегментарную формы заболевания. Двадцать два больных получали узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию

(311 нм), 8 пациентов — лечение эксимерным ультрафиолетовым лазером (308 нм). У всех больных до лечения констатирована прогрессирующая стадия заболевания. Активность витилиго определяли до и после курса фототерапии, рассчитывая индекс VIDA (Vitiligo Disease Activity), который выражали в баллах от –1 до 4.

Результаты: в среднем больные получали на курс 51 процедуру фототерапии. Средние значения начальной, максимальной и курсовой доз ультрафиолетового облучения соответствовали 0,2, 1,5 и 58 Дж/см². После лечения у 12 больных достигнуто улучшение (репигментация 16–50% площади очагов), у 6 — значительное улучшение (репигментация 51–95% площади очагов), у 2 — клиническое выздоровление (репигментация 95–100% площади очагов). Эффект отсутствовал у 10 пациентов. Медиана процента репигментации площади очагов поражения после лечения составила 36%. В процессе ультрафиолетовой терапии выявлено статистически значимое уменьшение медианы индекса VIDA с 3 до 2 баллов ($p=0,027$, критерий Вилкоксона). Результаты углубленного анализа подтвердили способность фототерапии стабилизировать активность течения витилиго. В частности, у больных, получивших на курс 75–100 процедур, установлено более выраженное снижение индекса VIDA после лечения (с 3 до 0,5 балла, $p=0,021$). В этой группе полное прекращение прогрессирования витилиго (отсутствие обострений в течение года) отмечено у 50% пациентов, тогда как в общей группе — лишь у 20%. Кроме того, в группе больных с отсутствием эффекта от проводимой терапии медиана индекса VIDA в процессе лечения, наоборот, повышалась (с 2,5 до 3 баллов). Эти данные свидетельствуют о том, что выявленное нами уменьшение активности витилиго в процессе лечения не связано с течением самого заболевания, а вызвано влиянием на витилигинозный процесс проводимой фототерапии.

Выводы: полученные результаты позволяют заключить, что лечение больных витилиго ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм и 308 нм способствует стабилизации патологического процесса и уменьшению прогрессирования заболевания.

Метод ультразвукового сканирования в диагностике базально-клеточной карциномы

Прядкина Е.В., Кубанов А.А., Катунина О.Р.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: разработать критерии диагностики базально-клеточной карциномы на основании изучения экзогенных структур в очагах поражения.

Материалы и методы: объектами для исследования служили пациенты с различными клиническими разновидностями базально-клеточной карциномы, у которых проводилось ультразвуковое исследование в очагах поражения с использованием УЗИ — сканера DermaScan C Ver 3 (Дания). Для верификации диагноза проводилось последующее гистологическое исследование с установлением типа дифференцировки базально-клеточной карциномы.

Результаты: у 20 пациентов с подозрением на базально-клеточную карциному было проведено УЗИ-сканирование. При последующем гистологическом исследовании у 18 пациентов диагноз базально-клеточной карциномы был подтвержден, в 2 случаях был установлен диагноз плоскоклеточная карцинома. При анализе сканограмм пациентов с базально-клеточной карциномой было установлено, что при отсутствии эрозий и изъязвлений на поверхности структура эпидермиса не изменялась. Внутренняя структура опухоли отличалась гипозоженностью с неравномерным эхосигналом. В краевых зонах опухоли определялись мелкие гипозоженные структуры, расположенные на расстоянии 2–3 мм от основного опухолевого узла. При лечении учитывались результаты проведенного исследования для выбора метода терапии и определения объемов и глубины вмешательства. В настоящее время все пациенты находятся под наблюдением.

Выводы: ультразвуковое сканирование высокого разрешения позволяет визуализировать структуры базально-клеточной карциномы, определить глубину поражения. Преимуществами дерматосканирования являются неинвазивность, безболезненность, высокое разрешение, возможность многократного применения при наблюдении за пациентом.

Перспективы использования местных природных факторов при лечении воспалительных заболеваний кожи и мочеполовых органов

Рассказов Н.И., Думченко В.В., Поспеева Л.А., Ерина И.А.

ГОУ ВПО АГМА, ГУЗ ОКВД, ГУ Санаторий №2 курорта «Тинаки», г. Астрахань

Цель: выявление и изучение новых местных курортных факторов и оценка их эффективности при кожных болезнях и ИППП.

Материалы и методы: в последние годы санаторно-курортное лечение в центре реабилитации «Тинаки» получили более 300 больных хроническими дерматозами и хроническим простатитом. Оценка эффективности лечения проводилась по динамике кожного процесса и оценке показателей (среднеарифметическое значение перфузии (М), среднеквадратическое значение величины перфузии (СКО), максимальные амплитуды низкочастотных (ALF), высокочастотных (AHF) и кардиоколебаний (ACF) и соответствующие им частоты (FLF, FHF, FCF) микроциркуляции кожи, полученных на аппарате ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Москва).

Результаты: клинико-функциональная характеристика патологического процесса показала эффективность лечения больных дерматозами с использованием минеральной воды и лечебной грязи. Обоснована целесообразность включения в показания для лечения заболеваний кожи (псориаз, экзема, атопический дерматит и т.д.) и мочеполовых органов в центре реабилитации «Тинаки». Лучше направлять на лечение больных дерматозами, имеющих сопутствующие заболевания внутренних органов, нервной и сердечно-сосудистой систем. Широкие возможности имеются для реабилитации больных тяжелыми и осложненными формами псориаза (эритродермия, артропатия и т.д.), в первую очередь, после стационарного лечения, что является предметом изучения.

Оправдано использование для оценки эффективности местных природных факторов и различных программ терапии заболеваний кожи показателей микроциркуляции. Последние позволяют объективно характеризовать изменения кровообращения и выявлять их даже в клинически не измененной коже.

Мало изученным является вопрос о противорецидивном лечении больных псориазом и другими хроническими дерматозами в санаторно-курортных условиях. Для реализации этого направления в практическое здравоохранение необходимо обеспечение финансирования указанных мероприятий, что предполагает необходимость привлечения различных фондов медицинского страхования.

Не используются до настоящего времени возможности местных санаторно–курортных учреждений для лечения осложнений инфекций, передаваемых половым путем, хотя имеющийся опыт лечения воспалительных заболеваний мочеполовых органов у мужчин и женщин показывает перспективность разработки этих вопросов. Может быть, указанное обусловлено тем, что многие десятилетия в противопоказаниях к санаторно–курортному лечению фигурируют венерические болезни.

Выводы: изготовление концентратов грязи и минеральной воды разового пользования позволяет шире внедрять лечение природными факторами заболеваний кожи во вне курортных условиях. Это касается, в первую очередь, детского контингента больных дерматозами, наименее обеспеченного санаторно–курортным лечением. Организация санаторно–курортного лечения детей в местных условиях исключает нагрузки на адаптационные системы организма, повышает эффективность терапии и значительно снижает материальные затраты.

ABCream: новое направление в лечении псориаза — подавление действия интерлейкина–8 с использованием специфичных моноклональных антител

Ревунова К. В.

ООО «НовоНексус», г. Москва

Цель: проверка эффективности препарата ABCream при лечении больных обыкновенным и пустулярным псориазом.

Материалы и методы: четвёртая фаза клинических испытаний препарата проводилась в Институте Дерматологии Китайской Академии Медицинских Наук и в 17 госпиталях. В испытаниях принимали участие более полутора тысяч больных с различными проявлениями псориаза. Все больные прошли 8–недельный курс лечения препаратом. В качестве объективных показателей фиксировались площадь поражения, характер и размер покраснений и псориазных бляшек, отёчность тканей, самочувствие пациента.

Результаты: после 8–недельного курса лечения 17,85% пациентов не имели признаков псориаза, 61,91% пациентов имели значительные улучшения состояния.

Выводы: препарат ABCream имеет выраженное лечебное действие по отношению к различным кожным проявлениям псориаза, причём наибольшую эффективность имеет применение препарата на прогрессирующей стадии течения заболевания.

Эпидермальный фактор роста в качестве регенеранта в процессе восстановления кожи

Ревунова К. В.

ООО «НовоНексус», г. Москва

Цель: подтверждение регенеративных способностей эпидермального фактора роста.

Материалы и методы: применение рекомбинантного человеческого эпидермального фактора роста для лечения ожогов различной этиологии и других повреждений кожи.

Результаты: клинические исследования подтвердили, что рекомбинантный человеческий эпидермальный фактор роста стимулирует пролиферацию клеток эпидермиса, фибробластов, пролиферацию и миграцию клеток эндотелия (в т.ч. капиллярного), пролиферацию клеток костных и мышечных тканей, рост и восстановление дендритов и нейронов, глиальных клеток; ускоряет: заживление повреждений и восстановление тканей, эпителизацию открытых ран, синхронный рост грануляционных и эпителиальных тканей, уменьшает: вероятность поражения инфекцией; сокращает: время заживления, период нетрудоспособности, денежные затраты пациента, уменьшает: рост рубцовых тканей, стимулирует: образование новых капиллярных каналов, что улучшает микроциркуляцию в поврежденных тканях, инактивирует фагоциты, стимулирует рост нервных тканей, восстанавливает нормальное функционирование тканей после повреждения.

Выводы: рекомбинантный человеческий эпидермальный фактор роста относится к группе факторов роста и является полипептидом, играет важную роль в регуляции обменных и восстановительных процессов. Специфически связывается с рецепторами на поверхности клеточных мембран, стимулирует таксис противовоспалительных клеток и дифференциацию восстанавливающихся, что способствует быстрому и качественному заживлению ран.

В нормальных условиях содержание факторов роста в организме человека относительно невелико и стабильно. Но при каких-либо повреждениях, например, ранениях, в полости раны возрастает количество рецепторов, чувствительных к эпидермальному фактору роста, благодаря этому повышается концентрация EGF. Но при стрессе, неполноценном питании, анемии, инфекции и дисфункции различных органов процессы регуляции нарушаются, не вырабатывается достаточное количество рецепторов и EGF, поэтому заживление повреждений происходит гораздо дольше и значительно менее эффективно.

Смена повязок, антисептическая обработка, противовоспалительное лечение и т. д. позволяют справиться только с частью негативных факторов, но не способствуют заживлению раны. Такой подход к лечению принято считать пассивным, он не решает главных проблем в заживлении ран.

Использование эпидермального фактора роста позволяет удовлетворить потребность тканей в этом веществе, доказательством этого является отсутствие свободных рецепторов в ране после её обработки раствором EGF. Эпидермальный фактор роста ускоряет пролиферацию тканей, препятствует образованию рубцов, способствует быстрому заживлению. Такой подход к лечению повреждений является активным.

Рекомбинантный человеческий эпидермальный фактор роста представляет собой полипептид из 53 аминокислот массой 6021 Да, содержит 6 остатков цистеина, образующих три внутримолекулярных дисульфидных мостика, формирующих три петли из цепочки молекулы; изоэлектрическая точка 4,6, устойчив к кислотам и высоким температурам, является одним из наиболее устойчивых среди изученных белков.

Human-Like Collagen — Рекомбинантный человеческий коллаген — новый высокоэффективный и безопасный препарат в арсенале современной косметологии

Ревунова К. В.

ООО «НовоНексус», г. Москва

Цель: исследование косметических свойств препарата Human-Like Collagen.

Материалы и методы: проводилось исследование регенеративных свойств препарата в условиях *in vitro*. А также исследовалось влияние препарата на пигментацию кожи и другие её характеристики. В качестве объективных показателей оценивались: упругость, увлажненность, плотность, глубина и количество морщин, саловыделение.

Результаты: препарат проявляет активные регенеративные свойства, качественно улучшает текстуру кожи, уменьшает морщины, является качественным увлажнителем, гипоаллергенный.

Выводы: препарат Human-Like Collagen является эффективным и безопасным препаратом и может применяться в качестве мощного регенеранта и увлажнителя, а также как вспомогательное средство при борьбе с гиперпигментацией.

Значение клинической оценки при проведении сертификации парфюмерно-косметической продукции

Резайкина А.В., Неменко А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: определение значимости клинической оценки парфюмерно-косметической продукции в современных условиях.

Материалы и методы: клиническая оценка в системе обязательной сертификации парфюмерно-косметической продукции включает определение раздражающего и сенсибилизирующего (аллергизирующего) действия путем нанесения испытуемых препаратов на кожу. При испытании качественной косметической продукции клиническая оценка, по сути, позволяет исключить признаки первичной контактной реакции кожи (раздражения) и аллергического дерматита, протекающего по механизму гиперчувствительности замедленного типа. С учетом данных литературы о росте аллергических заболеваний во всем мире, о влиянии психо-эмоциональных факторов в результате стрессовых ситуаций на их возникновение роль клинических испытаний (клинической оценки) парфюмерно-косметической продукции существенно возрастает и приобретает особую важность и ответственность, т.к. аллергию (повышенную чувствительность) можно определять только в условиях организма. Существующая директива ЕЭС 76/768/ЕЭС от 01.05.1997 г., запрещающая с 30.06.2000 г. испытания готовой продукции на теплокровных животных, несомненно, побуждает исследователей использовать тесты *in vitro*. Утвержденные методические указания по использованию культуры диплоидных эмбриональных клеток человека, рекомендуемых для токсиколого-гигиенических исследований, методические рекомендации по тестированию лекарственных препаратов наружного применения в культуре клеток кожи человека, методика по определению цитотоксичности на плате с 96 углублениями (колодцами), не адаптированы для исследования готовой парфюмерно-косметической продукции. В методических рекомендациях от 29.01.03 г. № 29 ФЦ/394 «Экспресс-метод оценки общетоксического и кожно-раздражающего действия парфюмерно-косметической продукции *in vitro* (на культуре подвижных клеток) изложена методика исследования некоторых парфюмерно-косметических средств с использованием сперматозоидов быка. Однако вряд ли в условиях пробирки можно судить об общетоксическом и кожно-раздражающем действии парфюмерно-косметической продукции.

Выводы: таким образом, все вышеизложенное показывает очевидную значимость и убедительную роль клинической оценки парфюмерно-косметической продукции в современных условиях.

Анализ биоценоза кожи при аллергодерматозах

Родоченко Е.В., Полинская Л.Г.

Консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

Цель: совершенствование методов наружной терапии при аллергодерматозах.

Материалы и методы: клинико-лабораторные — тройной метод контроля: культуральный посев, ИФА-диагностика, ко-агглютинация, а также культуральный метод на тест-системах «Лаксема», ЗАО «Даниес», на агаре Никерсона, на тестах Bio-RAD.

Результаты: обследовано 98 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 16 лет (мальчиков — 56, девочек — 42). При явлениях застойной гиперемии, локальной инфильтрации и лихенификации кожи, при диагностике у пациента микробной или микотической экземы, при длительном использовании стероидных мазей пациентам назначался посев с кожи на флору и чувствительность к антибиотикам с целью идентификации возбудителей, ответственных за сенсибилизацию очагов, которые определялись специфической ферментативной активностью в присутствии хромогенных субстратов или использованием простых рутинных тестов.

48 (49%) пациентов имели бактериальное обсеменение кожи, вызванное *S. aureus*. Относительное процентное снижение числа стафилококковых поражений обусловлено ростом стрептококковой флоры и увеличением количества поражений другими бактериально-грибковыми ассоциациями. Торпидность к проводимой терапии отмечалась у 14 (15%) пациентов при обсеменении кожи *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. agalactiae*, *P. vulgaris*, *E. coli*. У 23 (24%) выявлены грибы рода *Candida*, у 7 (8%) — плесневые грибы рода *Mucor*, у 5 (6%) — грибы рода *Aspergillus* и *Cryptococcus*. В таких случаях дерматозы характеризуются тяжелым, непрерывно рецидивирующим течением: даже на фоне адекватно подобранной базисной терапии сохраняется синдром мокнутия и скальпирующий зуд.

Выводы: учитывая роль патогенной флоры в развитии сенсибилизации и дополнительной активации дермальных лимфоцитов, в продукции специфических IgE, легкое присоединение ее на поврежденных участках кожи, можно говорить о необходимости более широкого проведения данных методов обследования. По результатам антибиотикограммы возбудителя подбирается рациональное лечение, предотвращающее диссеминацию процесса. Это позволяет уменьшить сроки и дозировки при использовании наружных гормональных препаратов на первом этапе лечения, когда имеются признаки признака острого воспаления. Таким образом, топическая санация очагов поражения проводится в соответствии с характером морфологии возбудителя.

Изменение интенсивности апоптоза и клеточной пролиферации при злокачественных новообразованиях кожи

Рухиа Т.Г.

КрасГМА, г. Красноярск

Цель: оценить интенсивность клеточной пролиферации и апоптоза при базально-клеточном раке кожи, плоскоклеточном раке кожи и меланоме кожи.

Материалы и методы: с целью определения уровня клеточной пролиферации в биоптатах кожи определялась экспрессия PCNA – ядерного белка, которая достоверно коррелирует с интенсивностью деления клеток. В качестве маркера апоптоза определялась каспаза-3. Исследовались биоптаты кожи больных базально-клеточным раком кожи (n=46), плоскоклеточным раком кожи (n=16) и меланомой кожи (n=31), а также контрольной группы (n=8). Оценивалось количество положительно окрашенных клеток на 100 опухолевых клеток или на 100 клеток эпидермиса. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Крускала-Уоллиса.

Результаты: в нормальной коже число PCNA⁺ клеток составляло 9 на 100 клеток эпидермиса. При базально-клеточном раке кожи их количество составляло 25,8, при плоскоклеточном раке кожи — 64,5, при меланоме кожи — 31,2. Количество апоптотических клеток в нормальной коже — 19, при базально-клеточном раке — 0,3, при плоскоклеточном раке кожи — 0, при меланоме кожи — 0,95. Статистически значимые различия интенсивности клеточной пролиферации и апоптоза определялись при всех видах новообразований по сравнению с показателями контрольной группы ($\alpha=0,01$). Помимо этого, статистически достоверными были различия в уровне интенсивности клеточной пролиферации между показателями при базально-клеточном раке и плоскоклеточном раке кожи ($\alpha=0,05$).

Более высокие показатели экспрессии PCNA при плоскоклеточном раке кожи по сравнению с базально-клеточным раком согласуются с характером течения данных заболеваний. Характерное для меланомы агрессивное течение опухоли может быть обусловлено, в том числе, низкой чувствительностью к апоптоз-индуцирующим стимулам по сравнению с плоскоклеточным и базально-клеточным раком. Известно, что индукция апоптоза является одним из наиболее значимых подходов в терапии, как злокачественных заболеваний, так и других патологических изменений, сопровождающихся нарушением интенсивности клеточной пролиферации.

Выводы: параметры, характеризующие кинетику клеточного цикла, являются важными показателями для определения новых терапевтических подходов к заболеваниям с нарушением интенсивности пролиферативных процессов.

Место крема «глутамол с цинком» для ухода за кожей больных псориазом в стационарной стадии

Савенков В.В., Новоселов А.В.

КВД № 2, г. Москва

Цель: изучение эффективности включения в терапию крема «Глутамол с цинком», содержащего в качестве активных компонентов псевдопептид γ -L-глутамилгистамин и пиритионат цинка, обладающий противовоспалительным и антипролиферативным эффектами.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 24 пациента (15 мужчин и 9 женщин) с псориазом в стационарно-регрессивной стадии (средний возраст 42 ± 14 лет), которым проводилась монотерапия кремом «Глутамол с цинком» 2–3 раза в день в течение 1,5 месяцев.

Результаты: определено значительное улучшение состояния кожи больных с тенденцией к уменьшению шелушения и эритемы в очагах поражения через две недели от начала лечения, в дальнейшем наблюдался также и умеренный регресс инфильтрации. Переносимость крема «Глутамол с цинком» всеми пациентами была хорошей, побочных эффектов применения крема выявлено не было. Особенно следует отметить, что у 16 больных удалось добиться достаточно длительной ремиссии прогресса.

Выводы: мы можем рекомендовать включение крема «Глутамол с цинком» в комплекс терапевтических мер пациентам в стационарной стадии псориаза.

Использование лакк-02 для оценки отдаленных результатов терапии нейротрофических язв стоп у больных лепрой

Савин Л.А., Шац Е.И., Ющенко А.А.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: оценить состояние капиллярного кровотока в процессе лечения нейротрофических язв стоп с использованием эмульсии перфторан.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 40 больных лепрой в возрасте от 49 до 80 лет, с длительно незаживающими НТЯ стоп. Наиболее часто язвы локализовались в области большого пальца, проекции головок плюсневых костей. Контрольную группу составили 20 больных лепрой, которым проводилось лечение общепринятыми методами (без перфторана). Исследование состояния микроциркуляции в околоязвенных тканях в ходе проводимого лечения, а также в течение года после лечения эмульсией перфторан выполнялось на гелий-неоновом доплеровском флоуметре ЛАКК-02. Принцип метода ЛДФ основан на регистрации частотной характеристики лазерного луча, отраженного от движущихся в тканях эритроцитов. Допплерограмма отражает частоту и амплитуду кровотока в каждый данный момент времени. Существуют два механизма модуляции кровотока: активный и пассивный. Медленные низкочастотные колебания кровотока (low frequency, LF) отражают активный механизм регуляции кровотока, они связаны с собственной активностью элементов микроциркуляторного русла (микрососудистый тонус), а также миогенной и нейрогенной активностью и характеризуют состояние механизма активного транспорта капиллярного кровотока. Пассивные составляющие механизма кровотока связаны с пульсацией венозного кровотока в зависимости от его изменения в связи с актом дыхания (high frequency, HF), и кардиоритмом (cardio frequency, CF). Интегральную характеристику соотношения механизмов активной и пассивной модуляции кровотока дает индекс флуксаций — ИФМ, который характеризует эффективность регуляции модуляций кровотока в системе микроциркуляции. Амплитудно-частотный анализ позволяет выделить ряд частотных диапазонов и по мощности сигнала количественно оценить вклад каждого диапазона в интегральный показатель микроциркуляции кожного кровотока.

Результаты: во время лечения эмульсией перфторан эпителизация язвенного дефекта отмечена у 76% больных, причем средние сроки полного заживления составили $25,6 \pm 5,4$ суток, ($p < 0,05$), а в контрольной группе — $35,3 \pm 7,2$. В процессе лечения, а также в течение года после его окончания проводили исследование микроциркуляции в околоязвенных тканях с помощью гелий–неонового доплеровского флоуметра ЛАКК–02. При применении в комплексной терапии эмульсии перфторан отмечено улучшение микроциркуляторных процессов в тканях: достоверно возросли показатели расчетных индексов активного механизма регуляции кровотока (Аmax CF/Аmax LF) с 0,27 до 0,33, через год до 0,56; пассивного механизма регуляции кровотока (Аmax HF/Аmax LF) с 0,51 до 0,62, через год увеличение составило 0,73. Коэффициент вариации микроциркуляции изменился Kv с 33,64 до 44,71%, а через год составил 61,32%. В течение года наблюдения в опытной группе отмечено 18,5% рецидивов, а в контрольной 45%.

Выводы: таким образом, применение ЛАКК–02 для оценки эффективности лечения долгонезаживающих нейротрофических язв стоп у больных лепрой дает объективную оценку состояния микроциркуляции.

Ультрафиолетовое облучение с длиной волны 311 нм в терапии больных атопическим дерматитом

Самсонов В.А., Волнухин В.А., Надгериева О.В., Горячева Т.А., Боровая О.В.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Материалы и методы: для лечения больных атопическим дерматитом используют методы ультрафиолетовой терапии: ПУВА–терапию, селективную фототерапию, средне–длинноволновую фототерапию и др. Однако селективная и средне–длинноволновая фототерапия мало эффективны при тяжелых формах атопического дерматита. ПУВА–терапия имеет ряд отрицательных сторон: отмечают побочные эффекты, связанные с применением фотосенсибилизаторов, возрастные ограничения, невозможность использования ее у больных с отягощенным соматическим анамнезом и др.

В последние годы за рубежом для лечения тяжелых и средне–тяжелых форм атопического дерматита с успехом применяется метод узкополосной средневолновой (311 нм) ультрафиолетовой терапии.

Под наблюдением находилось 32 больных атопическим дерматитом (19 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 16 до 59 лет с длительностью заболевания от 16 до 45 лет. Кожный процесс у всех пациентов носил распространенный характер, клинические проявления были характерны для тяжелых и средне–тяжелых форм атопического дерматита (степень тяжести оценивалась с использованием индекса SCORAD, который варьировал в пределах от 56,4 до 75,4 балла).

В комплексную терапию, помимо десенсибилизирующих, антигистаминных, седативных и наружных средств, включали узкополосную фототерапию (311 нм). Начальная доза облучения в среднем составляла 0,07 Дж/см², максимальная доза — 0,8 Дж/см², суммарная курсовая доза — 11 Дж/см².

Процедуры проводили с режимом 4 раза в неделю. Количество сеансов на курс в среднем составило 26 процедур (от 15 до 37). Суммарная курсовая доза в среднем составила 11 Дж/см².

Результаты: после лечения клиническое выздоровление достигнуто у 9 (28%) больных, значительное улучшение — у 15 (47%), улучшение — у 6 (19%), без эффекта было 2 (6%) больных. Среднее значение индекса SCORAD после лечения снизилось с 63,7 до 28,4 балла ($p < 0,001$). В процессе лечения у 5 (15,6%) больных наблюдали развитие умеренной эритемы, у 6 (19%) — усиление зуда, у 5 (15,6%) — сухость кожи. У 2 (6%) пациентов отмечали временное обострение кожного процесса в середине курса лечения. Все эти явления разрешались после короткого перерыва (1–3 дня) в лечении и последующего уменьшения дозы облучения. Других побочных эффектов ультрафиолетовой терапии не наблюдалось.

Выводы: полученные результаты указывают на значительную клиническую эффективность и хорошую переносимость метода узкополосной (311 нм) средневолновой ультрафиолетовой терапии больных тяжелыми и средне–тяжелыми формами атопического дерматита. Считаем, что для оптимизации узкополосной фототерапии больных атопическим дерматитом этого метода лечения требуется дальнейшее изучение механизмов действия узкополосной фототерапии.

Клинико–инструментальные параллели диагностики атопического дерматита у детей дошкольного возраста

Сароян А.С., Силина Л.В.
КГМУ, г. Курск

Цель: оценка состояния внутренних органов (ЖКТ, некоторых показателей иммунной системы); оценка динамики клинических проявлений (в частности симптомов поражения желудочно–кишечной системы) на фоне комбинированной терапии при атопическом дерматите у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОКВД и детских поликлиник города Курска. Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте до 6 лет, состоящих на диспансерном учете по поводу атопического дерматита. На первом этапе были изучены: карты развития, диспансерные карты, собран анамнез, включая аллергологический, проведен анализ данных клинико–парадоклинического обследования, целенаправленное анкетирование детей и родителей, включающее в себя основные необходимые данные. На втором этапе дети основной группы (15 человек) получали комбинированную терапию НПВС и энтеросорбенты («Фильтрум–СТИ» и «Лактофильтрум»). Всем пациентам на пораженные участки кожи 2 раза в сутки наносили 1% крем пимекролимуса тонким слоем и осторожно втирали до полного впитывания. Энтеросорбенты назначались десятидневным курсом за один час до еды, в дозировке 0,5 x 3 раза в день. В контрольную группу вошли 15 детей с атопическим дерматитом, получавших монотерапию НПВС (Элидел). Исследование иммунного статуса проводили по традиционной схеме с оценкой общепринятых параметров. Выраженность кожных проявлений оценивали по шкале SCORAD до начала терапии и в последний день лечения. Выраженных отдельных симптомов, составляющих индекс SCORAD, фиксировали каждые 3 дня (всего 8 оценок) в дневнике. Все цифровые показатели оценивали с учетом возрастной нормы, обрабатывали статистически.

Результаты: у каждого из наблюдаемых детей зарегистрировано далеко не одно заболевание, в патологический процесс вовлечен ряд органов и систем, в динамике наблюдения у них нарастает число аллергических реакций на воздействие факторов внешней среды. Все это свидетельствует о сниженной иммунологической реактивности. Нельзя не отметить неблагоприятный перинатальный анамнез у всех обследованных, свидетельствующий о ранней сенсибилизации организма ребенка, начиная с первых недель внутриутробного развития. Патология родового периода выявлена в 60 % случаев. В структуре патологии

беременности и родов у матерей исследуемой группы детей на первом месте гестозы второй половины беременности (26,7%), внутриутробное инфицирование (24,9%), затем угроза прерывания беременности (20,5%), фетоплацентарная недостаточность (16,7%), обвитие пуповины (11,2%). У 40% беременных диагностированы возбудители инфекций, передающихся половым путем. 60% родились с избыточным весом. У 80% детей кожные высыпания появились на первом году жизни, причем у 53,3% детей отмечена связь появления высыпаний с переходом на искусственное вскармливание. В 78% случаев аллергические проявления были первичны по отношению к симптомам поражения гастроинтестинальной системы.

У 60% выявлена наследственная отягощенность по аллергической и гастроинтестинальной патологии, из них у 56,3% сочетанная предрасположенность по аллергической и гастроинтестинальной патологии, у 37,5% детей наследственная предрасположенность по аллергическому заболеванию, а у 18,8% имеется наследственная предрасположенность по гастроинтестинальной патологии. У 70% детей из исследуемой группы выявлены клинико–лабораторные проявления дисбактериоза кишечника. Инвазия гельминтами констатирована у 43,3% детей, особенно в период ухудшения дерматита.

У 56,6% детей отмечены типичные симптомы поражения пищеварительной системы.

Структура сопутствующей гастроинтестинальной патологии, диагностированной у детей исследуемой группы, выглядит следующим образом: острый гастроэнтерит — 42,3%; энтероколит — 19,2%; реактивный панкреатит — 15,4%; дискинезия ЖКТ — 11,5%; холангит — 7,8%; инвагинация кишечника — 3,8%; стоматит — 3,8%. Клиническая картина заболеваний органов пищеварения при atopическом дерматите отличалась более выраженными болевым и диспепсическим синдромами, длительностью болей. Характерными особенностями возрастной динамики уровня распространенности патологии органов пищеварения, сочетающихся у детей и дошкольного возраста, явилось ее снижение в течение первых трех лет жизни и тенденция к нарастанию в возрасте от 3 до 7 лет. Возрастной период 5–6 лет следует считать критическим с точки зрения формирования заболеваний желудочно–кишечного тракта на фоне пищевой аллергии. Сопутствующая неврологическая патология выявлена в 96,7% случаев: перинатальная энцефалопатия — 62%; синдром двигательных расстройств — 31%; гипоксическое поражение ЦНС — 17,2%, синдром ликворной недостаточности — 13,7%, резидуальное поражение ЦНС — 13,7%; астено–вегетативный синдром — 6,9%; синдром пирамидной недостаточности — 3,4%. У всех детей имеется подверженность к частым простудным заболеваниям, инфекционным заболеваниям верхних отделов дыхательной системы. Определение общего числа лейкоцитов и лимфоцитов выявило наличие умеренного лейкоцитоза у 27% детей, а также лимфопении у 40% детей, уровень эозинофилов повышен у 62% детей. Количество Т–лимфоцитов снижено, а В–лимфоцитов — в пределах нормы. Величина индекса соотношения Т/В близка к верхней границе нормы. Выраженное повышение сывороточного IgE наблюдается в 67% случаев.

У 32% обследованных детей выявлена умеренная нормохромная анемия. У детей до 3 лет относительное содержание лимфоцитов было наибольшим (35,2%), но у больных детей до 1 года имело тенденцию к снижению. С возрастом этот показатель постепенно уменьшался, достигнув минимума в группе от 3 до 6 лет. Однако эта тенденция у детей исследуемой группы в целом соответствовала возрастной норме.

На фоне проводимого лечения в основной группе отмечались более выраженная динамика клинических проявлений atopического дерматита. В группе детей, получавших монотерапию НПВС, также отмечалась положительная динамика со стороны кожного процесса, однако у детей основной группы имелась более выраженная тенденция к нормализации патологических симптомов поражения желудочно–кишечного тракта (метеоризм — 100%, боли в животе — 88,2%, снижение аппетита — 88,2% нарушение стула — 96,1%). У детей основной группы проводимое лечение привело к улучшению показателей качества жизни 86,7% детей уже на 5–е сутки, тогда как в контрольной группе повышение качества жизни на 5–е сутки наблюдалось лишь у 60% детей.

Выводы: для детей, больных atopическим дерматитом, характерен высокий удельный вес патологии органов пищеварения, что диктует необходимость комплексной оценки их состояния. Столь высокий показатель связан с особенностями экологии, быта и питания жителей промышленного города; выявлена взаимная зависимость и взаимное влияние процессов аллергии и хронической патологии органов пищеварения; в воспалительный процесс у детей с пищевой аллергией вовлекаются органы как верхнего, так и нижнего этажа желудочно–кишечного тракта; ранняя сенсibilизация организма, начинающаяся с первых дней внутриутробного развития, играет важную роль в алергизации, в нарушении процесса становления иммунологической реактивности со всеми вытекающими из этого последствиями в дальнейшем, типа повышенной склонности к воспалительным заболеваниям и явной тенденции к хронизации патологического процесса; у детей, страдающих сопутствующей патологией гастроинтестинальной системы, АД протекает в сочетании с клиническими проявлениями иммунологической недостаточности, отягощающей течение основного заболевания, способствующей развитию осложнений, снижению качества жизни и ухудшению прогноза заболевания; на фоне приёма в качестве терапии АД энтеросорбентов в комбинации с НПВС отмечается не только улучшение функции желудочно–кишечного тракта, но и улучшение кожного процесса.

Комплексные методы диагностики и современные подходы к лечению новообразований кожи

Семисаженев В.А., Катунина О.Р.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: продемонстрировать возможности и преимущества комплексной диагностики новообразований кожи пациентов. Оценить ее значение в выборе метода лечения, влияние на конечный клинический и эстетический результат.

Методы исследования: видеодерматоскопия, УЗ дерматосканирование кожи, инцизионная и эксцизионная биопсии с последующим гистологическим исследованием.

Инструменты и методы лечения: СО2 лазерная хирургическая установка LUMENIS–40C, сканирующее устройство SurgiTouch, позволяющие удалять новообразования путем тангенциального иссечения и методом абляции. Удаления проводились также методом традиционного хирургического иссечения с применением шовного материала на полигликолевой и полипропиленовой основе. При удалении атером лазерный и обычный хирургический способы сочетались. Все удаленные ткани морфологически исследовались.

Результаты: в течение первого полугодия 2007 г. в подразделении Эстетической лазерной хирургии ФГУ ЦНИКВИ проведено удаление новообразований 961 пациенту. Из них 175 (18,2%) выполнено обычным хирургическим путем, 811(81,8%) — при помощи лазера. Наибольшее количество лазерных удалений (530 пациентов) проводилось по поводу проявлений папиллома–

вирусной инфекции. В 65(6,8%) случаях применялась комбинация лазерного и традиционного хирургического методов. Выбор режима работы зависел от характера образования.

За указанный период было выявлено 2 меланомы, в одном случае — плоскоклеточный рак. Пациенты направлены в онкологический центр. Удовлетворенность результатом пациентов (по данным анкетирования) — 98%.

Выводы:

1. Выбор метода лечения зависит от медицинских показаний. Учитываются также эстетические ожидания пациента.
2. Точность постановки диагноза и прогноз заболевания определяется сочетанием клинического, дерматоскопического и гистологического исследования.
3. Удовлетворительный клинический и эстетический результат зависит от соответствия метода лечения характеру новообразования.

Эффективность методов дезинтоксикационной терапии в лечении псориаза

Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л., Милованова М.Ю., Поповичева О.А.

СГМУ, г. Саратов

Цель: изучить клиническую эффективность энтерола и гидроколонотерапии у больных псориазом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 58 больных с различными формами псориаза в стадии прогрессирования, из них 17 — с тяжелой экссудативной формой и 11 — с пустулезной, включая 7 пациентов с генерализованной формой Цумбуша и 4 — с ладонно-подошвенным псориазом Барбера. В среднем индекс PASI соответствовал тяжелому и средне-тяжелому течению дерматоза. Лечение 28 больных с тяжелой экссудативной и пустулезной формой псориаза начиналось с назначения пробиотика энтерола (по 1 капс. 2 раза в день) в течение 10 дней. Остальным 30 пациентам в комплексную терапию псориаза включалась гидроколонотерапия (первые 5 процедур через 1–2 дня; затем 5 процедур — 1 раз в неделю; затем — 1 раз в месяц в течение 6 месяцев). Мониторную очистку кишечника проводили на аппарате АМОК–2 (Россия). Об эффективности терапии судили по динамике индексов площади поражения кожи BSA, тяжести псориаза PASI и качества жизни ДИКЖ.

Результаты: на фоне приема энтерола значительно снизились явления экссудации, псориазический процесс трансформировался в обычную форму. Наилучшие результаты отмечены при пустулезной форме псориаза: в первые дни приема явления экссудации уменьшились, пустулы подсохли, в дальнейшем прекратилось появление новых элементов. У 7 больных данной формой дерматоза удалось полностью купировать обострение патологического процесса на коже. На фоне гидроколонотерапии уменьшились выраженность эритемы, инфильтрации очагов поражения; псориазический процесс перешел в стадию стабилизации. При статистическом анализе констатировали достоверное уменьшение величин BSA, PASI, ДИКЖ. Отдаленные результаты наблюдений в сроки 6–12 месяцев показали хороший терапевтический эффект этих методов. Побочных явлений в процессе лечения не отмечали.

Выводы: применение энтерола и гидроколонотерапии в комплексном лечении псориаза в стадии прогрессирования позволяет добиться регресса высыпаний в более короткие сроки по сравнению с традиционной терапией, благоприятно влияет на качество жизни больных, способствует предотвращению рецидивов и удлиняет ремиссию при данном дерматозе.

Эффективность применения пробиотика энтерола и мониторинговой очистки кишечника у больных псориазом в определенной степени может свидетельствовать о роли кишечной патологии (нарушение микробиоценоза и проницаемости кишечной стенки) в инициации и поддержании патологического процесса.

Маркеры васкуляризации и опухолевой прогрессии при эпителиальных новообразованиях кожи

Смирнова И.О., Антонова И.В., Смирнова О.Н., Гуслева О.Р.

СПбГУ, г. Санкт-Петербург

Цель: изучение иммуноцитохимических маркеров васкуляризации и опухолевой прогрессии при базальноклеточном (БКРК) и плоскоклеточном (ПКРК) раке кожи.

Материалы и методы: проанализировано 70 случаев БКРК и 10 — ПКРК. Срезы опухолей окрашивали гематоксилином-эозином, обрабатывали моноклональными антителами к антигенам Ki67 и CD34, белку p53, матричным металлопротеиназам (ММП)–11 и –9. Проводили морфометрический анализ.

Результаты: фракция роста при ПКРК составляла $32,9 \pm 10,5\%$ от общего числа малигнизированных клеток и существенно превышала таковую при БКРК ($23,1 \pm 4,9\%$). Известно, что по мере роста новообразования пул пролиферирующих опухолевых клеток уменьшается в результате слущивания, недостаточного снабжения или увеличения стадии дифференцировки. В связи с этим проведен анализ связей между дифференцировкой новообразований и величиной фракции роста. Обнаружено, что при высокодифференцированном ПКРК фракция роста составляла $23,7 \pm 5,0\%$ малигнизированных клеток, а при низкодифференцированном — $47,6 \pm 4,4\%$. С другой стороны, опухолевые клетки, как правило, характеризуются устойчивостью к проапоптотическим сигналам. По нашим данным, для БКРК (в 46,7% наблюдений) и ПКРК (в 72,3% наблюдений) была характерна гиперэкспрессия p53, которая, по-видимому, связана с мутациями антионкогена TP53. Мутантный тип p53 отличается длительным периодом полураспада и тенденцией к накоплению в клетке, но не может инициировать апоптоз.

Рост новообразования абсолютно зависит от его васкуляризации. Иммуноокрашивание антигена CD34 занимало 4,35% и 10,00% поля зрения при БКРК и ПКРК, соответственно, и при последнем усиливается соответственно росту агрессивности опухоли. Особый интерес представляли данные (2 наблюдения) об увеличении плотности микрососудов в дерме уже на ранних стадиях развития ПКРК, когда целостность базальной мембраны не нарушалась. Они могут свидетельствовать о значении тесного взаимодействия опухолевых клеток и клеток стромы в индукции ангиогенеза.

Опухолевые клетки могут вырабатывать протеолитические ферменты сами или индуцировать их секрецию клетками стромы, например, фибробластами или макрофагами. Экспрессия ММП обнаруживалась практически во всех наблюдениях. При БКРК она была характерна преимущественно для опухолевых клеток и более выражена (особенно ММП–11) при склеродермоподобной форме и солидных опухолях с глубокой инвазией. В 4 наблюдениях ПКРК отмечено значительное усиление экспрессии ММП–11 в строме опухоли. Кроме того, во всех случаях интенсивность иммуноокрашивания кератиноцитов, непосредственно

прилегающих к опухоли, значительно превышала таковую в контроле. Усиление экспрессии различных типов ММП при БКРК и ПКРК сочеталось с более выраженной васкуляризацией прилегающей дермы.

Выводы: ассоциации между высокими уровнями васкуляризации, плоскоклеточным гистотипом, экспрессией ММП (одного из факторов, обеспечивающих опухолевую прогрессию) позволяют предположить, что неопластический ангиогенез может быть одним из факторов, детерминирующих агрессивное поведение эпителиальных опухолей кожи.

Исследования поддержано Советом по грантам Президента Российской Федерации (конкурс МД–2006).

Экспрессия хромогранина А в коже при фотостарении

Смирнова И.О., Антонова И.В., Смирнова О.Н., Гуслева О.Р.

СПбГУ г. Санкт–Петербург

Цель: изучение особенностей экспрессии хромогранина А (CgA) при фотостарении кожи.

Материалы и методы: объектом исследования служил операционный и аутопсийный материал, полученный от 45 пациентов в возрасте от 19 до 64 лет. Исследовали подверженную хроническому воздействию ультрафиолетового излучения (УФИ) кожу височной области головы и закрытую от инсоляции кожу заушной области. Для иммуногистохимического исследования использовали моноклональные мышиные антитела к CgA (Novocastra, RTU). Морфометрический анализ проводили с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений.

Результаты: применение иммуногистохимического метода позволило обнаружить CgA в цитоплазме мастоцитов кожи человека. Количество CgA–иммунопозитивных мастоцитов в коже при фотостарении достоверно превышало таковое в закрытой от инсоляции коже ($720,86 \pm 19,54$ и $314,16 \pm 11,69$ клеток в 1 мм^2 кожи, $p < 0,001$). Ранжирование пациентов на возрастные группы обнаружило, что содержание мастоцитов, экспрессирующих CgA, в коже височной области прогрессивно увеличивается с возрастом — со второй–третьей по седьмую декады жизни их число выросло более чем в 1,5. Поскольку в коже, закрытой от инсоляции, количество CgA–иммунопозитивных тучных клеток оставалось относительно стабильным на протяжении жизни пациентов, можно предположить, что их гиперплазия в коже височной области является следствием эпигенетического влияния УФИ, а прогрессивный рост числа мастоцитов с возрастом предполагает зависимость показателя от кумулятивной дозы ультрафиолета. Параллельное повышение оптической плотности экспрессии CgA с $2,41 \pm 0,15$ до $2,63 \pm 0,03$ OpDEC у.е. свидетельствует об активации синтетической и секреторной функции тучных клеток при действии на кожу УФИ.

Кроме того, в коже височной области определялось иммуноокрашивание антителами к CgA эндотелиальных клеток сосудов дермы. Причем у пациентов, которым операция проводилась в сезон с высоким уровнем естественной инсоляции (апрель–май), отмечалось увеличение оптической плотности экспрессии маркера эндотелиоцитами на 10–12% (с $2,13 \pm 0,15$ до $2,44 \pm 0,07$ OpDEC у.е.). Имеются сведения, что эндотелиальные клетки поглощают CgA при повышении его уровня в сыворотке крови, ассоциированном с патологией сердечно–сосудистой системы или гормонально–активными опухолями. При этом основным биологическим действием пептида считают стабилизацию цитоскелета эндотелиоцитов и нормализацию проницаемости сосудистой стенки. Поэтому появление экспрессии CgA в эндотелиоцитах дермы при фотостарении кожи, сопровождающемся гиперплазией тучных клеток и усилением их секреторной активности, может являться одним из адаптационных паракринных механизмов регуляции гомеостаза дермы в условиях индуцированного УФИ воспаления.

Выводы: описанные особенности иммуноокрашивания клеток дермы антителами к CgA в свете данных о широком спектре ауто– и паракринных эффектов этого биологически активного пептида свидетельствуют о повышении нейроэндокринной активности клеток в коже, подверженной хроническому воздействию УФИ. Усиление экспрессии CgA определяется гиперплазией иммунореактивных к нему тучных клеток и активацией способности к синтезу или абсорбции этого белка эндотелиальными клетками.

Особенности патологии кожи при глютенной болезни

Смирнова О.Н., Орешко Л.С., Данилов С.И., Смирнова И.О., Карякина Л.А., Калинина Е.Ю.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, г. Санкт–Петербург

Цель: изучение структуры кожной патологии у больных глютенной болезнью (целиакией).

Материалы и методы: обследовано 204 больных глютенной болезнью в возрасте от 17 до 63 лет. Типичной формой заболевания, проявлявшегося диареей, полифекалией, стеатореей, страдали 58 (28,4%) больных, атипичной формой — 146 (71,8%). Последняя характеризовалась разнообразными внекишечными проявлениями: аутоиммунным тиреоидитом, бронхиальной астмой, анемией. Всем больным проводилось определение антител к глиадину реакцией непрямой иммунофлюоресценции, фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки 12–перстной кишки. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки 12–перстной кишки типичной находкой была картина хронического дуоденита с лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и склерозом.

Результаты: поражение кожи наблюдалось у 34 (16,7%) больных глютенной болезнью, из них 24 пациента (70,6,4%) из которых страдали атипичной формой целиакии. Наиболее часто (23 наблюдения) отмечалась общая сухость кожи и фолликулярный гиперкератоз, который в области локтевых, коленных и межфаланговых суставов сочетался с гиперпигментацией. В 9 случаях диагностирован дерматит Дюринга, в 6 — атопический дерматит, в 2 — истинная экзема. Типичная форма дерматита Дюринга отмечена у 6 больных, буллезная (пемфигоидная) — у 2 и папулезная — у 1. Атопический дерматит характеризовался непрерывно–рецидивирующим течением с утратой сезонности обострений. Поражение кожи носило универсальный характер, преобладала лихеноидная форма заболевания. Истинная экзема протекала торпидно, наблюдалась отчетливая связь между обострением основного заболевания и кожного процесса. Кроме того, у 3 больных выявлена алопеция: очаговая 2 наблюдения и диффузная 1. Характерной особенностью патологии кожи была низкая эффективность традиционной местной и общей терапии. Существенное улучшение состояния кожи и удлинение сроков ремиссии наблюдалось только при включении в комплекс лечебных мероприятий безглютеновой диеты.

Выводы: общая частота поражения кожи у больных глютенной болезнью в наших наблюдениях составила 16,7%. В большинстве случаев патология кожи сочетается с атипичным течением заболевания. Назначение безглютеновой диеты больным позволяет существенно повысить эффективность традиционной терапии кожных проявлений целиакии.

Психологические особенности и качество жизни больных псориазом

Соколова Е.Е., Мартынов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологии, г. Москва

Цель: изучение психологических особенностей и показателей качества жизни больных псориазом.

Материалы и методы: оценка показателей качества жизни проводилась в ходе стандартизированного интервьюирования с помощью русскоязычной версии вопросника Dermatology specific quality of life. Психологическое воздействие заболевания дополнительно оценивалось с помощью теста Люшера и опросника САН (самочувствие, активность, настроение).

Результаты: одним из наиболее распространенных дерматозов, зачастую тяжело протекающим, является псориаз. Субъективные и объективные признаки заболевания, побочные эффекты терапии оказывают прямое влияние на физическое и психическое состояние больного, утяжеляя его состояние, что приводит к снижению работоспособности больных, вплоть до инвалидизации. С целью изучения психологических особенностей и качества жизни под нашим наблюдением находилось 150 больных распространенным псориазом, у которых диагностирован прогрессирующий период заболевания (женщин 40,7%, мужчин 59,3%). Возраст пациентов колебался от 18 до 75 (45,9±14,0) лет. Наиболее многочисленной была группа больных с вульгарной формой псориаза — 101 человек (67,3%), у 41 (27,3%) больного диагностирована экссудативная разновидность псориаза, у 3 (2%) — псориагическая эритродермия, у 3 (2%) — ладонно-подошвенный вариант, у 2 (1,4%) — пустулезная форма типа Цумбуша.

Наиболее низкие показатели качества жизни у больных псориазом были зарегистрированы по шкалам, оценивающим социальную активность и самовосприятие. Полученные результаты подтверждают факт влияния псориаза на социальную адаптацию больных, в том числе на такие составляющие социального функционирования, как ощущение комфорта в общественных местах, способность заводить новые знакомства, удовлетворение в интимной жизни. При анализе шкалы повседневной активности было установлено, что на пациентов с псориазом наибольшее влияние оказывает фактор ограничения в выборе пищи или напитков. Также было установлено значительное влияние псориаза на поддержание больными внешности в том виде, как им нравилось (показатели характеризовали влияние заболевания как «сильное»).

При анализе теста Люшера у пациентов с псориазом все варианты цветовых выборов были условно разделены на типичные и нетипичные профили реагирования. Анализ данных психофизиологического состояния больных псориазом, полученных с помощью теста Люшера, у 60% респондентов выявил пассивность, сочетающуюся с беспокойством и мнительностью, ощущением непреодолимых трудностей, потребностью в избавлении от их гнета, тревожностью, сниженным фоном настроения, усталостью и плохим самочувствием, потребностью в помощи и отдыхе. Пациенты этой группы склонны к уменьшению своей вины, к конфликтам, уходу от решения проблем. У наблюдавшихся больных довольно часто имела место высокая чувствительность в отношении критических замечаний в свой адрес. Таким образом, наблюдается патологический тип реагирования на препятствие. В ходе оценки с помощью опросника САН у пациентов наблюдались достаточно низкие показатели.

Выводы: изучение показателей качества жизни и психологических особенностей больных псориазом является важной составляющей обследования больных и может использоваться при подборе терапии, а также в качестве одного из критериев медицинского вмешательства.

Комбинированные наружные препараты кортикостероидов в лечении заболеваний кожи

Соколовский Е.В.

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель: определить целесообразность применения комбинированных наружных препаратов кортикостероидов при различных патологических процессах.

Материалы и методы: изучение литературы по вопросам эффективности применения комбинированных наружных препаратов в лечении заболеваний кожи.

Результаты: специально для лечения больных псориазом созданы комбинированные препараты (например, Акридерм® СК), содержащие стероид и салициловую кислоту. Показанием для их использования является обострение псориаза. Использование Акридерма® СК позволяет быстро достигнуть хорошего результата.

Комбинированный препарат Акридерм® ГК представляет собой комбинацию антимикотика—клотримазола, антибиотика гентамицина и сильного топического стероида — бетаметазона дипропионата. Акридерм® ГК выпускается в форме крема. Эта форма используется преимущественно на гладкую кожу (если патологический процесс не сопровождается выраженным мокнутием).

Экзематозная реакция является одной из стандартных патологических реакций кожи. Она может встречаться при различных заболеваниях (микозы стоп и гладкой кожи, стрептодермия, чесотка и др.), при наличии генетически предопределенной склонности к именно такому ответу кожи на различные воздействия. Как правило, экзематозная реакция является проявлением гиперчувствительности замедленного типа. Поэтому использование только этиотропного препарата может привести к усилению воспаления кожи. Именно в таких случаях оправдано использование комбинированного препарата, содержащего помимо средства, действующего на возбудитель заболевания, топический стероид, обладающий патогенетическим противовоспалительным эффектом.

Показаниями для применения Акридерма® ГК на кремовой основе являются прежде всего формы микоза стоп, сопровождающиеся гиперергической реакцией на наличие гриба: дисгидротическая и отчасти интертригинозная, а также экзематизированная стрептодермия или аллергодерматозы, осложненные вторичной инфекцией. В дальнейшем в течение 2–4 недель применяются антимикотики (например, Микозорал® мазь), антибиотики или (редко) наружный стероид.

Выводы: таким образом, препарат Акридерм® ГК занимает особую нишу в практике дерматолога. Его использование оправдано практически во всех случаях, когда развивается гиперергическая реакция на наличие гриба или бактериального агента, а также осложненного вторичной инфекцией аллергического поражения кожи. Назначение Акридерма® ГК позволяет быстро добиться клинического эффекта и восстановить работоспособность пациента.

Применение сапропелей Западно-Сибирского месторождения «Озеро Щучье» в дерматокосметологии

Столяров И.А., Козминский Е.Б., Карпенко Т.А., Меджидова Х.М.

Санаторий-профилакторий ООО «Тюментрансгаз», ОАО «ГАЗПРОМ», г. Югорск

Цель: изучение эффективности сапропелей Западно-Сибирского месторождения «Озеро Щучье» в дерматокосметологии

Материалы и методы: нанесение сапропелевых грязей местного месторождения на кожу лица в виде масок с оценкой до- и после процедуры стресса кожи на аппарате Face Analyser (Италия)

Сапропели — это органические илы пресноводных озер. Сапропели образуются на дне водоема в условиях дефицита кислорода за счет неполного разложения отмершей и опустившейся на дно водоема биомассы, генерируемой в водоеме: различных водорослей, фито-, зоопланктона, водных растений, живых организмов, пыльцы и спор высших растений, растущих вокруг водоема. За счет почти полной деструкции (95–98%) фрагментов исходной биомассы, сапропели характеризуются гомогенной структурой с высоким содержанием тонкодисперсных частиц с высокой влагоудерживающей способностью (до 25 граммов воды на 1 грамм сапропеля). Вода, заключенная в ультра- и микроспорах частиц сапропелей, представляет собой целебный «грязевой раствор».

Сапропелевые грязи, обладая уникальным составом, эффективно воздействуют на функции всего организма и, особенно, кожи. Они обладают противовоспалительным, десенсибилизирующим действием, защищают кожу от разрушительного действия свободных радикалов, придают коже эластичность, упругость и свежесть, увлажняют роговой слой эпидермиса, улучшают клеточную регенерацию. Обладая свойствами биогенных стимуляторов, сапропели стимулируют макрофагальную защитную реакцию и дыхание митохондрий. Высокая теплоемкость, низкая теплопроводность, незначительная конвекционная способность, свойственная грязям, обеспечивают сохранение тепла и постепенную отдачу его организму. Это приводит к ускорению окислительно-восстановительных и обменных процессов. Сапропели вызывают гиперемии кожи, вследствие чего улучшается микроциркуляция и изменяется проницаемость клеточных мембран. Химический фактор в действии грязей обусловлен наличием в них биологически активных веществ, действующих на организм, как контактно, так и рефлекторно. Грязи оказывают благоприятное влияние на функциональное состояние нервной системы, нейрогуморальные процессы, стимулируют иммунные и адаптационные реакции.

Произведена выборка пациентов и клиентов дерматокосметологического кабинета со значительными показателями стресса кожи (более 10%) в количестве 97 человек, без выраженной гиперемии лица, телеангиэктазий, пигментных невусов, а также общих противопоказаний для проведения грязелечения.

Для максимальной достоверности эффективности наружного применения сапропелей была взята 1 маска и замеры проводились, как до, так и через 10 минут после проведения процедуры. Сапропели наносились в виде маски на область лица. Температура грязи составляла 35°–38°С. Продолжительность разового воздействия не превышала 15 минут.

Результаты: из 97 пациентов 78 человек (80,4%) составили женщины, возраст которых варьировал от 15 до 64 лет, при среднем 29,8 лет. Мужчины в количестве 19 человек составили 19,6% группы. Их возраст от 16 до 28 лет, при среднем 24,5 года.

До проведения процедуры у женщин показатели стресса кожи были в пределах от 14–ти до 57–ми % при среднем 42,6%. После процедуры стрессированность кожи варьировала в пределах от 3 до 25%. У мужчин показатели до процедуры варьировали в пределах 19–43%, а после стрессированность кожи снизилась до 3–27%, что, в среднем, составило 9,4%.

Дополнительно следует отметить, что значительных неблагоприятных изменений других параметров кожи, а именно: pH, толщины гидролипидной пленки, дегидратации не было. Значительных аллергических реакций на сапропели не было. Незначительное «покалывание» во время и после проведения процедуры на фоне нестойкой гиперемии у некоторых пациентов является вариантом индивидуальной чувствительности и самостоятельно проходит в среднем в течение получаса без дополнительного нанесения соответствующих лекарственных препаратов.

Выводы: на основании выполненной работы показана эффективность применения сапропелей местного месторождения «Озеро Щучье» в дерматокосметологии.

Изучение показателей цитокинового статуса у детей, больных атопическим дерматитом

Текучева Л.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить показатели провоспалительных цитокинов в зависимости от тяжести течения атопического дерматита и давности заболевания.

Материалы и методы: изучение показателей цитокинового статуса проводили путем измерения интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью иммуноферментных наборов фирмы BioSource International, Inc. (Бельгия). Исследование осуществлялось у 27 пациентов, больных атопическим дерматитом, в возрасте от 3 до 11 лет, из них мальчиков было 12 (44,4%), девочек — 15 (55,6%). Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 6 лет и составила в среднем 3,9 \pm 0,3 года.

Исследование показателей цитокинового статуса осуществляли у пациентов с легкой формой — 7 (26%) человек, среднетяжелой — 12 (44,4%) пациентов и тяжелой формой атопического дерматита — 8 (29,6%) пациентов. Группу сравнения составили 12 здоровых детей в возрасте от 5 до 10 лет.

Результаты: у 7 пациентов с легкой степенью тяжести течения заболевания уровень IL-1 β в сыворотке крови составил 52,1 \pm 5,0 пкг/мл и достоверно превысил показатели у здоровых лиц группы сравнения (50 \pm 4,3 пкг/мл). Среднестатистический уровень IL-6 составил 710 \pm 68 пкг/мл и был достоверно выше показателей у здоровых лиц группы сравнения (505 \pm 38 пкг/мл). Значения IL-8 составили в среднем 343 \pm 25,8 пкг/мл, что достоверно выше показателей здоровых лиц группы сравнения (303 \pm 26 пкг/мл). Концентрация IL-10 в сыворотке крови незначительно превышала нормальные значения (55 \pm 3 пкг/мл) и составляла 56 \pm 4,3 пкг/мл. Уровень показателя TNF- α в сыворотке крови больных атопическим дерматитом с легкой тяжестью течения был достоверно выше показателей TNF- α здоровых лиц группы сравнения (38 \pm 3,5 пкг/мл) и составил 41,9 \pm 3,7 пкг/мл.

У пациентов со средней степенью тяжести течения заболевания (12 детей) показатель IL-1 β был равен 63 \pm 5,5 пкг/мл, IL-6 — 915 \pm 74 пкг/мл, что было достоверно выше показателей здоровых лиц группы сравнения (50 \pm 4,3 пкг/мл и 505 \pm 38 пкг/мл соответственно). Уровень IL-8 в сыворотке крови больных был достоверно выше, чем его значения у здоровых лиц (520 \pm 48 пкг/мл и 303 \pm 26 пкг/мл соответственно). Показатели IL-10 превышали значения здоровых доноров (55 \pm 3 пкг/мл) и составляли в среднем 63 \pm 6,1 пкг/мл. Значение показателя TNF- α у больных атопическим дерматитом составило 57,1 \pm 5,9 пкг/мл, и превышало значение TNF- α у здоровых лиц (38 \pm 3,5 пкг/мл).

У 8 детей с тяжелым течением атопического дерматита уровень IL-1 β составил 82 \pm 5,3 пкг/мл, что значительно превышало показатели данного цитокина у здоровых лиц (50 \pm 4,3 пкг/мл). Значение показателей IL-6 и IL-8 составило 1120 \pm 105 пкг/мл и 830 \pm 65 пкг/мл соответственно, что также превышало значение данных показателей у здоровых лиц группы сравнения (505 \pm 38 пкг/мл и 303 \pm 26 пкг/мл соответственно). Уровень IL-10 превышал нормальные значения (55 \pm 33 пкг/мл) и составил 85 \pm 6,4 пкг/мл. Значение показателя TNF- α у больных атопическим дерматитом составило 87,2 \pm 6,5 пкг/мл, и превышало значение TNF- α у здоровых лиц (38 \pm 3,5 пкг/мл).

Как показали результаты исследований, корреляционной связи между изменениями показателей цитокинов в сыворотке крови и давности заболевания не было отмечено.

Выводы: в результате проведенного исследования у детей больных атопическим дерматитом было выявлено достоверное повышение значений провоспалительных цитокинов по сравнению с таковыми здоровых лиц группы сравнения. При этом уровень цитокинов в сыворотке крови коррелировал со степенью тяжести течения заболевания: наиболее высокие показатели были отмечены у пациентов с тяжелым течением атопического дерматита, а низкие значения показателей провоспалительных цитокинов, но превышающие показатели здоровых лиц, были отмечены у пациентов с легкой степенью тяжести течения заболевания.

Изменение видового состава стафилококковой микрофлоры кожи у детей в зависимости от степени тяжести течения атопического дерматита

Текучева Л.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить видовой состав стафилококковой микрофлоры кожи больных атопическим дерматитом в зависимости от тяжести течения заболевания.

Методы: для определения стафилококковой микрофлоры на коже больных атопическим дерматитом нами был использован метод контактного посева с помощью бакпечатков, содержащих селективную агаризованную питательную среду — желто-солевой агар. Нормы высева стафилококковой микрофлоры со здоровой кожи составляют: 0–200 КОЕ/дм² для *S.aureus* и *S.haemolyticus*; 0–1000 КОЕ/дм² для *S.epidermidis* и прочих видов.

Было обследовано 147 пациентов с атопическим дерматитом в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. Все наблюдаемые нами пациенты, в зависимости от тяжести процесса и его распространенности, были разделены на 3 группы с учетом показателя индекса SCORAD: I группу больных с легкой степенью тяжести течения заболевания (индекс SCORAD до 20) составили 25 (17%) детей, II группу — 75 (51%) пациентов со средней степенью тяжести кожного процесса (индекс SCORAD от 20 до 40), 47 (32,2%) пациентов составили III группу больных с тяжелым течением атопического дерматита (индекс SCORAD более 40). В группу сравнения были включены 25 здоровых детей в возрасте от 3 до 14 лет.

Результаты: при исследовании микрофлоры, полученной методом контактного посева с поверхности очагов поражения, у 105 (71%) детей был выделен *S.aureus*, у 28 (19%) — *S.haemolyticus* и у 14 (10%) — *S.epidermidis*. Исследование видового состава стафилококковой микрофлоры у здоровых лиц группы сравнения показало, что *S.aureus* и *S.haemolyticus* были обнаружены у 2 (8%) детей, *S.epidermidis* у 23 (92%) детей. Результаты исследований показали, что преобладающими видами стафилококка являлись: на коже здоровых людей — *S.epidermidis* (92%), у больных атопическим дерматитом *S.aureus* (71,4%).

Среди 25 наблюдаемых пациентов с легкой степенью тяжести атопического дерматита *S.aureus* был обнаружен у 14 (56%), *S.haemolyticus* у 6 (4%), *S.epidermidis* у 5 (20%) пациентов. Обсемененность кожи *S.aureus* составила 1700 \pm 1300 КОЕ/дм², *S.haemolyticus* — 950 \pm 730 КОЕ/дм², *S.epidermidis* — 1110 \pm 550 КОЕ/дм².

Из 75 пациентов со средней степенью тяжести атопического дерматита *S.aureus* был обнаружен у 53 (71%) пациентов, *S.haemolyticus* у 15 (20%), *S.epidermidis* у 7 (9%) пациентов. Обсемененность кожи *S.aureus* составила 2116 \pm 615 КОЕ/дм², *S.haemolyticus* — 1925 \pm 256 КОЕ/дм², *S.epidermidis* — 1524 \pm 346 КОЕ/дм².

Изучение видового состава стафилококковой микрофлоры 47 пациентов с тяжелым течением атопического дерматита показало, что *S.aureus* был обнаружен у 39 (83%) пациентов, *S.haemolyticus* у 4 (8,5%), *S.epidermidis* у 4 (8,5%) пациентов. Обсемененность кожи *S.aureus* составила 2231 \pm 435 КОЕ/дм², *S.haemolyticus* — 2045 \pm 636 КОЕ/дм², *S.epidermidis* — 1730 \pm 625 КОЕ/дм².

Выводы: таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что у всех обследованных больных атопическим дерматитом, преобладающим видом явился *S.aureus*. Выявлена прямая корреляция между высеваемостью *S.aureus* с поверхности кожи больных и степенью тяжести течения атопического дерматита ($r = 0,999$), обратная взаимосвязь между обнаружением *S.haemolyticus* и степенью тяжести атопического дерматита ($r = -0,963$) и обратная взаимосвязь между *S.epidermidis* и степенью тяжести атопического дерматита ($r = -0,895$). Исследование обсемененности кожи стафилококковой микрофлорой показало превышение в 1,5–10 раз норм высева, разработанных для контактного метода посева. При этом обсемененность очагов поражения кожи стафилококковой микрофлорой была выше у пациентов с тяжелым течением атопического дерматита по сравнению с легким течением и течением заболевания средней степени тяжести.

Препараты фузидиевой кислоты в комплексном лечении микробной экземы

Терещенко В.Н., Рябкова М.В., Бердицкая Л.Ю.

ОКВД, г. Чита

Цель: оценить эффективность кремов Фуцикорт и Фуцидин в лечении микробной экземы, разработать методики их рационального применения

Материалы и методы: объектом исследований явились больные с микробной экземой. Визуально оценивали регресс клинических симптомов в динамике. Определяли методику рациональной топической терапии.

Проведено лечение 16 больных, страдающих микробной бляшечной экземой. Мужчин 12, женщин 4. Возраст колебался от 20 до 45 лет.

Клинически процесс был представлен четко ограниченными округлыми или овальными очагами эритематозно-цианотичной окраски, незначительно возвышающихся над уровнем здоровой кожи, с наличием капельного мокнутия, серозных корок, чешуек. При поскабливании обнаруживались точечные эрозии, отделяемые капельки серозного экссудата.

Крем Фуцикорт применяли в виде наружной монотерапии в первые 3–4 дня с наложением тонкого слоя в очаги микробной экземы 2 раза в день (вечером под повязку), до купирования клинических признаков острого воспаления (эритемы, мокнутия,

отека). В последующем переходили на смазывания очагов кремом, содержащим 2% фузидиевой кислоты, утром, а вечером использовали крем Фуцикорт.

Результаты: положительный терапевтический результат получали через 12–14 дней лечения. Осложнений или отсутствия положительной динамики не отмечали. Для закрепления результата лечения и профилактики рецидива больные в течение последующих 2 недель использовали крем Фуцикорт однократно вечером (при наличии клинических показаний).

Выводы: препараты, содержащие фузидиевую кислоту (крем Фуцикорт и Фуцидин–крем 2%), эффективны в комплексном лечении микробной экземы.

Псориаз у жителей Забайкалья

Терещенко В.Н., Бердицкая Л.Ю., Гусякова Л.К.

ОКВД, г. Чита

Цель: изучить особенности клинического течения псориаза у жителей Забайкалья, определить специфику терапевтических и профилактических мероприятий.

Материалы и методы: анализ историй больных псориазом, получивших стационарное лечение в Читинском областном кожно–венерологическом диспансере с 2003–2005 гг., анкетирование, изучение анамнестических данных, статистическая обработка, сравнение с аналогичными данными, имеющимися в литературе.

Результаты: в Читинской области происходило увеличение числа больных псориазом (диагноз установлен впервые) в общей структуре хронических дерматозов. Из 136 больных анализируемой выборки преобладала возрастная группа от 15 до 30 лет (65,7%), происходит «омоложение» псориаза.

Особенностью клинического течения явилось преобладание легкой формы псориаза (67%).

Триггерными факторами являлись: 1. Стресс острый (пожар, смерть близких людей, потеря работы) и хронический (невозможность реализовать себя в новых социально–экономических условиях, постоянные переживания за свое будущее и будущее детей).

2. Острые и хронические инфекции, переохлаждения, токсико–аллергические реакции на продукты питания, лекарственные препараты.

3. Употребление некачественных алкогольных напитков, в особенности спирта.

34% больных считают, что соблюдение индивидуальной диеты, душевный комфорт и здоровый образ жизни — самые важные факторы, влияющие на клиническое течение псориаза и эффективность терапии.

Выводы: климатические факторы, образ жизни, питания и труда оказывают влияние на заболеваемость псориазом и его клиническое течение. Увеличивается заболеваемость больных псориазом в трудоспособном, репродуктивном возрасте вследствие хронического социального и экономического дискомфорта.

Эффективность аффинолейкина при лечении артропатического псориаза

Трофимова И.Б., Денисова Е.В.

МГМСУ, ГКБ № 14 им. В.Г.Короленко, г. Москва

Цель: клинико–лабораторная оценка эффективности (Э) аффинолейкина (А) в составе сочетанной иммунотерапии с метотрексатом (М) при лечении больных артропатическим псориазом (АП).

Материалы и методы: использовали М по 15–20 мг 1 раз в неделю (5–6 инъекций) и А по 2 ед. п/к за 2 дня до введения М у 23 больных, мужчин в возрасте от 23 до 75 лет с АП — основная группа (ОГ) — 14 и группа сравнения (ГС) — 9 больных, с тяжелым и среднетяжелым течением АП — тАП и стАП, соответственно 5 и 9 больных в ОГ и 4 и 5 больных в ГС. Эффективность лечения оценивали по ряду критериев: (1) частота эпискозов «значительное улучшение» — 75%, (2) исчезновение симптомов 100%; снижение индекса балльной характеристики процесса [PASI (до) — PASI (после)] / PASI (до) x 100%; (3) срок достижения 50% терапевтической эффективности, когда исходный PASI снижается наполовину; (4) увеличение продолжительности ремиссии после лечения; (5) прямая зависимость положительного эффекта лечения от курсовой дозы АФ в качестве доказательства его Э; частота нормализации лейкограммы и иммунограммы (определение субпопуляционного состава лимфоцитов венозной крови с помощью проточной цитофлуориметрии с использованием панели моноклональных антител к CD–антигенам лимфоцитов и к антигенраспознающему рецептору $\gamma\delta$ –Т–клеток, конъюгированных с изотиоцианатом флюоресцеина).

Результаты: в группе больных, получавших АФ, суммарное число эпискозных оценок «значительное улучшение» — (9) было достоверно выше, чем в группе сравнения (4). У всех больных, получавших АФ, на 27% увеличилось число больных с хорошим ответом на сочетанное лечение ($p < 0,01$) и достоверно ускорилось (на 2–3 месяца) достижение 50% лечебного эффекта. Из 20 наблюдаемых случаев в ОГ достоверно увеличилась продолжительность последующей за лечением неполной клинической ремиссии, у 3 она сохраняется. У больных ОГ продолжительность ремиссии после лечения стала достоверно большей (в среднем на 3 месяца) после лечения; в ГС продление ремиссии составило в среднем 1,5 месяца.

Выводы: 1. Положительный эффект АФ прямо зависел от его курсовой дозы; коэффициент ранговой корреляции $0,68 \pm 0,07$ ($p < 0,001$) свидетельствует об ускоренной степени прямой связи и может служить доказательством существенной роли АФ в повышении Э при сочетанном лечении псориаза. 2. Сочетанное применение А и М достоверно быстрее монотерапии М приводило к уменьшению степени выраженности АП. 3. Данный метод лечения можно оценить как весьма безопасный и эффективный.

Паранеопластические дерматозы — предвестники онкопатологии

Тухватуллина З.Г., Шанасыров А.С., Рахимов С.В., Тухватуллина Э.Ф.

Центральная поликлиника №11 Медико–санитарного Объединения Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель: изучение распространенности паранеопластических дерматозов среди курируемого контингента, определение частоты их соответствия онкопатологии.

Материалы и методы исследования: клинические, лабораторные, гистологические, УЗИ, рентгенография, компьютерная томография.

Полученные результаты: осмотрено 2786 диспансеризируемых лиц, среди них выявлено 120 человек (100%) с паранеопластическими дерматозами (женщин—78, мужчин—42, средний возраст 60 и старше): невусы и невоидные образования кожи — 25,8%; себорейные кератомы — 14,2%; гиперпигментация кожных покровов — 10,0%; вирусные заболевания кожи — 10,0%; токсикодермии — 6,7%; центробежная эритема — 6,6%; ихтиоз приобретенный — 5,8%; крапивница — 5,3%; кожный зуд — 4,9%; эритема Дарье — 4,1%; гиперкератоз — 4,1%; узловатая почесуха — 1,7%; амилоидоз — 0,8%. Для всех выявленных дерматозов была характерна резистентность к предшествующей терапии.

При сочетании гиперпигментации верхней половины туловища, приобретенного ихтиоза, увеличении количества и размеров пигментных пятен с папулезной крапивницей были выявлены опухоли молочной железы у 5 женщин. При сочетании кожного зуда, токсикодермии, себорейных кератом, папиллом, пигментных пятен и ладонно-подошвенного гиперкератоза был выявлен рак половых органов (у 2 мужчин — рак простаты, у 1 женщины — рак тела матки). Причем у этой же женщины дополнительно диагностирован мастоцитоз и холодовая крапивница. При множественных гемангиомах на туловище, центробежной эритемы в виде «бабочки» на лице, герпесе на гладкой коже и саркоматозоподобных высыпаниях на руках, у пациента при компьютерной томографии обнаружено объемное образование в прикорневом отделе правого легкого (рак?). Диагноз был подтвержден при проведении бронхобиопсии и гистологического исследования.

Вывод: на коже, как на экране, проецируются заболевания внутренних органов. В ряде случаев кожные изменения при внутренних онкозаболеваниях являются первыми, а иногда единственными клиническими признаками основного процесса. И грамотная их интерпретация позволяет клиницисту если не поставить окончательный диагноз, то наметить правильные пути дальнейших диагностических мероприятий.

О перспективах создания новых противолепрозных средств на основе производных диалкилдитиокарбаматов

Урляпова Н.Г., Ющенко А.А., Даудова А.Д., Аюпова А.К.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: изучение антибактериальной активности в отношении *Mycobacterium leprae* и переносимости в хроническом эксперименте на мышах 6 производных дитиокарбаматов (синтезированных в Государственном научном центре антибиотиков, г. Москва), из которых три были производными 3-циано-5-нитропиридина.

Материалы и методы: исследование проведено на мышах-самцах линии СВА, массой 20–24 г, зараженных пассивно на мышах штаммом *Mycobacterium leprae* в дозе 5×10^3 в подушечки лап по методу С.С.Шепард (1961), С.С.Шепард, Д.Н.МакРэ (1968). Изучаемые вещества вводили в желудок мышам с помощью зонда 5 раз в неделю в дозах 2–6 мг/кг, начиная со дня заражения. Препаратом сравнения являлся дапсон, а также 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридин, противолепрозная активность которого была установлена ранее (2006). Контролем (К) служила группа зараженных животных, не получавших лечения. Биохимические исследования сыворотки крови животных (активность АЛТ, АСТ, содержание билирубина, креатинина, мочевины) проводили на анализаторе Mitsubishi Super Z-818. Морфоструктурный анализ сыворотки крови экспериментальных животных осуществляли методом краевой дегидратации (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2001). Результаты обрабатывали статистически с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты: изменение структуры 3-циано-5-нитропиридина путем присоединения различных дитиокарбаматных групп не привело к усилению противолепрозной активности по сравнению с 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридином. Из трех изученных соединений только 2-гексаметилендитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридин в умеренной степени подавлял размножение микобактерий. Среди других дитиокарбаматов наибольшая способность подавлять размножение *Mycobacterium leprae* в подушечках лап зараженных мышам отмечена у 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-диметиламинопиримидина в дозах 2 и 6 мг/кг, а также у 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-метокси-пиримидина в дозе 6 мг/кг. Их противолепрозная активность сравнима с таковой дапсона в дозе 2 мг/кг и 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридина в дозе 4 мг/кг. Наиболее активные в отношении *Mycobacterium leprae* вещества 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридин, а также 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-диметиламинопиримидин и 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-метокси-пиримидин в дозах 2 и 6 мг/кг не оказывали токсического влияния на изученные биохимические показатели крови. Эти данные подтверждались результатами морфологического анализа твердой фазы сыворотки крови. Однако в предварительном эксперименте в группах, получавших 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-диметил-аминопиримидин в дозе 10 мг/кг, отмечался падеж животных (26%), что свидетельствует о близости токсической и эффективной доз этого вещества. При введении 4-пирролидинодитиокарбамоил-5-нитро-6-метокси-пиримидина в дозе 30 мг/кг также наблюдалась гибель мышам (15%), дозу 10 мг/кг животные переносили без осложнений. Наибольший противолепрозный эффект был достигнут при введении этого вещества в дозе 6 мг/кг. Таким образом, по противолепрозной активности эти производные дитиокарбаматов не превосходят 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридин и дапсон, при этом достаточно токсичны.

Выводы: 2-диэтилдитиокарбамоил-3-циано-5-нитропиридин обладает выраженной способностью подавлять размножение *Mycobacterium leprae*, близкой к таковой дапсона, и хорошо переносится животными при длительном введении, что позволяет признать перспективность дальнейшего фармакологического изучения этого вещества.

Риск развития атопического дерматита у детей

Фахретдинова Х.С., Имамутдинова Г.И., Хафизова Т.В.

Башкирский государственный медицинский университет, РКВД, г. Уфа

Цель: выявить факторы риска в развитии атопического дерматита (АД) у детей в Республике Башкортостан с развитой нефтехимической промышленностью.

Материалы и методы: представлены данные анализа 30 амбулаторных карт детей, больных АД, обратившихся в РКВД за медицинской помощью в 2006 г.

Результаты: проведен анализ амбулаторных карт 30 детей в возрасте 0–14 лет, больных атопическим дерматитом. Из анамнеза выяснено: у 11 детей матери во время беременности страдали анемией, у 12 — пиелонефритом, у 2 — бактериальным вагинозом, у 2 — ожирением. Выявлена патология беременности у 14 женщин в виде гестоза, у 6 — в виде нефропатии, у 8

наблюдалось многоводие. Во время внутриутробного развития выявлены следующие патологии плода: хроническая гипоксия — у 12, задержка внутриутробного развития — у 9, недоношенность первой степени — у 5, гипотрофия — у 10 детей.

В течение первого года жизни детям были выставлены следующие диагнозы: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у 25 детей, ДЦП — 6, синдром гипервозбудимости — 6, резидуальная энцефалопатия — 4, внутричерепная гипертензия — 6, задержка речевого и психического развития — 2 и вегетососудистая дистония у одного ребенка.

В течение первого года жизни различные формы атопии проявились у всех 30 детей, в том числе у 30% детей экссудативная форма атопического дерматита, у 20% — к 8–10 годам сформировался диффузный нейродермит, у 15% детей АД сочетался с вульгарным ихтиозом, у 35% больных АД был осложнен пиококковой инфекцией. Все больные к дерматологу обратились в период хронической формы заболевания.

Из приведенных данных следует, что к факторам риска и развития заболевания атопическим дерматитом у наблюдаемых детей послужили различные заболевания беременных (анемия, патология почек), патология внутриутробного развития плода (хроническая гипоксия, недоношенность) и, возможно, поражения ЦНС (гипоксически-ишемическое поражение, энцефалопатия и др.) и позднее обращение к дерматологу.

Выводы: для снижения риска развития заболевания атопическим дерматитом необходимо тесное взаимодействие и преемственность в работе акушер-гинекологов, педиатров, дерматологов. Необходимо раннее начало лечения атопического дерматита у дерматолога, при первых, даже слабых проявлениях кожной патологии.

Сочетанная диагностика базально-клеточного рака кожи

Федосеев А.С., Попова И.В.

ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ, Московская область

Цель: оценка эффективности сочетанной диагностики базально-клеточного рака у пациентов санатория.

Материалы и методы: для оперативного решения данной задачи нами применялась методика сочетанной диагностики, основанная на оценке клинических данных, видеодерматоскопии, УЗ исследовании и цитологическом анализе материала образований.

Сбор анамнеза и визуальная оценка клинических данных позволили заподозрить БКР у подавляющего числа обратившихся за помощью при первичном посещении — 89,2% пациентов. Также при осмотре можно провести предварительную дифференциальную диагностику с заболеваниями со схожими клиническими проявлениями — например, красным плоским лишаём, себорейным кератозом, атеромой, аденомой сальных желёз, меланозом Дюбрея и др.

Следующим этапом более точной диагностики являлась видеодерматоскопия. Данный метод помогал детализировать поверхностную структуру опухоли, отдифференцировать другую патологию, определить ареал поражения. В нашей практике использовался видеомикроскоп Beauty Score BS-2000 (фирмы Algologie, Франция). За счет сменных объективов имелась возможность проводить 50–ти и 200–кратное увеличение исследуемых участков кожи, что особенно важно для диффдиагноза БКР от плоскоклеточного рака и меланомы.

С целью определения объёмных параметров опухоли нами применялось УЗ исследование на аппарате Sonoline Elegra (фирмы Siemens) высокочастотными датчиками с характеристиками разрешения 7,5–12 мГц, с нанесением гелиевой «прослойки». При УЗИ БКР визуализируется в виде гипозоногенного образования, с чёткими границами.

Завершающим этапом обследования пациента являлось взятие материала для цитологического исследования.

Результаты: по данным, полученным в 2005–2007 гг., в возрастном составе отдыхающих лица старше 50 лет составляли более 65%. Очаги возрастных или себорейных кератозов, сенильные пятна имелись у 11,1% пациентов (из них, у 44,0% выявлены впервые); предраковые дерматозы (меланоз Дюбрея, кожный рог и т.п.) — у 2,1%, из них впервые выявленных — 48,1%.

Анализ оценки дерматологического индекса «Качества жизни» (DIQL) пациентов санатория, имеющих кератотические образования, показал выражено-негативную реакцию на имеющуюся патологию кожи, особенно когда диагноз не верифицирован.

БКР кожи страдали 0,5% пациентов, у 65,7% патология была выявлена впервые. Из них на первичную сочетанную диагностику пришлось 87%, с последующей положительной цитологической картиной. Расхождений после видеодерматоскопии и цитологии не было. Однако в некоторых случаях, при явной клинике и сомнительной цитологии, проводилось повторное цитологическое исследование (2 пациента).

Все больные, после консультации онколога, были направлены для специального лечения (хирургическое иссечение, криодеструкция, лазеротерапия и др.) с положительным эффектом. По данным динамического наблюдения, рецидив наблюдался всего в 1 случае.

Выводы: сочетанная диагностика БКР кожи является оптимальным методом для решения вопросов оперативной диагностики и выбора тактики и метода лечения.

Оценка долгосрочной эффективности и безопасности последовательного назначения препаратов Дайвобет и Дайвонекс в комплексной терапии больных псориазом

Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Ян И.А.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: исследование отдаленных результатов (2 года наблюдения) комплексной поэтапной наружной терапии препаратами Дайвобет и Дайвонекс для уточнения роли указанных препаратов в поддерживающей, предотвращающей обострение псориаза терапии, достижении длительного эффективного контроля за псориатическим процессом.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов, обследованных в клинике (47 больных), также пациентов диспансерных групп г. Екатеринбурга и ряда крупных районных центров (34 пациента); анкетирование пациентов. Для оценки качества жизни больных псориазом определяли дерматологический индекс качества жизни в динамике терапии (DLQI). С целью объективной характеристики клинической картины кожного процесса был использован стандартизованный и воспроизводимый метод оценки-индекс PASI, ретроспективный анализ. В исследуемой группе из 81 пациента наблюдались следующие формы псориаза: вульгарный, экссудативный, эритродермический, пустулезный, каплевидный.

Результаты: ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт, анкетирование пациентов, обследованных в клинике и амбулаторно, позволили отметить удлинение периода ремиссии от 11 месяцев до 1,5 лет и более в 73,4% случаев. В случае развития обострения преобладало постепенное начало (73,3%) и более легкое течение псориатического процесса (50,0%), купируемое традиционной терапией. Клинический эффект наружной терапии препаратами Дайвобет и Дайвонекс оценен пациентами как стабилизирующий, поддерживающий ремиссию и предотвращающий обострение.

Выводы: таким образом, наши отдаленные клинические наблюдения позволяют рекомендовать последовательную схему назначения препаратов Дайвобет и Дайвонекс с целью не только достижения более быстрого клинического эффекта, но и стабилизации псориатического процесса, удлинения периода ремиссии, достижения длительного эффективного контроля за псориатическим процессом.

Реабилитация пациентов с поверхностными дефектами кожи путем дермабразии

Фисенко Г. И.

ФГУП Институт пластической хирургии и косметологии МЗ РФ, г. Москва

Цель: совершенствование методов эффективной коррекции различных эстетических недостатков кожи врожденного и приобретенного характера, что представляет собой актуальную проблему в косметологии и дерматохирургии, так как приводит к психологическому дискомфорту, отражаясь на качестве жизни и создавая проблемы в профессиональной сфере.

Материалы и методы: из всего арсенала новых технологий и способов коррекции недостатков кожи, имеющихся у врачей дерматологов, косметологов, пилинги, микрошлифовка, лазерная абляция, контурная пластика и др. — одним из высокоэффективных способов лечения остается метод механической дермабразии. Благодаря щадящей технологии (снимается только сосочковый слой дермы с полным сохранением нижележащих слоев) можно достичь оптимальных результатов. Нами разработан и впервые применен на практике способ ранней повторной дермабразии, когда повторная операция проводится на 14 сутки после полного заживления и может проводиться неоднократно (патент РФ, 2003 г.). Этот способ позволяет поэтапно корригировать различные поверхностные дефекты кожи: возрастные изменения (особенно глубокие морщины), разного рода грубые рубцовые деформации, обширные невусы и проч. с хорошим эстетическим эффектом и сокращением сроков лечения от нескольких лет до нескольких недель.

Результаты: в результате детальных морфологических исследований операционного материала на различных сроках лечения было установлено, что ранняя повторная дермабразия проводится в отличие от базовой, по уже молодой, только что восстановленной биосинтетически активной коже, что подтверждается морфометрически большим количеством молодых, активных фибробластов и другими показателями (канд. дисс. Фисенко Г. И. 2005 г.). Это дает хорошую репаративную регенерацию. За последние 10 лет в нашем институте было проведено 512 пациентов с возрастными изменениями кожи и 1267 пациентов с рубцовыми изменениями кожи. Во всех случаях отмечался положительный результат. При наблюдении в отдаленные сроки ни келоидов, ни атрофии кожи не наблюдалось.

Корнеотерапия больных хроническими дерматозами

Хаертдинова Л.А., Матвеева О.В., Сабынина Е.Е.

ГОУ ДПО КГМА Росздрава, г. Казань

Цель: изучить клиническую эффективность увлажняющих средств Дардиа в комплексном лечении больных хроническими дерматозами.

Материалы и методы: под наблюдением находился 31 пациент, страдающий хроническим дерматозом, в возрасте от 3 до 69 лет. Из них 13 мужчин и 18 женщин. Больных псориазом — 5, атопическим дерматитом — 12, кератодермией — 9, болезнью Девержи — 3, себорейной пузырьчаткой — 1, экземой — 1 пациент. Для каждого больного была разработана программа лечебно-восстановительного и базисного контроля за состоянием кожного процесса с использованием средств Дардиа Липо Лайн (крем, молочко, бальзам) с учетом нозологической формы, остроты и характера кожного процесса, его локализации, длительности заболевания, возраста пациента. Увлажняющие средства использовались в качестве местной монотерапии и на фоне комплексного лечения 2 раза в день в течение 1–3 месяцев. Изучение клинической эффективности проводилось согласно протоколам на 14 сутки и через 1 месяц.

Результаты: в ходе исследования отмечен положительный клинический эффект: на 14 сутки значительное улучшение наблюдалось у 74,2% (23) пациентов, улучшение — 25,8% (8); через 1 месяц выраженный эффект отмечен в 74,2% (23) случаев, значительное улучшение — 22,6% (7), улучшение — 3,2% (1). Все больные были удовлетворены эффективностью проводимой терапии и отметили высокую compliance наружных средств.

Выводы: проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность и хорошую переносимость средств Дардиа Липо Лайн при лечении больных хроническими дерматозами. Таким образом, корнеотерапия с применением современных эмоленов, таких как средства Дардиа, является неотъемлемой частью комплексного лечения и открывает новые возможности биоревитализации кожи пациентов, страдающих хроническими дерматозами, сопровождающимися ксерозом, и позволяет осуществлять длительный контроль и управление заболеванием, что значительно улучшает качество жизни больных.

Совершенствование подходов к терапии детей, страдающих осложненными формами атопического дерматита

Хаертдинова Л.А.

ГОУ ДПО КГМА Росздрава, г. Казань

Цель: оценить клиническую эффективность антибактериальной и антимикотической терапии детей, больных атопическим дерматитом (АД), осложненным вторичной инфекцией, в зависимости от видовой принадлежности возбудителя.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 82 пациента с АД, осложненным вторичной стафилококковой и/или грибковой инфекцией, в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Из них мальчиков — 46,3%, девочек — 53,7%. Детей в возрасте 6 мес.–3 лет — 29,3%, 3–7 лет — 26,8%, 7–12 лет — 20,7%, 12–15 лет — 23,2%. Среднетяжелое течение заболевания отмечено у 56,4%, тяжелое течение — у 25,6%. Для диагностики вторичных осложнений проводили углубленное клиническое обследование, параклиническое, а также культуральное обследование кожи. Терапевтический протокол формировался в соответствии с

результатами бактериологического и микологического исследования кожи с учетом морфологического характера высыпаний, остроты процесса, тяжести заболевания (индекс SCORAD), возраста ребенка. Для оценки эффективности лечения пациенты были разделены на основную (42 больных) и контрольную (40 детей) группы. Пациенты основной группы в составе комплексной терапии получали наружную и системную этиотропную терапию по разработанной схеме, а в контрольной группе — традиционное противоаллергическое лечение. Клиническая эффективность лечения оценивалась на основе общего и индивидуального терапевтического эффекта, по частоте обострений и длительности ремиссии. Наружная терапия пациентов основной группы проводилась в три этапа: I этап включал санацию инфекции с использованием средств с антибактериальным, антимикотическим и противовоспалительным действием (тридерм, скин-кап и др.) в течение 7–10 дней, на II этапе после санации вторичной инфекции по показаниям проводилась противовоспалительная терапия в течение 2–3-х недель (адвантан, элоком, элидел), на III этапе — длительная увлажняющая терапия (средства DARDIA Липо Лайн). По показаниям проводилась системная антибактериальная и противогрибковая терапия.

Результаты: в основной группе общий терапевтический эффект составил 86,9%, индекс SCORAD снизился с 65 до 29,5 балла, частота обострений сократилась в 4 раза, продолжительность ремиссии по данным клинического наблюдения в течение 2,5–3 лет увеличилась в 3,5 раза. В контрольной группе общий терапевтический эффект составил 9,7%, стойкой ремиссии достичь не удалось.

Выводы: предлагаемый подход к терапии детей с осложненными формами АД дает возможность своевременно купировать вторичную инфекцию, предупредить тяжелое течение заболевания и достичь стойкой ремиссии заболевания.

Бальнеотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных псориазом и атопическим дерматитом

Халдин А.А., Баскакова Д.В.
ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель: изучение эффективности средств серии бальнеум в комплексном лечении и реабилитации больных атопическим дерматитом и псориазом.

Материалы и методы: исследование включало в себя два этапа. На первом этапе масла для ванн бальнеум и бальнеум плюс включались в комплексную терапию больных с псориазом и атопическим дерматитом средней степени тяжести. Результат оценивался по динамике клинических симптомов (гиперемия, инфильтрация, шелушение, субъективные ощущения) по 4-балльной шкале (0 — отсутствие, 1 — слабо выражены, 2 — умеренные, 3 — сильные) и индексам PASI, SCORAD и ДИКЖ. В основной группе и группе сравнения состояли по 60 пациентов (30 с псориазом и 30 — с атопическим дерматитом). На втором этапе те же больные наблюдались нами в дальнейшем после выписки из стационара с целью изучения эффективности препарата бальнеум в реабилитации больных атопическим дерматитом и псориазом. Все больные основных групп (60 человек) в течение 6 месяцев наблюдения применяли препарат бальнеум 3 раза в неделю путем принятия теплой ванны с 30–45 мл средства на 150 л воды, в течение 10–15 минут. При оценке эффективности препарата учитывались индексы ДИКЖ, SCORAD и PASI, длительность межрецидивного периода у всех пациентов, в сравнении с таковым до начала лечения, яркость и острота очередных обострений. Проводилось дерматоскопическое исследование всех больных как основных групп, так и групп сравнения в период ремиссии.

Результаты: первый этап исследования показал, что на фоне применения препаратов серии бальнеум стихание клинических симптомов и снижение показателей индексов происходит значительно быстрее, чем в группе сравнения, при этом регресс всех показателей гораздо более выражен. У больных псориазом индекс PASI к концу лечения снизился на 18%–48% (в среднем на 34,4%) и составил 5,3–37 (в среднем 16,1). Индекс ДИКЖ снизился на 11%–40% (в среднем на 28,5%) и к концу лечения составлял 5–18 (в среднем 12,1). В группе сравнения снижение индекса PASI составило 10%–35% (в среднем 22,7%), средний показатель — 19,8; индекса ДИКЖ — 10%–31% (средний показатель ДИКЖ — 13,0), что значительно меньше результатов основной группы. В группе по атопическому дерматиту к окончанию курса лечения клиническое выздоровление или значительное улучшение наблюдалось у 95% больных. Показатель индекса SCORAD к концу курса терапии составил 18–27 (в среднем 22,5), т.е. зафиксировано снижение в среднем на 57%. Индекс ДИКЖ снизился на 42% и составил в среднем 13,2. В группе сравнения к окончанию курса терапии полное клиническое выздоровление было зафиксировано у 77% больных. Индекс SCORAD снизился в среднем на 39% и составил 21–32 (в среднем 27), индекс ДИКЖ — на 31% (16,1). Результаты второго этапа наблюдения тех же больных в межрецидивный период показали, что на фоне постоянного применения масел для ванн бальнеум увеличивается продолжительность ремиссии, а вновь возникающие обострения гораздо менее яркие, с меньшей обильностью высыпаний. Длительность ремиссии увеличилась в среднем у больных с псориазом — на 23%, у больных с атопическим дерматитом — на 18%. У 74% больных с псориазом и 66% больных с атопическим дерматитом яркость новых обострений на фоне применения препарата была меньше по сравнению с предыдущими рецидивами. Высыпания имели менее распространенный характер, отличались меньшей остротой. Показатели индексов ДИКЖ, PASI и SCORAD также были значительно ниже аналогичных в группе сравнения.

Выводы: полученные данные в целом свидетельствуют о высокой клинической эффективности препаратов бальнеум и бальнеум плюс в комплексной терапии и реабилитации больных псориазом и атопическим дерматитом. Эти средства помогают сократить сроки купирования рецидива, справиться с таким важным психотравмирующим фактором, как зуд, уменьшить длительность применения кортикостероидных мазей, пролонгировать период ремиссии, уменьшить частоту обострений, что в целом значительно улучшает качество жизни больных. Все это позволяет рекомендовать препараты серии бальнеум для включения в комплекс мероприятий по лечению и реабилитации больных псориазом и атопическим дерматитом.

Состояние гепатобиллиарной системы больных саркомой Капоши

Халидова Х.Р., Тухватуллина З.Г., Исмагилов А.И.

Научно-исследовательский институт дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение состояния гепатобиллиарной системы больных СК.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт 32 больных идиопатическим типом СК, находившихся на стационарном лечении и амбулаторном наблюдении в клинике научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РУз. Среди пациентов мужчины составили 31 (96,8%) человек.

При УЗИ диффузные изменения в печени наблюдались у 10 (31,2%). У 1 (3,1%) они сочетались с гепатомегалией, жировой гепатоз выявлен у 2 (6,2%). Хронический холецистит обнаружен у 5 (15,6%), в сочетании с патологией печени у 2 (6,2%). Биохимические показатели, характеризующие состояние метаболических процессов печени, находились в пределах нормальных величин.

Трудно утверждать, являются ли имеющиеся изменения гепатобиллиарной системы висцеральным поражением саркомы Капоши. Они могут быть связаны как с возрастными изменениями, так и сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной систем. Кроме того, эти изменения могут быть обусловлены перенесенными как в прошлом гепатитами В (HBV) и С (HCV), так настоящим инфицированием вирусами гепатитов. Поэтому продолжением наших исследований явилось определение маркеров вирусных гепатитов В и С у больных СК и контрольной группы дерматологических больных с хронической экземой, васкулитами, хронической венозной недостаточностью.

Методом иммуноферментного анализа обследована сыворотка 20 больных с определением HbsAg вируса гепатита В и антител классов IgG и IgM к вирусу гепатита С (ВГС). Использованы тест-системы «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Результаты: как показали исследования, в группе больных СК у одного и того же пациента обнаружены маркеры гепатита В и С, у одного пациента только гепатит С. В группе сравнения у 2 пациентов с хронической экземой выявлен маркер гепатита С. У этих же больных при УЗИ отмечались диффузные изменения в сочетании с гепатомегалией, холециститом.

Выводы: данные проведенных исследований пока не позволяют говорить о достаточно высокой частоте обнаружения маркеров вирусных гепатитов у больных СК в виду недостаточного числа наблюдений. Бессимптомное течение хронических вирусных гепатитов, возможно, связано со снижением иммунитета или иммунокомпрометацией макроорганизма в связи с развитием онкологического процесса и химиотерапии. Необходимо введение в комплексное обследование определение маркеров вирусных гепатитов и коррекция в лечении таких больных.

Перспективы применения новых лекарственных средств растительного происхождения в лечении грибковых заболеваний кожи

Хисматуллина И.М., Никитина Л.Е., Абдрахманов Р.М., Фассахов Р.С.
КГМУ, г. Казань

Цель: проведение биологических испытаний антимикотической активности препаратов нового типа, созданных на основе моно- и бициклических природных монотерпеноидов. Соединения шифровались как: В-7, В-21, В-27, В-34, В-36, В-40, ТВ.

Материалы и методы: исследование проводилось дисковым методом на агаризованной среде с использованием следующих видов грибов: *Candida albicans* патогенная, *Candida albicans* непатогенная, *Candida parapsilosis*, *Rhodotorula rubra*, *Aspergillus niger*, *Penicillium tardum*, *Candida krusei*, *Epidermophyton floccosum*, *Aspergillus fumigatus*, *Trichophyton rubrum*. Эффективность противогрибкового действия оценивалась по зоне лизиса (расстоянию от края диска с испытуемым веществом до зоны роста грибов) в соответствии с общепринятой методикой (ГОСТ 28.206-89, МЭК-68-2-10-88). Зона лизиса величиной до 3 мм означала слабую антимикотическую активность, зона лизиса от 3 до 5 мм — умеренную активность, высокой активности соответствовала зона лизиса более 5 мм.

Результаты: все исследованные нами терпены, кроме соединения В-7, проявили умеренную или высокую противогрибковую активность широкого спектра действия.

Выводы: наиболее активным является соединение В-27. Однако в отношении грибов *Candida albicans* патогенная, *Aspergillus niger*, *Penicillium tardum* имеются соединения с большей активностью. В связи с этим перспективным в плане дальнейшего изучения противогрибковой активности является соединение В-27, как в виде индивидуального соединения, так и в составе композиции с соединениями ТВ, В-34, В-36, В-40.

Особенности иммунофенотипа базально-клеточного рака кожи

Хлебникова А.Н., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А., Устинова Е.И.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Цель: изучение злокачественных опухолей кожи является актуальной междисциплинарной задачей клинической дерматологии и онкологии в связи с высоким уровнем и нарастанием первично регистрируемой заболеваемости. В общей структуре онкозаболеваемости населения России злокачественные опухоли кожи занимают 3-е ранговое место (от 10,4% до 12%). Наиболее частой из них является базальноклеточный рак (БКР), доля которого в их общей структуре оценивается в 75–90%. Выделяют поверхностную, нодулярную, язвенную и склеродермоподобную формы БКР, которые характеризуются разным течением, прогнозом и требуют дифференцированного подхода к лечению. В то же время патогенетические механизмы формирования той или иной клинической формы БКР изучены недостаточно.

Материалы и методы: биопсийный материал 40 больных БКР кожи был изучен иммуногистохимическим методом. Клинически у 12 больных диагностирована поверхностная форма БКР, у 9 — нодулярная, у 21 — язвенная. При гистологическом исследовании в 22 случаях отмечали солидный тип БКР, в 6 — поверхностный мультицентрический, в 7 — солидно-аденоидный, в 3 — солидный с участками морфеа, в 2 — БКР с пилоидной дифференцировкой. Апоптоз в клетках БКР изучали с помощью моноклональных антител VAX, Vc1X; сравнительную оценку экспрессии протеинов VAX и Vc1X проводили с помощью условного «коэффициента апоптоза» — **КАР** (отношение интенсивности экспрессии протеина VAX к Vc1X, выраженное в баллах). Пролиферативную активность клеток изучали с помощью моноклональных антител к PCNA. Экспрессию адгезивных молекул изучали с помощью моноклональных антител к E-кадгерину.

Результаты: коэффициент апоптоза в поверхностном БКР кожи варьировал от 0,6 до 3, среднее значение составило $2,07 \pm 0,99$. Коэффициент апоптоза нодулярного БКР кожи менялся от 0,3 до 2, среднее значение составило $1,32 \pm 0,78$. Коэффициент апоптоза в язвенном БКР кожи варьировал от 0,3 до 2, среднее значение составило $0,91 \pm 0,61$.

Индекс пролиферативной активности клеток поверхностной формы БКР составлял $26,43 \pm 4,34\%$, нодулярной — $41,03 \pm 5,21\%$, язвенной — $53,96 \pm 3,89\%$. В большинстве случаев поверхностной БКР пролиферирующие клетки локализуются преимущественно по периферии клеточных комплексов, язвенной и нодулярной форм — располагаются в клеточных комплексах равномерно.

При поверхностной форме БКР в 69,1% случаев отмечается мембранная и мембранно-редуцированная экспрессия E-кадгерина, в 10% — мембранно-цитоплазматическая, в 20,9% — отсутствие иммунореактивности. При нодулярной форме: в 41,3% — отсутствие иммунореактивности, в 37,7% — мембранно-цитоплазматическая, в 12,2% — мембранная, 8,8%

— мембранно–редуцированная. При язвенной форме: отсутствие иммунореактивности и цитоплазматическая экспрессия отмечалась в 63,7% случаев, мембранно–цитоплазматическая — в 17,4%, мембранная и мембранно–редуцированная в 12,6% и 6,3% соответственно.

Выводы: при поверхностной форме преобладает экспрессия индуктора апоптоза BAX, отмечается низкая пролиферативная активность клеток; при язвенной форме наблюдается сверхэкспрессия ингибитора апоптоза BclX, высокая пролиферативная активность клеток; при нодулярной форме коэффициент апоптоза приближается к единице, отмечается умеренная пролиферативная активность клеток. Большинство клеток поверхностной формы экспрессируют E–кадгерин на мембране. Клетки язвенной и нодулярной форм характеризуются аномальной экспрессией — отсутствием иммунореактивности или крупногранулярным цитоплазматическим типом экспрессии. Таким образом, клетки поверхностной, нодулярной и язвенной форм БКР кожи характеризуются различным иммунофенотипом, что объясняет различное клиническое течение и прогноз.

Ретроспективный анализ 107 больных злокачественными лимфомами кожи

Чистякова И.А., Самсонов В.А., Капнушева И.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: анализ больных ЗЛК, находившихся в стационаре ГУ ЦНИКВИ в последние 5 лет (2002–2006)

Материалы и методы: на лечении находились 135 пациентов, ряд больных поступал многократно, так что реальное количество больных равнялось 107. Мужчин было 51, женщин — 56. Возраст пациентов колебался от 16 до 82 лет, при этом лиц моложе 35 лет было 12 человек (11,2%). Среди наблюдаемых больных только 3 человека (2,8%) страдали В–клеточной лимфомой кожи, остальные 104 (97,2%) — Т–клеточной.

Для установления диагноза применялись гистологические и иммуноморфологические методы. Период от начала неспецифических проявлений, имитирующих банальные дерматозы (себорейный дерматит, псориаз, бляшечный параспориоз, атопический дерматит), составлял в некоторых случаях 10–15 лет.

Для лечения использовали современные методы — кортикостероиды локально и внутрь, фотохимиотерапию (ФХТ), проспидин; проспидин + ФХТ; ФХТ + интерфероны альфа, гамма, лейкинферон; интерфероны, полихимиотерапию (проспидин, циклофосфан, винкристин); ПХТ + лучевую терапию, фотодинамическую терапию.

За период с 2002 по 2006 гг. в стационаре ЦНИКВИ всего лечились 135 пациентов, ряд больных поступал многократно, так что реальное количество больных равнялось 107. Мужчин было 51, женщин — 56. Возраст пациентов колебался от 16 до 82 лет, при этом лиц моложе 35 лет было 12 человек (11,2%). Среди наблюдаемых больных только 3 человека (2,8%) страдали В–клеточной лимфомой кожи, остальные 104 (97,2%) — Т–клеточной.

Результаты: эффективность лечения зависела от степени злокачественности, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы. Из наблюдаемых пациентов 13 больных ТЗЛК (12,2%) скончались в разные периоды болезни. Причинами смерти была сердечно–сосудистая недостаточность, возникавшая после вовлечения в процесс внутренних органов (поражение легких, кишечника, языка, лимфатических узлов), септического состояния в результате распада опухоли. 46 больных наблюдаются более 20 лет. Наиболее доброкачественным течением из ТЗЛК отличается пойкилодермическая форма.

Выводы: более широкое внедрение в практику современных методов диагностики — не только гистологического, но и иммуноморфологического и молекулярно–биологического, а также антицитокинной и электронно–лучевой терапии будет способствовать успешному решению рассматриваемой проблемы.

Суммарный вклад факторов риска и индивидуальная программа прогнозирования сочетанных форм атопического дерматита у детей

Шамов Б.А., Газиев А.Р., Шамова А.Г., Корейба К.А., Вахитов Х.М., Газиева Э.Г.

КГМУ, г. Казань

Цель: изучить суммарный вклад факторов риска и разработать индивидуальную программу прогнозирования развития сочетанных форм атопического дерматита (АтД) у детей. В настоящее время недостаточно данных о факторах, способствующих развитию сочетанных форм атопического дерматита и бронхиальной астмы, а также о вкладе этих факторов в риск заболевания и степени их влияния. Под сочетанными формами АтД следует понимать одновременную активацию патологического процесса со стороны кожи и респираторного тракта, т.е. сочетание АтД и бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы: у 40 детей с сочетанными формами АтД заполнялась унифицированная, стандартизированная карта НИИ Педиатрии РАМН, углубленного эпидемиологического обследования, включающая в себя более 100 потенциальных факторов риска: наследственные, конституциональные, биологические, социальные, антенатальные, макро– и микробиологические и др., действующие в различные периоды жизни ребенка.

Результаты: изучение динамики частоты симптомов сочетанных форм АтД у детей школьного возраста г. Казани по международной программе ISAAC показало, что частота сочетанных симптомов АтД у детей за период 2000–2003 гг. возросла в 2 раза — с $3,4 \pm 0,4\%$ до $6,8 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$). В том числе у первоклассников в 1,9 раза, у восьмиклассников — в 2,1 раза ($p < 0,001$); у мальчиков в 2,1 раза; у девочек — в 1,9 раза. Нами установлено, что наибольший суммарный вклад дают антенатальные и интранатальные факторы риска — 42%, семейная отягощенность по аллергическим заболеваниям — 37%, профессиональные вредности у матери — 32%, неонатальные факторы — 30%, микробиологические факторы — 28%. Суммарный вклад остальных учтенных факторов значительно меньше и составляет для группы крови — 16%, микробиологических — 13% и алиментарных — 12%. Выделенные факторы формирования сочетанных форм АтД определяют большую часть вариации показателя заболеваемости. На основе этого можно предположить, что по выделенной совокупности факторов возможно осуществить прогнозирование развития заболевания. Полученные данные положены в основу прогностической модели индивидуального прогнозирования развития сочетанных форм АтД у детей. С помощью рассчитанной математической модели для практического использования разработана компьютерная программа «Прогноз сочетанных форм АтД у детей», в виде приложения для операционной системы Windows. Рабочее окно программы содержит перечень возможных факторов риска развития сочетанных форм АтД у детей. Пользователь программы интерактивно отмечает имеющиеся у обследуемого ребенка факторы риска, и после нажатия кнопки «ПРОГНОЗ» получает результат работы программы в виде сообщения «вероятно, возможно или маловероятно развитие сочетанных форм атопического дерматита». По результатам работы РОСПАТЕНТОМ ФГУ ФИПС РФ принято решение

о выдачи патента на изобретение № 2005136297, от 23.11.2005. «Способ индивидуального прогнозирования сочетанных форм атопического дерматита у детей».

Выводы: частота симптомов сочетанных форм АтД продолжает расти; выделенные факторы риска развития сочетанных форм атопического дерматита позволяют своевременно проводить профилактические мероприятия, направленные на устранение их влияния на развитие болезни. Использование компьютерной программы перспективно для проведения комплекса профилактических мероприятий. Результаты прогнозирования позволяют на ранних стадиях выделить среди детей группы риска по развитию сочетанных форм АтД.

Использование лазеротерапии при лечении очаговой склеродермии

Шахматова С. Р.

РКВД, г. Уфа

Цель: изучить применение лазеротерапии в комплексном лечении больных очаговой склеродермией.

Материалы и методы: проводилось лечение 26 больных очаговой склеродермией гелий–неоновым лазером в Уфимском городском кожно–венерологическом диспансере. Среди них было женщин — 19 (73%), мужчин — 7 (27%). Возраст больных составлял от 8 до 56 лет. Среди больных было 5 детей.

Использовались такие эффекты НИЛИ, как противовоспалительный, нормализующий микроциркуляцию и трофику в тканях и местное иммуномодулирующее действие.

В стадии плотного отека НИЛИ оказывало противоотечное действие (уменьшение интерстициального отека и напряжения тканей), противовоспалительное действие (уменьшение длительности фаз воспаления).

При стадии индукции НИЛИ способствовало повышению скорости кровотока, образованию новых сосудистых коллатералей, увеличению поглощения тканями кислорода, активации транспорта веществ через сосудистую стенку, образованию макроэргов (АТФ), увеличению митотической активности клеток.

Методика: на единичные очаги склеродермии мы воздействовали гелий–неоновым лазером ($\lambda=0,632$ нм, мощность 5мВт/см², аппарат LA-II).

Длительность воздействия на очаг 5–8 минут, в зависимости от величины очага поражения. На курс — 10 ежедневных процедур.

Наряду с лазеротерапией назначалось базисное медикаментозное лечение (антибиотики, лидаза, вазодилататоры, витамины и дезагреганты).

Результаты: значительное улучшение наблюдалось у 7, улучшение — у 19 больных. В процессе лечения мы наблюдали прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение уплотнения в очаге.

Лечение больные переносили хорошо, побочных явлений не было.

Выводы: на основании проведенных наблюдений следует отметить, что лазеротерапия может быть применена в комплексном лечении больных очаговой склеродермией.

Мониторинг состояния кожи под воздействием различных наружных средств

Шлико И. Л.

ГОУВПО НижГМА, г. Нижний Новгород

Цель: определение возможностей оптической когерентной томографии в мониторинге оптических характеристик кожи под воздействием наружных средств для определения их эффективности и фармакодинамических свойств.

Материалы и методы: использовалось поляризационно–чувствительное ОКТ устройство с эндоскопическим гибким щупом, разработанное в ИПФ РАН. Увлажняющие кремы для тела: топик 10 и дардиа липо лайт с 5% мочевиной для тела. С увлажняющими средствами проводился непрерывный контактный мониторинг. Непрерывный бесконтактный мониторинг проводился с 10 и 100% глицерином. Осуществляли прижизненный ОКТ мониторинг здоровой кожи предплечья 30 здоровых добровольцев после подписания ими информированного добровольного согласия. Мониторинг начинали сразу после нанесения наружного средства и проводили в течение 60 минут. Обработка полученных изображений осуществлялась при помощи программного обеспечения, разработанного в ИПФ РАН. Для оценки ОКТ изображений проводился анализ высоты слоев и градиента яркости между слоями.

Результаты: контактным методом после нанесения топик 10 выявлено увеличение высоты рогового слоя эпидермиса с максимальным эффектом на 9 минуте. Уменьшение глубины изображения происходит в первые 10 минут с последующим увеличением вплоть до 30 минуты.

При нанесении дардии высота рогового слоя уменьшается с максимально выраженным эффектом на 24 минуте мониторинга, параллельно происходит увеличение глубины изображения.

Бесконтактным методом при нанесении 10% глицерина не установлено достоверное изменение высоты рогового слоя, одновременно зарегистрировано постепенное увеличение глубины изображения с максимальным значением на 42 минуте с возвращением к первоначальным показателям к 60 минуте. При нанесении 100% глицерина к 12 минуте высота рогового слоя увеличивается в 2 раза и к 51 минуте возвращается к первоначальному значению. Глубина изображения увеличивается сразу после нанесения глицерина, но данный эффект недолговременный, и на 36 минуте начинается обратный процесс.

Выводы:

1. Установлено, что благодаря возможности точного измерения высоты слоев и градиента яркости метод ОКТ можно использовать для мониторинга состояния здоровой кожи под воздействием топических средств.

2. Выявленные в процессе мониторинга показатели могут являться косвенными показателями эффективности используемых средств и их фармакодинамики.

3. Изменения высоты горизонтально ориентированных оптических слоев кожи связаны с осмотическим эффектом наружных средств и характеризуются процессами перераспределения жидкости в разных направлениях.

4. Бесконтактный метод мониторинга позволяет исключить влияние длительного давления на исследуемый объект.

Ре–ПУВА терапия в сочетании с гепатопротекторами при лечении больных псориазом

Шлыкова С.А., Белов О.Ю., Тутугина А.Ю.

СОКВД, г. Самара

Материалы и методы: под наблюдением находилось 75 человек, получивших Ре–ПУВА терапию. Из них 48 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет и 27 женщин в возрасте от 35 лет до 54 лет. Пациенты получали неотигазон в зависимости от массы тела: в первый месяц лечения — 20–25 мг один раз в сутки, во второй месяц лечения — 10–20 мг один раз в сутки.

В качестве фотосенсибилизатора применяли аммифурин у 45 человек и Оксорален у 33 человек. У пациентов диагностирована распространенно–бляшечная, вульгарная или экссудативная форма псориаза, с длительностью заболевания от 2 до 40 лет. У двух пациентов в процесс были вовлечены ладони и подошвы. ПУВА–терапия проводилась по схеме 3–4 раза в неделю.

Результаты: регресс высыпаний у трех пациентов наступил к 12 процедуре. У 43 больных кожа очистилась за 15–18 процедур. 24 пациентам понадобилось для очищения 20–25 процедур. 5 пациентов получили 28–32 процедуры. Общий курс лечения составлял от 4 недель до 12 недель.

Все пациенты на фоне Ре–ПУВА терапии получали хофитол по 2 таблетки 3 раза в день в течение 20 дней с последующим назначением гранулята гепа–Мерц по 1 пакету 2 раза в день в течение 1–2 месяцев. У больных псориазом наблюдается угнетение активности ферментов микросомальной оксидазной системы гепатоцитов, участвующих в метаболизме и биотрансформации большинства экзогенных веществ, в том числе лекарственных препаратов. Несомненно, что прием фотосенсибилизаторов и Неотигазона в течение продолжительного времени оказывает гепатотоксическое действие. Известно, что расстройство функции печени негативно сказывается на течении псориаза, замедляя процесс очищения кожи при лечении. Принимая это во внимание и учитывая, что печень играет главную роль в метаболизации фотосенсибилизаторов (аммифурина и оксоралена) при проведении ПУВА–терапии, можно считать оправданным сочетание фотосенсибилизаторов с гепатопротекторами.

При назначении Неотигазона у некоторых пациентов отмечается обратимое повышение активности аминотрансфераз и щелочной фосфатазы, а также повышение триглицеридов и холестерина сыворотки крови, особенно у больных группы высокого риска (с нарушением липидного обмена, ожирением, употреблявших ранее алкоголь).

Всем пациентам проводился контроль биохимического анализа крови до назначения лечения и в последующем каждые 2 недели на фоне приема Неотигазона и проведения ПУВА–терапии.

При обследовании биохимических параметров ряд показателей исходно превышал норму — АлАт на 20–30% у 38 пациентов, АсАт на 10–15% у 7 пациентов, общий билирубин на 20–30% у 20 пациентов, общий холестерин на 20–40% у 34 пациентов.

Исходное увеличение данных показателей указывает на необходимость более тщательного изучения функционального состояния печени у больных псориазом до лечения, на фоне Ре–ПУВА терапии с целью подбора эффективного комплекса лечебных мероприятий.

У всех пациентов, получавших хофитол и гепа–Мерц ко второй–третьей неделе лечения отмечалось снижение показателей холестерина, общего билирубина, АлАт, АсАт. К концу 4–7 недели лечения биохимические параметры соответствовали лабораторной норме. Содержание триглицеридов и мочевины в крови у всех пациентов на фоне лечения и после проведенной терапии были в пределах нормы.

Выводы: сочетание ПУВА–терапии и Неотигазона позволяет ускорить наступление ремиссии, снижает суммарную дозу длинноволнового излучения, сокращает общую дозу фотосенсибилизатора и Неотигазона. В свою очередь назначение Хофитола и Гепа–Мерца с Ре–ПУВА терапией является эффективным методом лечения псориаза, хорошо переносится и оказывает благоприятное влияние на биохимические параметры крови.

Некоторые клинико–биохимические аспекты эндогенного токсикоза при псориазе

Шмеркевич А.Б.

Медицинский Ди–центр, г. Саратов

Цель: изучить метаболические механизмы эндогенного токсикоза у больных псориазом в зависимости от клинических особенностей дерматоза.

Материалы и методы: наблюдали 56 пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 51 года. Продолжительность дерматоза составляла от 1 месяца до 12 лет. Распространенность процесса на коже оценивали с помощью индекса BSA, тяжесть заболевания — с помощью глобального индекса PGA, качество жизни — с помощью индекса ДИКЖ. Кроме того, в кровяном русле определяли концентрации универсального показателя эндогенного токсикоза — молекул средней молекулярной массы (МСМ), показателей липидной пероксидации (диеновые и триеновые конъюгаты — ДК и ТК; малоновый диальдегид — МДА), антиокислительной системы (церулоплазмин — ЦП, каталаза эритроцитов — КЭ, миелопероксидаза лейкоцитов — МПЛ), а также циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). В качестве группы контроля обследовали 25 здоровых доноров.

Результаты: у больных псориазом в периферическом кровотоке регистрировали повышение концентраций МСМ, ДК, ТК, МДА, ЦИК на фоне снижения содержания ЦП, КЭ, МПЛ ($p < 0,05$). При математическом анализе установили ряд корреляций между показателями эндогенной интоксикации, свободно–радикального окисления, антиоксидантной защиты, распространенностью и тяжестью дерматоза, а также качеством жизни, указывающих на патогенетическую взаимосвязь между клиническими особенностями дерматоза и сдвигами обмена веществ в организме больных. По мере нарастания площади и тяжести дерматоза, явлений экссудации, гиперкератоза в очагах псориаза, ухудшения качества жизни, происходило прогрессирующее увеличение содержания МСМ и других биохимических маркеров эндогенной интоксикации в организме наблюдавшихся лиц. На этом фоне в периферическом кровотоке наблюдалась прогрессирующая недостаточность антиокислительного пула.

Выводы: в развитии синдрома эндогенной интоксикации при псориазе важная роль отводится нарушениям свободно–радикального окисления, антиокислительной системы в организме больных. Выраженность эндогенного токсикоза при данном дерматозе коррелирует с распространенностью, тяжестью псориазического процесса, а также определяет качество жизни пациентов.

Изучение полиморфизма RAGE-гена и его роли в предрасположенности к псориазу

Шульман А.Я., Терман О.А., Кухарева Е.Н., Акимов В.Г.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение ассоциации нуклеотидного полиморфизма RAGE-гена с предрасположенностью к псориазу в российской популяции для разработки комплекса мер первичной профилактики заболевания.

Материалы и методы: а) клиничко-генеалогический: выявление патологических признаков с помощью клинического обследования, составление родословной, генеалогический анализ; б) лабораторные: полимеразная цепная реакция, рестрикционный анализ нуклеотидной последовательности ДНК, электрофорез в агарозном геле с целью детекции рестрикционных фрагментов ДНК, сорбентный метод выделения ДНК из лейкоцитов цельной крови (модификация Boom с соавт.) после предварительной отмывки лейкоцитов раствором Канкеля.

Условия проведения рестрикционного анализа: а) для сайта 2184A/G: рестриктаза (эндонуклеаза) BsmFI из *Bacillus stearothermophilus* F (New England Biolabs), инкубация продукта амплификации в течение 4 часов при 65 °С, инактивация фермента в течение 20 мин при 80 °С; б) для сайта G82S: рестриктаза (эндонуклеаза) *Bacillus* Alu I из *Arthrobacter luteus* (New England Biolabs), инкубация продукта амплификации в течение 4 часов при 37 °С, инактивация фермента в течение 20 мин при 65 °С; в) для сайта 1704G/T: рестриктаза (эндонуклеаза) Bfal из *Bacteroides fragilis* (New England Biolabs), инкубация продукта амплификации в течение 5 часов при 37 °С, инактивация фермента в течение 20 мин при 80 °С.

Результаты: создан банк геномной ДНК человека, состоящий из 118 образцов. Сформированы группы испытуемых: больные псориазом (48 человек), их родственники (46 человек), группа контроля (здоровые добровольцы — 8 человек), группа сравнения (больные атопическим дерматитом — 9 человек, красным плоским лишаяем — 4 человека, ихтиозом — 3 человека). Синтезированы праймеры к 3 мишеням в RAGE-гене, составлены тест-системы для проведения ПЦР, а также эмпирическим путем подобраны оптимальные профили амплификации, позволяющие накапливать максимальное количество продукта специфической реакции. В результате проведенного рестрикционного анализа длины фрагментов ДНК из 89 образцов гомозиготными по AA типу локуса RAGE2184 оказались 29 из группы больных псориазом и 47 в группе с отсутствием клинических признаков заболевания. Частота встречаемости аллеля 2184G в группе больных псориазом была достоверно выше, чем в группе с отсутствием клинических признаков заболевания. Соотношение частоты встречаемости гомозиготных и гетерозиготных образцов в группе больных псориазом была ниже, чем в группе с отсутствием клинических признаков заболевания. Особенности клинической картины обладателей генотипа GG локуса RAGE2184 являлось раннее начало заболевания, у 75% из них описана тяжелая форма псориаза. В 2 образцах выявлен мутантный генотип по сайту G82S, установлена связь данной мутации с нарушением толерантности к глюкозе. Ассоциации полиморфизма в участках гена RAGE1704 и 82 с проявлениями псориаза не установлено.

Выводы: на основании полученных данных установлено, что важным фактором формирования предрасположенности к псориазу являются точечные нуклеотидные замены в локусе RAGE2184. Изучение нуклеотидного полиморфизма маркера RAGE2184 показало, что ассоциированной с псориазом является аллель G. Для выявленных лиц с генетической предрасположенностью разработаны рекомендации по первичной профилактике псориаза.

Оценка комплексной терапии больных хронической истинной экземой с позиций системного подхода

Яцун С.М., Силина Л.В., Савченко Н.Н.

КГУ, КГМУ, КГТУ, г. Курск

Цель: оценка комплексного лечения экземы, сочетающего патогенетически обоснованный способ коррекции психонейроэндокринных нарушений у больных хронической истинной экземой, включающий транскраниальную электростимуляцию и фонофорез даларгина на участки поражённой кожи на фоне традиционной терапии.

Материалы и методы: настоящее исследование выполнялось в течение 2002–2006 гг. на базе Курского областного кожно-венерологического диспансера и в клинике кафедры дерматовенерологии КГМУ. Клиническая оценка эффективности проводимой терапии, влияние ее на качество жизни проводилась при помощи следующих методик: дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ); индекс распространенности и тяжести экземы (EASI); индекс выраженности зуда (ИВЗ); оценка уровня зуда с помощью визуально-аналоговой шкалы (ОУЗ); степень выраженности кожного процесса (TCS); расчет площади поражения кожи; дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС). Исследование неврологического статуса включало в себя анализ чувствительной сферы, рефлекторной, координаторной и вегетативной сфер центральной нервной системы. Исследовалась болевая, температурная и тактильная чувствительность, чувство глубокого давления. Проверялись сухожильные и периостальные рефлексы, наличие патологических рефлексов. Лабораторные методы исследования включали клинические анализы крови и мочи, определение сахара крови, проведение серологических исследований (реакции Вассермана, осадочных реакций крови). У всех больных проводилось радиоиммунным методом определение адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ), кортизола (К) и определение методом иммуноферментного анализа лейэнкефалина (ЛЭ) и бета-эндорфина (ВЭ).

В наших исследованиях осуществлена попытка оценить эффект даларгина, применяемого локально на экзематозные очаги фонофоретическим способом. Даларгин или его фрагменты при таком способе применения вступают в «контакт» как с расположенными в глубоких тканях опиоидными рецепторами, так и с опиатными мю-рецепторами, находящимися на поверхности клеток периферической крови (лимфоцитах, лейкоцитах, эозинофилах), реализуя тем самым свои положительные эффекты. Известно, что при хронической экземе нарушается соотношение в гормональной сфере, возникает дисбаланс функционирования гипоталамогипофизарно-надпочечниковой системе, изменяется соотношение в сыворотке крови адаптивных гормонов и опиоидных пептидов, являющимися маркерами адаптационных систем организма. В частности, стимуляция мезо-диэнцефальных структур головного мозга у больных зудящими и папулезными дерматозами способствует повышению выработки нейропептидов. Подобная стимуляция проводилась при помощи сеансов транскраниальной электростимуляции (ТКЭС), а также воздействием даларгина — синтетического нейропептида, вводимого внутримышечно, эндоназально и способом эндоназального электрофореза.

Нами была обследована группа больных (28 человек) в возрасте от 20 до 62 лет, длительно страдающих хронической истинной экземой. Больные были разделены на три группы: в первой получали традиционное лечение; во второй — традиционное лечение и ТКЭС; в третьей комплексное воздействие — на фоне традиционной терапии, включающей в себя антигистаминные и десенсибилизирующие препараты, витамины группы В, С, А, Е, нестероидные противовоспалительные средства, детоксиканты,

пациенты принимали чередующиеся сеансы ТКЭС и процедуры фонофореза раствора даларгина, вводимого с помощью аппарата УЗ–Т5. Физиолечение осуществлялось в течение 20 дней, сеансы ТКЭС и фонофореза чередовались (по 10 процедур каждая). Подобная терапия положительным образом сказывалась на состоянии больных, так как известно, что при истощающем хроническом стрессе в организме определяется дефицит пептидов энкефалинового ряда.

Результаты: полученные данные свидетельствуют об изменениях в психоэмоциональной сфере в процессе лечения. Под влиянием терапии значительные сдвиги отмечены в гормональной системе. При сниженных значениях показателей АКТГ, СТГ до лечения отмечался выраженный положительный сдвиг после лечения: показатели АКТГ и СТГ увеличились вдвое. В процессе терапии отмечалось повышение в сыворотке крови содержания опиоидных пептидов: лей–энкефалина, бета–эндорфина. Это указывает на процесс нормализации структуры и динамики стресс–реализующей системы и свидетельствует о выраженных темпах выздоровления. Количественные характеристики всех исследуемых функций подвергались корреляционному анализу (учитывались только значимые коэффициенты корреляции с уровнем значимости >0,05).

У больных экземой, лечившихся по традиционной схеме, в 8% случаев не было достигнуто клинического улучшения, состояние улучшилось у 28% больных, а выздоровление наблюдалось в 64% случаев. При использовании сеансов ТКЭС на фоне традиционной терапии состояние «без перемен» отмечалось у 4% больных, улучшение выявлено у 18%, а выздоровление удалось добиться в 78% случаев. В группе пациентов, лечившихся комплексно, у 3% человек было зарегистрировано незначительное улучшение, статус изменился в лучшую сторону, у 13% больных, клиническое выздоровление было достигнуто у 84% пациентов. Следовательно, использование комплексной методики позволило добиться улучшения течения заболевания или исчезновения симптомов клинического проявления болезни у подавляющего числа пациентов. В результате анализа полученных данных нами удалось установить, что комплексная методика лечения больных хронической истинной экземой позволяет в значительной степени изменить структурные показатели эффективности терапии в сторону увеличения удельного веса и процентного соотношения числа пациентов, достигнувших клинического выздоровления.

Выводы: при экземе наблюдается системная дезорганизация функций разного биологического качества, выраженная в наибольшей степени до начала лечения и некоторая упорядоченность связей и уменьшение их количества после терапии. Комплексная терапия с сеансами ТКЭС и фонофорезом даларгина на поражённые участки кожи на фоне традиционной терапии приводит к нормализации состояния стресс–реализующей системы и возрастанию активности стресс–лимитирующей системы, что сопровождается перестройкой взаимоотношения исследуемых систем организма и значительным повышением эффективности терапии. Это позволяет уменьшить сроки применения наружных кортикостероидных лекарственных форм, сократить время пребывания больных в стационаре, повысить качество жизни больных хронической истинной экземой.

Влияние психотипа на сроки дерматологической реабилитации пациенток после омолаживающих операций на лице

Ячменёва Е. С., Малышевская Н. П., Марчук Ю. В., Татаурова С. С.
ГУЗ НПРЦ «Бонум», ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: разработка дифференцированных методик реабилитации пациенток после омолаживающих операций на лице, основанных на оценке качества их жизни.

Материалы и методы: обследовано 52 пациентки после омолаживающих операций на лице. Из них 32 выполнена блефаропластика верхнего и нижнего века. Средний возраст составил 39,5 года. 20 пациенткам проводилась операция фейс–лифтинга и SMAS–техники, средний возраст составил 43,5 года. Для изучения особенностей качества жизни пациенток на дооперационном этапе использовались оригинальные психологические тесты BIQLI и SIBID, представляющие собой опросник, позволяющий количественно измерить положительное или отрицательное влияние внешнего вида на качество жизни, оценить негативные эмоции, связанные с внешним видом в контексте определённых жизненных ситуаций. Анализировалось психоэмоциональное состояние пациенток перед хирургическим вмешательством на основе клинических наблюдений, с использованием методики экспресс–оценки психоэмоционального состояния пациентов. Дифференцировали 5 основных типов психоэмоциональной реакции на предстоящее оперативное вмешательство (астенический, депрессивный, тревожный, ипохондрический, истерический), а также степень выраженности этих реакций. Анализ данных проводился с использованием автоматизированной информационной системы (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №2007612253).

Результаты: в исследуемой группе выявлена категория пациенток (30,7%) с пограничной личностной организацией с признаками для неё нарциссическими и депрессивно–фобическими аспектами. Эстетическая операция рассматривается такими пациентками, как способ выхода из депрессии, для них характерны неэффективные копинг–стратегии, желание изменить глобальные жизненные ситуации путём внешних изменений. В предоперационном периоде такие пациентки нуждаются в диагностике дисморфофобий и соматоформного расстройства, а после проведения операции в когнитивно–поведенческой психотерапии, так как любое, даже самое удачное хирургическое вмешательство вместо позитивного изменения эмоционального состояния может привести к ухудшению психологического статуса.

Статистическая обработка полученных данных выявила следующее распределение психотипов в исследуемой группе: астенический — 26,3%; депрессивный — 15,8%; тревожный — 42,1%; истерический — 10,5%. Построена линейная регрессионная модель, позволяющая прогнозировать сроки реабилитационного периода в зависимости от психоэмоционального состояния пациента (с вероятностью 95%); используя формулу $Y=2,25+2,8 \cdot X$, где Y — сроки реабилитации, X — тип психоэмоционального состояния (1 — тревожный; 2 — астенический; 3 — истерический; 4 — депрессивный; 5 — ипохондрический).

У пациенток с преобладанием тревожности дерматологическая реабилитация в ранний послеоперационный период более успешна, сроки полного восстановления тканей в среднем составляли 5,5 суток. Такие пациенты выполняли необходимые рекомендации хирурга и дерматокосметолога в полном объёме, не прибегали к самолечению и в дальнейшем становились постоянными пациентами косметологического отделения. При депрессивном психотипе дерматологическая реабилитация составляла 14,5 суток, что было связано с негативным настроением пациентки на лечение, отсутствием веры в успех, неадекватными ожиданиями эстетического результата, завышенными требованиями к своей внешности.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психологического тестирования пациентов эстетической хирургии, что является одним из факторов, позволяющих прогнозировать течение послеоперационного периода и эффективность дерматологической реабилитации.

III. МИКОЛОГИЯ

Дифференцированные подходы к лечению распространенных микозов кожи и ногтевых пластинок

Дубенский В.В., Гармонов А.А.

Тверская ГМА, г. Тверь

Цель: определение показаний и эффективности применения отечественного системного антимикотика «Румикоз» (итраконазол) в лечении микозов кожи и онихомикозов и обоснованности комплексного лечения с применением иммуномодулятора и ангиопротектора.

Материалы и методы: под нашим наблюдением были 335 больных с микозами кожи и онихомикозом кистей и стоп. Поражение гладкой кожи обусловлено грибами *Malassezia furfur* (71 больной) и *Tr. Rubrum* (56 больных). Сочетание поражений кожи стоп и ногтевых пластинок отмечено у 95% больных, что обосновало одновременное лечение поражений кожи и онихомикозов. Нормотрофический тип онихомикозов выявлен у 7,7% больных, атрофический и гипертрофический — у 10,2% и 82,1% соответственно.

Микробиологическое исследование выявило у 84,2% больных *Tr. Rubrum*, у 10,5% — *Tr. Mentha-grafytes*, у 13,4% — недерматофитные плесени.

У больных с поверхностными микозами определялись нарушения потоотделения с изменением Ph кожи, нарушения клеточного иммунитета (снижение CD₃ до 8%, CD₄ до 41%, ИРИ до 0,79).

Обследование больных с онихомикозами кистей позволило выявить деструктивно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника (С₅–С₇ сегментах), что коррелировало с выраженностью нарушений на реовазограмме. Исследования сосудов нижних конечностей установили нарушения сосудистого гемостаза (определялось с помощью ангиографии) и дисбаланс тромбоцитарной агрегации. При исследовании спонтанной агрегации у 70% больных выявлялась гипофункция тромбоцитов, а в 26,3% — гиперфункция.

В лечении поверхностных микозов — отрубевидного лишая (71 больной) и рубромикоза (56 больных) использовали Румикоз (итраконазол) в суточной дозе 200 мг, курсовая доза 3,0; в группах сравнения (соответственно 30 и 26 больных) применяли Т-активин по 100 мг в течение 10 дней.

В лечении онихомикозов Румикоз применяли в суточной дозе 400 мг (2 приема по 200 мг), на курс 3,0 (30 капсул). При онихомикозах кистей больные получали 2 тура лечения, при поражении ногтевых пластинок стоп — 4 тура, с трехнедельным интервалом. В группах наблюдения 56 больных с онихомикозом кистей и 62 с онихомикозом стоп, лечение проводилось в виде монотерапии, а в группах сравнения (50 и 40 больных соответственно) — сочетали Румикоз с назначением ангиопротекторов (детролекс, трентал и др.).

Результаты: переносимость лечения была хорошая, лишь 3,3% пациентов при первом туре лечения испытывали диспептические явления. Перерыв в лечении на 1–2 дня приводил к разрешению нежелательных симптомов. Осмотр больных проводился врачом перед назначением очередного тура лечения, исследовались показатели крови, мочи.

В результате излечение наступило у 93% больных отрубевидным лишаем и 91% рубромикозом, в группах сравнения результаты были аналогичными.

В результате терапии — излечение 87,7% больных с онихомикозом кистей в группе наблюдения и 90,5% — больных получавших комплексную терапию с ангиопротекторами. Больные с онихомикозами и поражением кожи стоп в группе наблюдения излечены в 84,3%, в группе сравнения получавших комплексную терапию с ангиопротекторами — 89,2%.

Выводы: эффективность Румикоза в предложенных схемах лечения отрубевидного лишая и рубромикоза гладкой кожи составила 93% и 91%. Применение иммуномодулятора не повлияло на результаты терапии. Излеченность онихомикозов кистей составила 87,7%, при монотерапии и в комплексе с ангиопротектором — 90,5%; онихомикозов стоп — 84,3%, с ангиопротектором 89,2%, что указывает на обоснованность применения комплексного лечения.

Эффективность крема пимафукорта и пимафуцина при кандидозно-дерматофитных инфекциях кожи

Белуsoва Т.А.

ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель: изучить терапевтическую эффективность, переносимость и безопасность наружного антимикотика натамицина — активной субстанции крема пимафуцина и пимафукорта у больных с кандидозно-дерматофитным поражением складок кожи. Данная локализация грибкового процесса часто сопровождается присоединением бактериальной инфекции и экзематизацией, что создаёт необходимость одновременного местного применения антибиотиков и глюкокортикостероидов. Сочетание натамицина с антибиотиком широкого спектра неомицином и мягким топическим стероидом гидрокортизоном в препарате пимафукорт позволяет активно использовать его при смешанных бактериально-микотических процессах, сопровождающихся воспалением и зудом.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 32 пациента: 19 женщин и 13 мужчин (средний возраст — 45,8 лет). По диагнозам больные распределялись следующим образом: микоз крупных складок — 13 больных, кандидозная паронихия — 10, кандидоз межпальцевых складок — 9. Во всех случаях клинический диагноз подтверждался данными микроскопии. У 9 пациентов с поражением крупных складок и у 6 с поражением межпальцевых складок грибковый процесс сопровождался пустулизацией и экзематизацией. Этим пациентам лечение начинали с нанесения 2 раза в день крема пимафукорта до ликвидации гнойно-воспалительных явлений. В среднем этот этап терапии составлял 7–10 дней. Затем переходили на применение крема пимафуцин с той же кратностью ещё 2–3 недели. При отсутствииотягощающих факторов терапию начинали с применения крема пимафуцин 2 раза в неделю на протяжении 3–4 недель в зависимости от выраженности кожного процесса. Выраженность клинической симптоматики и зуда оценивали еженедельно. По окончании лечения всем больным проводилось повторное микологическое исследование.

Результаты: положительная динамика по всем оцениваемым клиническим критериям наблюдалась уже в первую неделю лечения, и терапевтический эффект нарастал на фоне проводимой терапии. На 7–8-й день применения крема пимафукурта активно регрессировали воспалительные изменения кожи в виде яркой гиперемии, отёчности, пустулизации и зуда. Последующее применение пимафуцина способствовало дальнейшему угасанию воспалительных изменений в очагах поражения кожи и приводило к полному исчезновению гиперемии, папуло-пустулёзных элементов, шелушения и зуда. В целом по группе клинико-микологическое излечение было достигнуто у 89% больных. Наилучшие результаты были получены у больных с кандидозом межпальцевых складок и околоногтевых валиков. Все пациенты отмечали хорошую переносимость крема пимафуцина и пимафукурта и высоко оценили его текстуру, быструю впитываемость, что особенно важно при проведении терапии в амбулаторных условиях. В процессе проведения терапии кремом пимафуцин и пимафукурт каких-либо побочных эффектов и осложнений, в том числе и аллергических реакций, не отмечалось.

Выводы: натамицин обладает активным антимикотическим действием в отношении наиболее распространённых возбудителей грибковых инфекций кожи: дрожжей и дерматофитов и высоким профилем безопасности. При применении его в виде крема (крем пимафуцин) клинико-микологическое излечение было достигнуто у 89% больных кандидозно-дерматофитийными инфекциями кожи. Комбинация натамицина с неомицином и гидрокортизоном (крем пимафукурт) усиливает противовоспалительное действие препарата и расширяет его терапевтические возможности применения при смешанных бактериально-грибковых инфекциях и экзематизации. Кремы пимафуцин и пимафукурт обладают широким спектром противогрибковой активности, хорошо переносятся, не вызывают побочных эффектов, обладают прекрасными косметологическими свойствами и могут использоваться в лечении широкого контингента больных, в том числе детей, беременных, лиц пожилого и старческого возраста.

Ультраструктура порового аппарата септ клеток вегетативного мицелия у некоторых видов дерматомицетов, выращенных *in vitro*

Васильева Н.В., Степанова А.А., Разнатовский К.И., Савицкая Т.И.
НИИММ им. П.Н. Кашкина СПб МАПО, г. Санкт-Петербург

Цель: на примере трех видов дерматомицетов из рода *Trichophyton* провести анализ ультраструктуры порового аппарата септ (ПАС) клеток вегетативного мицелия, выращенных *in vitro*.

Материалы и методы: исследовали электронно-микроскопическую структуру ПАС клеток вегетативного мицелия у штаммов трех видов дерматомицетов: *T. mentagrophytes var. interdigitale* Blanchard (РКПГФ–1212), *T. violaceum* Sab. (РКПГФ–1211) и *T. rubrum* Castell. Semon (РКПГФ–1209) из коллекции НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина СПб МАПО Росздрава, выделенных от больных онихомикозом. Культуры грибов выращивали на агаризированной среде Чапека в термостате при 27 °С и исследовали через 5, 10, 20 и 30 дней после посева.

Результаты: *T. mentagrophytes var. interdigitale* — септы однослойные клиновидные светлые. Толщина септ составляла 0,13 (0,10–0,15) мкм. Пора в центре септ диаметром 0,05 (0,05–0,07) мкм. Число телец Воронина от 3 до 5; диаметр их составлял 0,07 (0,06–0,09) мкм. Они сферической формы, умеренной электронной плотности с четко выраженной внутренней кристаллической структурой. По мере старения клеток мицелия тельца Воронина из ПАС исчезали; просвет септальной поры закупоривался темной гомогенной пробкой в форме шкива.

T. violaceum — септы однослойные клиновидные светлые толщиной 0,15 (0,13–0,17) мкм. Септальная пора диаметром 0,10 (0,08–0,12) мкм. Тельца Воронина в числе от 1 до 4, диаметр их равен 0,14 (0,12–0,16) мкм. Форма телец сферическая, содержимое — гомогенное, низкой электронной плотности. Тельца Воронина исчезали из состава ПАС стареющих клеток гиф мицелия, в содержимом таких септальных пор появлялись темные крупные пробки разнообразной формы.

T. rubrum — септы однослойные клиновидные светлые толщиной 0,04 (0,03–0,05) мкм. Диаметр пор в них \approx 0,12 (0,10–0,14) мкм. Тельца Воронина в числе от 1 до 7, их диаметр \approx 0,17 мкм (0,15–0,20) мкм. Форма телец Воронина сферическая или эллипсоидальная; содержимое — гомогенное, высокой электронной плотности. В ПАС стареющих клеток гиф мицелия тельца Воронина отсутствовали; в содержимом септальной поры выявлялась тонкая гомогенная пробка.

Выводы: качественные признаки ультраструктуры септ были идентичными для клеток мицелия анализируемых видов дерматомицетов. Компонентами ПАС клеток мицелия изученных видов были тельца Воронина и пробки. Диаметр телец Воронина для ПАС каждого отдельно взятого вида дерматомицета всегда превышал аналогичный септальной поры. Изученные виды существенно различались друг от друга по числу телец Воронина и характеру их содержимого. Особенности строения ПАС имеют определенное значение для идентификации данных видов дерматомицетов в тканях хозяина.

Фунготербин в лечении грибковой инфекции стоп у больных микотической экземой

Есенин А.А., Введенская Э.В.
ЯГМА, г. Ярославль

Цель: оценить эффективность лечения грибковой патологии стоп у пациентов с микотической экземой (МЭ) нижних конечностей.

Материалы и методы: объект исследования — 48 человек (I группа) в возрасте от 29 до 65 лет (средний возраст 49,2±2,8 лет), из них 28 женщин и 20 мужчин. Длительность течения МЭ составляла в среднем 10,7±0,9 лет; частота обострений — в среднем 2,3±0,4 раза в год. Полная ремиссия на протяжении всего срока заболевания имела место у 29 больных (60,4%), её длительность — в среднем 11,2±1,6 месяца. У 11 больных (23,9%) полная ремиссия отсутствовала. Локализация процесса только на коже стоп и голеней отмечалась у 9 человек (8,7%), у 39 (81,3%) имели место распространенные аллергические высыпания на бёдрах, кистях, предплечьях, лице. Поражение кожи при микозе стоп (МС) у 35 больных (72,9%) носило сквамозно-гиперкератотический характер, у 13 (27,1%) — экссувативный. У 43 пациентов (89,6%) одновременно отмечались те или иные проявления онихомикоза (ОМ) преимущественно гипертрофического характера (у 38): дистально латеральный вариант — у 28 (65,1%), тотальный — у 12 (27,9%), поверхностный — у 3 (7,0%). Поражения 1–5-ногтевых пластинок отмечалось у 23 человек (53,5%), 6–10 — у 11 (25,6%), 11–15 — у 6 (14,0%), 16–20 — у 3 (6,9%). Длительность заболевания колебалась от 10 месяцев до 34 лет, в среднем 12,9±2,3 года. Этиологический диагноз подтверждался микроскопически и культурально, при этом в 73,5% случаев причиной заболевания были дерматофиты, в 12,6% — дрожжевые грибы, в 6,4% — плесневые, в 7,5% — смешанная флора.

Лечение ОМ и МС проводили фунготербином (тербинафином) по 250 мг в сутки 12 недель и кремом фунготербин 1 раз в сутки 2 недели. Лечение МЭ проводили стандартными методами. Группу контроля (II) составили 24 больных соответствующего возраста, пола и давности заболевания, не получавших системную антимикотическую терапию. Эффективность лечения оценивали клинически по срокам разрешения проявлений МЭ, МС и ОМ, микроскопически и культурально в отношении МС и ОМ, частоте рецидивов МЭ, длительности и качеству ремиссий. Срок наблюдения — 5 месяцев.

Результаты: МЭ в обеих группах оказались примерно одинаковыми — полное разрешение процесса отмечалось у 74,6% больных в I группе и у 71,9% во II, $P > 0,05$, значительное улучшение у 22,8% и 24,2% соответственно, $P > 0,05$, однако основные клинические проявления проходили в I группе быстрее, чем во II в среднем на $3,7 \pm 0,6$ дня, $P < 0,05$, что привело к сокращению сроков временной нетрудоспособности на $2,3 \pm 0,8$ дня, $P < 0,05$. У всех 48 больных МС, получавших фунготербин внутрь, отмечалось клиническое выздоровление, тогда как после проведения только местной терапии шелушение и зуд в межпальцевых промежутках сохранялись у 4 из 28 больных, $P < 0,05$. Средние сроки исчезновения основных симптомов при сквамозно-гиперкератотическом типе составили в I и II группе $18,7 \pm 1,9$ дня и $1,5 \pm 1,2$ дня соответственно ($P < 0,05$), при экссудативном типе мокнутие прекратилось через $4,9 \pm 0,6$ и $4,6 \pm 0,7$ дня соответственно ($P > 0,05$).

При поражении ногтей полное клиническое излечение на фоне системной терапии отмечалось у 18 из 43 больных (40,2%), значительное улучшение, оценивающееся как отрастание более 50% площади здорового ногтя, — у 11 (27,0%), улучшение, при котором началось отрастание здорового ногтя, — у 10 (23,2%). У 4 больных (9,6%) с тотальным поражением большинства ногтей пластинок и сопутствующей сосудистой динамикой не наблюдалось. Таким образом, общий положительный клинический результат составил 90,4%. Отсутствие возбудителя при микологическом исследовании, проведенном через 2 месяца после окончания лечения, отмечено в 86,7% случаев. Эффективность лечения зависела от этиологического фактора: при дерматофитной природе возбудителя клиническое излечение и значительное улучшение отмечалось у 78,3% больных, тогда как в остальных случаях — только у 46,8%, $P < 0,05$. Контрольный осмотр через 2 месяца после окончания системной антимикотической терапии (соответствует 5,5 месяца после лечения МЭ) продемонстрировал состояние полной ремиссии у 40 из 48 пациентов (83,1%), что существенно выше по сравнению как с контрольной группой — у 16 из 24 (66,6%, $P < 0,05$), так и с этой же группой по анамнестическим данным, т.е. без проведения сопутствующей противогрибковой терапии — у 76,1%, $P < 0,05$. В тех же случаях, когда отмечалось обострение, оно у большинства пациентов носило подострый ограниченный характер (стопа, голень): 43,6% по сравнению с 8,7% у тех же больных в предшествующий период ($P < 0,05$).

Все пациенты хорошо переносили антимикотическую терапию, лишь у 2 отмечалась кратковременная болезненность в области желудка, а у 3 — преходящие расстройства вкусовых ощущений.

Выводы: включение в программу лечения микотической экземы противогрибковых препаратов способствует более быстрому разрешению основных проявлений заболевания, сокращению сроков временной нетрудоспособности, повышению качества и частоты ремиссии. Использование фунготербин с этой целью оправдано удобством применения, практически полным отсутствием нежелательных эффектов и хорошими результатами терапии микозов стоп и онихомикозов.

Роль пиококков в развитии аллергических реакций у больных микозом стоп, обусловленным *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*

Леуцкалюк Ю. Ф.
ОргМА, Оренбург

Цель: изучить роль вторичной пиогенной инфекции в возникновении и течении вторичных аллергических реакций у больных микозом стоп, вызванным *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*.

Материалы и методы: клиническое и бактериологическое обследование 63 больных микозом стоп, вызванным *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. Больные страдали интертригинозной, дисгидротической или смешанной формой микоза стоп.

Результаты: 65 обследованных больных были распределены на 2 группы — первая состояла из 42 человек, у которых были вторичные пиогенные осложнения, склонные к распространению процесса за пределы основных очагов поражения, а у 23 больных второй группы они отсутствовали. Клинические формы осложнений распределились следующим образом: импетиго было у 21 больного, лимфангит — у 7, лимфаденит — у 9, фолликулиты — у 3, фурункулы — у 2, панариций — у 3, гидраденит — у 2, рожистое воспаление — у 1. Причем у некоторых пациентов наблюдались сочетания различных клинических форм осложнений.

Среди пациентов с пиогенными осложнениями аллергические высыпания были выявлены у 24 (57,1%), причем диссеминированные аллергиды с экзематизацией наблюдались у 11, в то время как у 23 больных без пиококковых осложнений вторичные аллергические высыпания были у 6 (26,1%), из них диссеминированные аллергиды наблюдались лишь у одного пациента.

Пиококковая флора изучена у всех 65 больных. Исследовано 65 первичных и 30 вторичных (аллергических) очагов и 65 участков здоровой кожи межпальцевой области. Исследования показали, что стафилококки (*Staphylococcus aureus*) постоянно обитают на пораженной и непораженной коже больных микозом стоп. Стрептококки (*Streptococcus pyogenes*) высевались в основном в ассоциации со стафилококками, преимущественно от больных микозом, осложненным пиодермией. Из 42 первичных очагов этой группы больных стрептококки выделены у 31 (73,8%), а из 24 вторичных аллергических очагов — у 13 (54,2%). У второй группы, состоящей из 23 больных микозом стоп без пиококковых осложнений, стрептококки высевались из первичных очагов поражения у 6 (26,1%). В этой же группе у 6 больных имелись вторичные аллергические высыпания, с поверхности которых стрептококки выделены в трех случаях (50,0%).

Такая разница в частоте и характере аллергических высыпаний может быть обусловлена лишь разной степенью сенсibilизации обеих групп больных. То есть с присоединением к микозу пиогенной инфекции возрастала сенсibilизация не только к грибам, но и к пиококкам. Пиогенные осложнения способствовали не только генерализации, но и экзематизации процесса. У многих больных наблюдалось эрозивное, а в дальнейшем и экзематизация очагов микоза, причем она значительно преобладала среди больных с пиогенными осложнениями и нарастала параллельно диссеминации процесса. Экзематизированные аллергиды протекали особенно упорно, с частыми обострениями и рецидивами. У отдельных больных они продолжали рецидивировать даже после исчезновения основного очага поражения.

Следует подчеркнуть, что стрептококки были выделены в три раза чаще с эрозивных и экзематизированных очагов, чем с других участков пораженной кожи. Так как стафилококки высевались почти со всех участков кожи, а стрептококки преимущественно с экзематизированных очагов, то, не отвергая значения *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* и

стафилококков, можно утверждать, что в развитии этих явлений ведущая роль принадлежит стрептококкам или их ассоциации со стафилококками.

Все это служит доказательством того, что вторично присоединившаяся пиогенная инфекция способна сенсibilизировать организм (моновалентная сенсibilизация переходит в поливалентную), т.е. экзематозная реакция, вызванная *Trichophyton mentagrophytes*, может усилиться и даже продолжаться после исчезновения возбудителя.

Выводы: осложняющая микоз стоп пиогенная инфекция, усиливает сенсibilизацию организма, способствует возникновению вторичных аллергических высыпаний вплоть до развития экземы. Возникновение вторичных аллергических сыпей у больных микозом стоп, осложненным пиодермией, обусловлено взаимодействием *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* и пиококков, преимущественно *Streptococcus pyogenes*, которые действуют в организме как синергисты.

Стёртые формы микозов стоп как одна из возможных причин генерализованного зуда кожи

Мельник А.П., Тверской Р.М., Яковлев И.М.

ГУЗ ОКВД № 4, г. Магнитогорск

Цель: изучение взаимосвязи и взаимообусловленности генерализованного зуда кожи (ГЗК) и кожной дерматофитиной аутосенсibilизации при субклинических (бессимптомных) формах микозов стоп.

Материалы и методы: обследованы с последующим лечением 26 больных с ГЗК. Мужчин — 21, женщин — 5 в возрасте от 46 до 67 лет. Длительность заболевания составила от 1 до 6 лет. С целью исключения висцеральной патологии проводили исследование общего анализа крови и мочи, глюкозы плазмы натощак, биохимических показателей функции печени и почек, состояния щитовидной железы, кала на яйца гельминтов. Исключали психогенный характер зуда, сенсibilизацию к лекарственным препаратам, паразитарные заболевания кожи, злокачественные новообразования. Проводили микологическое исследование (микроскопическое и культуральное). Определяли IgE иммуноферментным способом, НСТ-тест методом инкубации в термостате с раствором латекса, субпопуляции лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD20+, CD4+/CD8+) стрептовидинбиотиновым способом.

Результаты: комплексное обследование больных с ГЗК позволило установить наличие грибов в соскобах со стоп у 19 больных. При культуральном исследовании у 11 больных наблюдали рост *Tg.rubrum*, у 8 больных — грибов рода *Candida* при нормальных показателях клинических и лабораторных тестов на сопутствующую патологию. У 4 больных обнаружили патологию щитовидной железы, у 1 больного — сахарный диабет II типа, у 1 больного — нарушение со стороны пищеварительной системы, у 1 больного причину ГЗК установить не удалось. Обращает на себя внимание то, что наличие грибов в соскобах со стоп у практически здоровых пациентов не сопровождалось клиническими проявлениями микоза, однако наблюдали усиление аллергического компонента (IgE — $464,6 \pm 21,4$ МЕ/мл, при норме 0–150 МЕ/мл), снижение фагоцитоза, изменения иммунорегуляторного индекса. При назначении системных антимикотиков по известным схемам ГЗК полностью исчез у 17 больных через 2–3 недели от начала лечения, у 2 больных достигнуто клиническое улучшение без применения каких-либо дополнительных методов терапии. Остальные пациенты наблюдались у профильных специалистов.

Выводы: у больных с ГЗК без клинических признаков микоза в области стоп при лабораторном исследовании могут быть обнаружены грибы, что позволяет говорить о бессимптомной форме микозов стоп с явлениями кожной дерматофитиной аутосенсibilизации. Терапия таких больных короткими курсами системных антимикотиков (при условии исключения сопутствующей патологии) в большинстве случаев ведёт к клиническому выздоровлению.

Фунгицидный эффект фурукумаринов, активированных ультрафиолетовым излучением спектра А

Мошинин М.В., Яковлев А.Б.

НИИ медицинской биофизики МИФИ, г. Москва

Цель: получение подавления роста гриба *in vitro* при воздействии УФ-излучением в присутствии фурукумарина на суспензию из культуры гриба *Rhodotorula rubra*. Ультрафиолетовым излучением фурукумарин активизируется и приобретает способность соединяться с пиримидиновыми основаниями ДНК клетки гриба. В результате геном перестает нормально функционировать, и клетка погибает.

Материалы и методы: из культуры гриба *Rhodotorula rubra* приготавливалась суспензия на физрастворе. Затем проводилось облучение порции взвеси УФ-А-лучами с добавлением растворов фурукумаринов (5-метоксипсорален, 8-метоксипсорален); использовались официальные препараты — 0,3% раствор аммифурина, 0,25% раствор «анмарин». Контрольный опыт состоял из трех фаз: 1) порция суспензии, оставленная без воздействия, 2) порция суспензии с добавлением фурукумарина (без облучения), 3) порция суспензии, облученная УФ-А, без фурукумарина.

Опытная и три контрольные порции суспензии одновременно высевались на среду Сабуро и инкубировались при 32°C в течение 7 дней.

Результаты: в образцах суспензии, облученных УФ-А с добавлением фурукумаринов, рост гриба отсутствовал, в то время как в трех контрольных порциях наблюдался рост гриба *Rhodotorula rubra* разной интенсивности — от максимальной в контрольной порции, оставленной без воздействия, до минимальной в порции, облученной УФ-А.

Выводы: комбинированное воздействие УФ-А-лучами в присутствии фурукумарина обладает выраженным антимикотическим действием.

Оптимизация наружной терапии и профилактики поверхностных микозов кожи

Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б.

МГМСУ, г. Москва

Цель: оптимизация наружной терапии у больных рецидивирующими грибковыми заболеваниями кожи.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 18 до 60 лет с микозом кожи стоп и гладкой кожи, из них 22 женщины и 8 мужчин. При подробном сборе анамнеза было установлено, что продолжительность заболевания составляла от 3 до 12 лет, в среднем — 7,73. Таким образом, средняя продолжительность поверхностного микоза кожи свидетельствует о хронически рецидивирующем микотическом процессе у подавляющего большинства больных. Обострения у

наблюдавшихся пациентов регистрировались в летний период времени у 19 больных (63,3%), у остальных — 11 человек (36,7%) независимо от времени года.

Основной жалобой пациентов перед началом исследования являлось наличие высыпаний, зуда, шелушения и трещин. Индекс ДИШС составил $15,6 \pm 0,8$ балла, отражая клиническое течение микоза на уровне средней степени тяжести при выраженной воспалительной реакции, что проявлялось яркой эритемой с застойным синюшно-багровым оттенком и чёткими краями. У всех больных измерялся уровень гидратации и pH кожи, проводилась себометрия на аппарате «скин-о-мат». Средний уровень гидратации кожи стоп составил $27,03 \pm 0,7$ у.е. (норма более 45 у.е.), pH $6,34 \pm 0,7$ ед. — щелочная среда (норма 4,5–5,5 ед.) себометрии $0,2 \pm 0,03$ мкг/см² (норма 10–12 мкг/см²); средний уровень гидратации гладкой кожи составил $39,22 \pm 1,2$ у.е. (норма более 50 у.е.), pH $6,27 \pm 0,03$ ед. — щелочная среда (норма 4,5–5,5 ед.) себометрии $6,2 \pm 2,5$ мкг/см² (норма 13–15 мкг/см²). Таким образом, перед началом исследования было зарегистрировано снижение функции эпидермального барьера в поражённых участках, что выражалось в резко сниженных показателях среднего уровня pH-, корнео- и себометрии.

В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две равные группы: в 1-й группе (n=15) применялся крем травоген 2–3 недели 2 раза в день; во 2-й группе (n=15) было поэтапное применение крема травокорт 2 раза в день в течение 7–10 дней, далее крем травоген 7 дней, далее продукты лечебной косметики серии дардиа липо лайн в течение 1–2 месяцев.

Результаты исследования: микологическое излечение наступило у 23 пациентов, причём в первой группе у 8 (53,3%), во второй — у 15 пациентов (100%), что было подтверждено двукратным микроскопическим исследованием через 10 и 20 дней после окончания полного курса терапии.

При анализе динамики клинических проявлений микоза зарегистрировано снижение средних показателей индекса ДИШС в первой группе больных, где применялась монотерапия с применением крема травоген с $14,8 \pm 0,3$ до $8,7 \pm 0,1$, во второй группе (комбинированная поэтапная терапия) — с $16,4 \pm 1,2$ до $0,9 \pm 0,02$. Во второй группе больных, где проводилась комбинированная терапия с поэтапным применением травокорта, травогена и лечебных косметических препаратов дардиа липо лайн нормализовались показатели, характеризующие состояние эпидермального барьера кожи, в сравнении с группой, где проводилась монотерапия кремом травоген.

Рецидивирование дерматомикоза через три месяца от окончания лечения в первой группе наблюдалось у 9 больных (60%), и ни одного случая во второй группе, что подтверждает необходимость применения лечебных косметических средств для восстановления функции эпидермального барьера, гидратации кожи и, как следствие, профилактики реинфекции и рецидивов дерматомикоза.

Выводы: на основании результатов проведённого клинико-лабораторного исследования рекомендовано поэтапное использование кремов травокорт, травоген и лечебной косметики дардиа липо лайн в качестве комбинированной наружной терапии при лечении и профилактики дерматомикозов.

Комплексное лечение хронического генерализованного гранулематозного кандидоза

Родин А.Ю.

ВолГМУ, г. Волгоград

Цель: обоснование комплексного подхода к лечению хронического кандидоза.

Материалы и методы: описание клинического случая. Больная П. 17 лет. Направлена на консультацию на кафедру дерматовенерологии ВолГМУ с диагнозом распространённая микробная экзема.

Из анамнеза: болеет с годовалого возраста, когда был выставлен диагноз кандидоз складок. Течение заболевания практически непрерывное с кратковременными ремиссиями. При осмотре: кожа вокруг наружных слуховых проходов, слизистой носа, наружных углов глазных щелей, под молочными железами, в подмышечных впадинах, на наружных гениталиях, перианальной области застойно гиперемирована, частично покрыта серозно-гнойными корками, белым крошковатым налётом. Из наружного слухового прохода, полости носа, влагилица слизисто-гнойное отделяемое, по периферии очагов папуло-везикулёзные элементы, мокнутие. На слизистой полости рта обильные белесоватые наслоения, эрозированные участки, язык увеличен в размерах, имеются глубокие складки и трещины, отпечатки зубов. Волосы на волосистой части головы истончены, отмечается диффузное поредение, на коже — выраженное шелушение, серозно-геморрагические и гнойные корки, папуло бугорковые элементы размером до полугорошины, фолликулиты. Ногтевые валики кистей и стоп утолщены, гиперемированы с синюшным оттенком, из-под валиков — умеренное серозно-гнойное отделяемое. Ногтевые пластинки деформированы, серовато-коричневого цвета. При обследовании: в общем анализе крови — гипохромная анемия, лейкопения, СОЭ — 29 мм/час., общий анализ мочи — без особенностей, за исключением обнаружения дрожжеподобных грибов. На основании данных иммунограммы иммунологом сделано заключение: иммунодефицитное состояние с нарушением макрофагального звена. Со всех очагов на коже, слизистой полости рта, вагины, прямой кишки обнаружены дрожжеподобные грибы, идентифицированные как *Candida albicans*. На основании клинической картины, анамнеза и лабораторных данных выставлен диагноз: генерализованный гранулематозный хронический кандидоз, микотическая экзема. Проведено лечение: витамины В₁, В₂, аскорбиновая кислота, глюконат кальция, нуклеинат натрия, метилурацил, апилак, глицерофосфат железа, задитен. Из системных антимикотиков широкого спектра действия использовался фунготербин (тербинафин), назначенный по 0,25 г. (1 таблетка) в день. Местная терапия включала в себя обработку очагов водными растворами анилиновых красителей и крем фунготербин. На очаги мокнутия — влажно-высыхающие примочки с 2% борной кислотой.

Результаты: в результате проводимого лечения мокнутие прекратилось, через 2 недели очаги на коже практически разрешились, оставив застойную гиперемию. С кожи дрожжеподобные грибы не выделены, однако со слизистых оболочек *C. albicans* продолжали определять. Приём фунготербина был продолжен в течение 6 месяцев с параллельным периодическим приёмом поливитаминового комплекса мультитабс (комплекс В), ферроплекса, глицирама. Достигнута клиническая ремиссия, в настоящее время больная продолжает лечение.

Выводы: таким образом, по нашему мнению, комплексный подход (использование иммуномодуляторов, системных и местных антимикотиков, общеукрепляющих препаратов, устранение сопутствующей патологии) эффективен при лечении кандидоза кожи и слизистых оболочек и может быть рекомендован в комплексной терапии хронического генерализованного гранулематозного кандидоза.

Особенности микотического поражения ногтей у больных псориазом

Свиридова К.В., Васильева Н.В., Корнишева В.Г.

Кафедра дерматовенерологии, НИИ медицинской микологии им. Кашкина ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава, г. Санкт-Петербург

Цель: изучение микотического поражения ногтей и типа ониходистрофий при различных формах псориаза.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 123 больных псориазом, имеющих измененные ногтевые пластины. Большим было проведено комплексное обследование, включающее микологическое исследование.

Результаты: при посеве ногтевых чешуек получен рост грибов у 61% больных, из которых у 33,3% выявлен онихомикоз. У 26% пациентов онихомикоз был обусловлен *T. rubrum*, который нередко выявлялся в ассоциации с плесневыми и дрожжеподобными грибами. Онихомикоз, вызванный *T. rubrum*, чаще встречался у больных с распространенной формой псориаза (55%) и псориазическим артритом (29,3%). Кандидозные паронихии и онихии выявлены у 7,3% больных псориазом. При экссудативной форме дерматоза грибы рода *Candida* чаще, чем при других формах псориаза, осложняли псориазические онихии (27,8%). Миконосительство выявлено у 27,7% обследованных (плесневые и дрожжеподобные грибы).

Выводы: с тяжестью псориазического процесса возрастала частота поражения ногтевых пластин, а также чаще выявлялись онихомикоз и миконосительство, осложняющие псориазические онихии. Поэтому при упорном течении псориаза показано проведение микологического исследования пораженных ногтей для исключения онихомикозов.

Комбинированный метод лечения онихомикоза стоп

Торбина О. В., Аюпова Д.Р.

КГМА, г. Казань

Цель: разработка комбинированного метода лечения онихомикозов стоп и оценка его эффективности.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 36 больных, страдающих микозом стоп в сочетании с онихомикозами (мужчин — 21, женщин — 15) в возрасте от 26 до 67 лет с давностью микотического процесса от 1,5 до 30 лет. Из них было 6 пенсионеров, 16 — рабочих, 11 — служащих, 1 — студент и 2 — предпринимателя. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинической картины заболевания, субъективных расстройств и параклинических исследований — микроскопического и культурального методов диагностики микозов. Наблюдаемые больные были с дистально-латеральной, субтотальной, тотальной формами поражения, с выраженным в той или иной степени гиперкератозом. Количество пораженных ногтевых пластин от 3 до 10. При культуральном исследовании патологического материала с ногтевых пластинок у всех больных были выявлены грибы рода *Trichophyton* и с различной частотой к ним присоединялись *Malasszeria furfur* (22,2%), *Candida* spp. (16,7%), плесневые грибы (5,5%).

Результаты: больным с онихомикозом в качестве этиологической системной терапии назначали тербинафин в дозе 0,25 г 1 раз в сутки вне зависимости от еды не менее 3 месяцев. У 2 больных по клиническим и параклиническим показаниям терапия продлилась до 4 месяцев. Тербинафин сочетался с назначением специального драже Мерц (по 1 др. 2 раза в день) месячными циклами с перерывом в 1 месяц, начиная с первого месяца этиологической терапии (не менее 2 циклов за весь срок лечения). Для снятия гиперкератоза в области пораженных ногтевых пластин пользовались кератолитическими пластырями. Дезинфекцию обуви проводили в 2 этапа (промежуточный и заключительный) по общепринятым методикам.

Выводы: в результате комбинированной терапии больных онихомикозом стоп у 35 пациентов было достигнуто клиническое и микологическое выздоровление с формированием гладких, ровных и блестящих ногтевых пластин. У одного больного сохранялась небольшая деформация ногтевых пластин в виде линий Бо.

Опыт комплексной терапии онихомикоза у детей младшего возраста

Хабирова Р.Х., Дукович Е.В., Титугина А.Ю., Белов О.Ю., Табашникова А.И.

ОКВД, г. Самара

Цель: показать необходимость назначения комплексной терапии для лечения онихомикоза у детей раннего возраста.

Материалы и методы: на базе Самарского областного кожно-венерологического диспансера было обследовано 16 детей в возрасте от 8 месяцев до 5 лет с диагнозом онихомикоз. У всех пациентов отмечалось тотальное поражение одной или нескольких ногтевых пластинок с гиперкератозом разной степени выраженности.

В анамнезе у 11 больных один из родителей был болен микозом стоп, у 5 больных поражению предшествовала травматизация ногтевой пластинки.

Диагноз был подтвержден микроскопическим и культуральным методами, путем исследования материала с пораженных ногтевых пластинок. При культуральном исследовании были выявлены следующие возбудители: *Candida albicans* обнаружили у 6 человек, *Trichophyton rubrum* — 7 человек, *Trichophyton mentagrophytes* — 3 человек.

Лечение онихомикоза проводилось системными антимикотиками. В зависимости от возраста пациента и культуры грибка выделенного с ногтей назначались препараты тербинафина или флуконазола. Дети массой тела до 20 кг получали тербинафин 62,5 мг ежедневно, от 20 до 40 кг — 125 мг в сутки. Флуконазол назначался из расчета 3 мг на 1 кг веса 1 раз в неделю. Курс лечения данными препаратами составлял от 2 до 3 месяцев.

На фоне системных антимикотиков у детей с гиперкератическим поражением ногтевых пластинок проводилась аппаратная чистка ногтевого ложа 1 раз в 3 недели двукратно.

Одновременно всем пациентам назначали наружную терапию препаратами клотримазола.

Результаты: через два месяца от начала лечения у всех детей отмечалась положительная динамика — здоровая зона роста составила около х-ногтевой пластинки. При контрольном осмотре через 2 месяца после окончания лечения наблюдалось клиническое и микологическое излечение у всех пациентов.

Выводы: на основании наших наблюдений рекомендуем применение комбинированной терапии для лечения онихомикоза у детей раннего возраста.

Показания к назначению тербинафина: новые возможности

Чеботарёв В.В.

СтГМА, г. Ставрополь

Цель: расширение показаний к назначению тербинафина (ламизила) больным онихомикозом на основании современных исследований.

Материалы и методы: данные зарубежной, отечественной литературы и собственные наблюдения, свидетельствующие о воздействии тербинафина на плесени и грибы рода кандиды — микробиологические и клинические данные.

Результаты: считают, что при отсутствии возможности культурального исследования на грибы следует назначать итраконазол, оказывающий действие на весь диапазон грибов, вызывающих онихомикоз. Однако современные исследования свидетельствуют о том, что тербинафин не уступает в этом отношении итраконазолу.

Ещё в 1998 г. J. Torres–Rodriguez et. al. при определении чувствительности к системным антимикотикам плесневого гриба *Aspergillus versicolor* (гризеофульвин, флуконазол, амфотерицин В, кетоконазол, итраконазол, тербинафин) установили наибольшую чувствительность к ламизилу.

Н.В. Кожичкина [2005] определяла чувствительность выделенных культур плесеней (в том числе *Scopulariopsis brevicaulis*) к системным антимикотикам. Максимальная задержка роста у всех плесеней была отмечена на ламизил. Микробиологические исследования подтверждены клиническими. А. Gupta, Т. Gregures–Novac [2001] изучили эффективность системных антимикотиков через 12 месяцев после начала лечения онихомикоза стоп, вызванного *Scopulariopsis brevicaulis*. Наиболее эффективными были тербинафин и итраконазол.

Публикация С.А. Буровой и соавт. [2001] подтвердила влияние ламизила на *Candida albicans* и *Penicillium spp.*

Наши исследования также установили более высокую эффективность лечения ламизилом онихомикоза стоп и кистей при эмпирическом его назначении в сравнении с итраконазолом (56 пациентам основной группы и 28 — группы сравнения).

Выводы: данные литературы и собственные наблюдения свидетельствуют о достаточной антимикотической активности ламизила по отношению к плесеням и *Candida albicans*, клинической эффективности, не уступающей итраконазолу, что расширяет показания к назначению тербинафина при отсутствии возможности культурального обследования на грибы.

Опыт применения токов д'Арсонваля при торпидном течении микроспории

Шахматова С. Р.

РКВД, г. Уфа

Цель: показать целесообразность включения токов д'Арсонваля в комплексную терапию при торпидном течении микроспории.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 3 до 7 лет с торпидным течением микроспории, вызванной *Micrrosporum canis*, в том числе у 4 — микроспория волосистой части головы, у 13 — микроспория гладкой кожи с поражением пушковых волос.

Данная группа пациентов получала традиционное комплексное лечение (системные антимикотики, витаминотерапия, иммуномодуляторы, ангиопротекторы). Проводилось лечение сопутствующей патологии, наружная терапия местными антимикотическими средствами.

Несмотря на терапию к окончанию курса лечения (к 4–5 неделям), в результатах исследования на грибы обнаруживались споры микроспорума в пораженных волосах и наблюдалось люминесцентное зеленое свечение в очагах поражения при обследовании лампой Вуда.

С целью ускорения санации очагов микроспории на фоне традиционной терапии была назначена физиотерапия в виде дарсонвализации.

Физиологическое действие дарсонвализации заключается в раздражении рецепторов кожи и рефлекторных ответных реакциях — расширение сосудов, усиление кровообращения, повышение тканевого обмена, улучшение трофики тканей, что способствует лучшему всасыванию антимикотиков системного и наружного действия. Искровой разряд вызывает деструкцию оболочек микроорганизмов и их дальнейшую гибель.

Дарсонвализацию мы проводили на аппарате «Искра–1» грибовидным электродом, средней мощностью в течение 3–5 минут на коже. На курс — 7–10 ежедневных процедур.

Результаты: после проведения лечения у всех пациентов с торпидным течением микроспории в очагах поражения отсутствовало люминесцентное свечение и получены трехкратные отрицательные результаты при исследовании на грибы.

Выводы: таким образом, при торпидном течении микроспории считаем целесообразным включать в комплексную терапию токи д'Арсонваля.

IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

К вопросу об остроконечных кондиломах уретры

Абдрахманов Р. М.
КГМУ, г. Казань

Цель: изучить распространенность остроконечных кондилом уретры и особенности их локализации у пациентов дерматовенерологического приема.

Материалы и методы: обследовано 1 485 пациентов, из них у 68 диагностирован кондиломатоз уретры. Из методов лабораторной диагностики применялась полимеразная цепная реакция, из методов инструментальной диагностики — сухая уретроскопия.

Результаты: в возрасте от 18 до 25 лет было 24 больных, от 24 до 30 лет — 38 больных, от 31 до 38 лет — 6 больных.

Только у 3 больных уретральная локализация кондилом сочеталась с экстрауретральной локализацией (кожа крайней плоти, головка полового члена). У остальных 65 больных эти структуры вегетировали только в мочеиспускательном канале.

Кондиломы располагались: у 2 пациентов на протяжении всего мочеиспускательного канала, т.е. от наружного отверстия уретры до шейки мочевого пузыря; у 18 — на протяжении всей передней уретры (диффузный кондиломатоз), у 28 — в губчатом отделе передней уретры (распространенный кондиломатоз), у 20 — на протяжении головчатого отдела уретры (ограниченный кондиломатоз).

У 38 из 68 больных эндоуретральные кондиломы сочетались с длительно существующими уретритами: трихомоназными (у 11 больных), неспецифическими (у 27 больных). У остальных пациентов уретрита не было диагностировано.

Выводы:

1. Кондиломатоз уретры поражает в основном людей молодого возраста (от 18 до 38 лет).
2. В 56% случаев кондиломатоз сочетается с уретритом.
3. Наиболее часто кондиломатозом поражается губчатый отдел уретры (41%).

Целесообразность уретроскопии при лабораторном выявлении папилломавирусной инфекции

Абдуев Н.К.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: улучшение диагностики и удаление эндоуретральных новообразований папилломавирусной этиологии у мужчин.

Методика: обследованы 23 мужчины, обратившиеся по рекомендации врача или самостоятельно как половые партнеры женщин, с установленным диагнозом аногенитальные бородавки, при том что ни у одного из пациентов визуально не обнаружены высыпания на коже половых органов. У 14 пациентов методом полимеразной цепной реакции в материале из уретры был выявлен вирус папилломы человека (ВПЧ). Всем 14 пациентам с целью исключения эндоуретральных новообразований была проведена передняя уретроскопия.

Результат: при обследовании у 5 пациентов выявлены эндоуретральные кондиломы. У 4 пациентов новообразования локализовались в дистальном отделе уретры на глубине 3–4 см и представляли собой мягкие, легко кровоточащие, единичные узелковые элементы (1–3 шт.) бледно-розового цвета, с зернистой поверхностью. У 1 больного высыпания были множественные, распространялись от ладьевидной ямки до мембранозного отдела уретры, часть элементов была относительно плотная. Это был единственный пациент, который жаловался на дискомфорт в уретре при мочеиспускании и изредка скудные выделения.

У всех пациентов проведено удаление новообразований. В последующем больным дважды с интервалом 1–1,5 месяца было проведено ПЦР исследование и уретроскопия. У всех пациентов при первом и повторном обследовании в соскобе со слизистой уретры выявлялись ВПЧ. У пациента со множественными образованиями отмечалось рецидивирование высыпаний, в связи чем проводилось неоднократное удаление кондилом, назначалась иммуномодулирующая и противовирусная терапия.

Вывод: мужчинам — половым партнерам женщин с диагнозом аногенитальные бородавки или у которых при самостоятельном обращении обнаружен лабораторно ВПЧ, необходимо проведение уретроскопического исследования, что позволяет своевременно обнаружить и удалить эндоуретральные кондиломы — тем самым снизить вероятность распространения инфекции.

Опыт микроволнового воздействия при комплексном лечении хронического уретрогенного простатита

Абдуев Н.К., Ковалык В.П., Бурцев О.А.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить эффективность микроволнового воздействия при комплексном лечении хронического простатита.

Методы: под наблюдением находилось 19 пациентов с хроническим бактериальным простатитом в возрасте от 21 до 46 лет и давностью заболевания от 8 месяцев до 12 лет. Все больные жаловались на болевые ощущения или дискомфорт разной степени выраженности в промежности, в области паховых складок, в нижнем отделе живота, в половом члене и мошонке. На дизурические проявления жаловались 12 человек. Эректильная дисфункция в сочетании с общей слабостью и раздражительностью отмечалась у 8 мужчин. У 14 пациентов периодически наблюдались скудные выделения из уретры. Диагноз подтверждался результатами пальцевого исследования, анализом секрета простаты и трансректальным ультразвуковым исследованием. Все больные получали комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию на основании данных антибиотикограммы, патогенетическую терапию (протеолитические ферменты, ангиопротекторы, препараты простатоспецифического действия). Одновременно пациентам проводилась микроволновая терапия сантиметрового диапазона (СМВ) на область промежности. Источником микроволнового излучения являлся аппарат «Radarmed 950», фирмы ENRAF–NONIUS (Нидерланды). Запатентованный прибор «RADARMED 950+» — это прогрессивная технология применения микроволнового излучения в лечении воспалительных заболеваний органов мужской мочеполовой системы. Выбор метода физиотерапевтического воздействия был определен как глубиной проникновения СМВ колебаний в организм (до 5–6 см), так и характером терапевтического воздействия.

В результате поглощения энергии СВЧ колебаний внутри тканей молекулами воды создается тепло. Впоследствии развивается целая система реакций — от расширения местных кровеносных сосудов и ускорения кровотока в них до включения важнейших адаптивных систем. Под влиянием микроволновой терапии уменьшается спазм гладкой мускулатуры, нормализуются процессы торможения и возбуждения нервной системы, ускоряется прохождение импульсов по нервному волокну, изменяется белковый, липидный, углеводный обмен. Микроволновая терапия стимулирует функцию симпатико-адреналовой системы, оказывает противоспалительное, спазмолитическое, гипосенсибилизирующее, обезболивающее действие.

Курс лечения микроволновой терапии состоял из 12 процедур, проводимых с интервалом 1–2 дня, чересчурно, на промежность в проекции простаты длительностью по 10 мин., в тепловом режиме воздействия.

Результаты: в процессе лечения у всех 19 пациентов на 3–4 процедуре отмечалось улучшение общего состояния, значительное уменьшение болевых ощущений и дискомфорта в мочеполовых органах, которые полностью купировались к завершению курса терапии. После окончания курса комплексного лечения у 6 мужчин нормализовалась сексуальная активность, у 4 больных прекратились выделения из уретры. Дизурические проявления разрешились у всех 12 пациентов. Эффективность проведенной терапии подтверждалась результатами контрольных клинико-лабораторных и ультразвуковых исследований, проведенных через 1 месяц: у всех 19 пациентов после лечения выявлена положительная динамика. Пациенты отмечали хорошую переносимость процедур и положительный характер психологического воздействия, обусловленный тепловым действием.

Выводы: полученные результаты использования микроволновой терапии (аппарат «Radarmed 950») в комплексном лечении хронического бактериального простатита демонстрируют эффективность и перспективность данного метода.

Использование аппарата «ИНТРАМАГ» в терапии воспалительных заболеваний мочеполовой сферы у мужчин

Амозов А.М., Князева Я.В.

ОКВД, г. Мурманск

Цель: оценить клинический эффект применения магнитотермотерапии в комплексном лечении хронического простатита.

Материалы и методы: осуществлено ближайшее диспансерное наблюдение 35 пациентов с хроническим уретропростатитом, получивших комплексное лечение. Проведен анализ динамики клинических проявлений заболевания после окончания курса лечения.

Результаты: под наблюдением уролога находилось 35 больных с хроническим уретропростатитом в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем. Возраст больных от 24 до 55 лет, давность заболевания от 3 месяцев до 10 лет.

В группе больных, находившихся под наблюдением, у 11 пациентов ведущими в клинической симптоматике были жалобы на уретральные выделения различного характера. Болевой синдром различной локализации в качестве преобладающей жалобы отмечали 9 пациентов, дизурические расстройства доминировали у 6 пациентов и 9 пациентов обратились по поводу эректильной дисфункции смешанного генеза.

Аппарат «Интрамаг» применяется в ГУЗ «Мурманский областной кожно-венерологический диспансер» для лечения хронических неспецифических уретритов, эректильной дисфункции, а также лечения и профилактики простатитов с 1999 года. Для более эффективного лечения трихомонадных, хламидийных, уреоплазменных уретритов и других инфекций, передаваемых половым путем, и усиления терапевтического эффекта аппарат дополнительно укомплектован приставкой «Интра терм», который наряду с прямым терапевтическим эффектом позволяет дополнительно ускорить магнитофоретический транспорт лекарственных препаратов, что способствует более эффективному лечению трихомонадных, хламидийных, уреоплазменных и других инфекций, передаваемых половым путем.

В ходе индивидуального комплексного лечения (антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, вазоактивные препараты, биостимуляторы и т.п.) применялась магнитотермотерапия с использованием приставки «Интра терм». Термодатчик устанавливался ректально в температурном режиме от 41 °С до 43 °С, время воздействия — 15 минут. Датчик магнитного излучателя устанавливался над корнем мошонки с захватом в магнитное поле зоны уретры, время воздействия — 15 минут, количество сеансов — от 10 до 15 в режиме ежедневно или через день.

После проведенного курса лечения из 35 пролеченных пациентов клиническое выздоровление наступило у 12 пациентов (34,3%), значительное улучшение — у 9 пациентов (25,7%), улучшение — у 8 пациентов (22,8%). У 6 пациентов (17,1%) клинический эффект оценивался как незначительный или отсутствовал. Таким образом, у 29 пациентов (82,9%) был отмечен положительный эффект.

Выводы: анализ ближайших результатов комплексного лечения больных хроническим уретропростатитом в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем, с применением магнитотермотерапии свидетельствуют о положительной динамике клинических показателей. Терапия, проводимая с использованием магнитотермотерапии в большей степени эффективна у пациентов с преобладанием уретральных выделений, дизурических расстройств и болевого синдрома.

Отдаленные результаты лечения больных ранними формами сифилиса прокаином–пенициллином

Амозов М.Л., Горбовая Т.В., Коротков В.Д.

ОКВД, г. Мурманск

Цель: установить эффективность лечения прокаином–пенициллином больных ранними формами сифилиса.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 205 медицинских карт амбулаторных больных, получивших лечение прокаином–пенициллином. В исследуемой группе больные первичным сифилисом половых органов составили 21 человек (10,2%), вторичным сифилисом кожи и слизистых — 58 человек (28,3%), ранним сифилисом скрытым — 126 человек (61,5%). Лечение проводилось в соответствии с методическими указаниями МЗ РФ.

Прокаин–пенициллин вводили в однократной суточной дозе 1 200 000 ЕД больным вторичным и скрытым ранним сифилисом в течение 20 дней, больным первичным сифилисом — в течение 10 дней.

При лечении вторичного и раннего скрытого сифилиса антибиотикотерапия сочеталась с иммунными препаратами (полиоксидоний, циклоферон). Длительность клинико–серологического контроля составила от 1 года до 3 лет.

Эффективность лечения оценивалась по результатам микрореакции преципитации.

Сравнительную группу составили 98 больных, получивших лечение бициллином V, в соответствии с методическими указаниями. В данной группе больные первичным сифилисом составили 16 человек (16,3%), вторичным — 34 человека (34,7%), ранним сифилисом скрытым — 48 человек (49,0%).

Результаты: за время клинико-серологического контроля в группе больных первичным сифилисом, пролеченных прокаин-пенициллином, негативация микрореакции произошла в 95,2% случаев, замедленная негативация выявлена у 4,8% больных, случаев серорезистентности не зарегистрировано. В группе сравнения больных первичным сифилисом, пролеченных бициллином V, получены следующие результаты: негативация микрореакции в 93,7% случаев, существенное снижение позитивности у 6,3% больных, серорезистентности не выявлено.

Среди больных вторичным сифилисом, пролеченных прокаин-пенициллином, негативация микрореакции произошла у 88,0% больных, замедленная негативация — у 5,2%, стойкое сохранение позитивности микрореакции — у 6,8%. В группе сравнения негативация микрореакции наступила в 85,3% случаев, снижение позитивности — в 5,9%, серорезистентность выявлена у 8,8% больных.

В основной группе больных ранним сифилисом скрытым, пролеченных прокаин-пенициллином, негативация микрореакции наступила в 83,3%, замедленная негативация выявлена у 7,2%, стойкое сохранение положительных реакций на сифилис отмечено у 9,5% пролеченных больных.

При лечении больных бициллином V негативация микрореакции преципитации наступила у 77,1%, замедленная негативация у 8,3%, серорезистентность диагностирована у 14,6% больных.

Вывод: полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности лечения прокаин-пенициллином больных ранними формами сифилиса по сравнению с бициллином V.

Преимущества культуральной диагностики мочеполового трихомониаза у мужчин при бессимптомном течении заболевания

Андрейчев В.В., Гриценко А.А.

ММУЗ МГКБ им.Н.И. Пирогова, Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УРО РАН, г. Оренбург

Цель: исследовать эффективность культуральной диагностики трихомонад при минимальных клинических проявлениях у пациентов с урогенитальным трихомониазом.

Материалы и методы: обследовано 19 мужчин, находящихся в браке в возрасте от 21 до 34 лет из социально адаптированных слоев населения. Постоянные половые партнерши мужчин из исследуемой группы были обследованы у гинекологов женских консультаций по месту жительства. У всех женщин в микроскопическом исследовании мазков (окрашенных по Граму), была выявлена *Trichomonas vaginalis*. На момент осмотра мужчин жалобы отсутствовали, в анамнезе другие половые контакты отрицали, половые органы без видимой патологии. Микроскопия мазка содержимого уретры в пределах нормы, трихомонадная инфекция не обнаружена. У всех мужчин была проведена культуральная диагностика трихомонадной инфекции с забором содержимого уретры и эякулята (после форсированного мочеиспускания). Посев осуществлялся на жидкую питательную среду для культивирования трихомонад (НПО Питательных сред, г. Омск).

Результаты: У всех пациентов мужчин при культуральном методе диагностики был обнаружен рост трихомонад, причем у 5 мужчин рост наблюдался из содержимого уретры, у 3 из — эякулята, и у одного возбудитель был выделен как из уретры, так из эякулята.

Выводы: таким образом, можно сделать вывод, что при вялотекущем и асимптомном течении ИППП необходимо проведение культурального исследования на трихомониаз у мужчин с обязательным посевом содержимого простато-везикулярного комплекса, что позволит существенно улучшить диагностику инфекционного процесса топический диагноз и сделать соответствующую коррекцию в лечение.

Уреамикоплазменная инфекция и гормонально-регуляторная функция плаценты

Афанасьева И. Г., Дружинина Е.Б., Кузнецова Н.П., Чащин А.Ю.

ИГМУ, Центр Молекулярной Диагностики, г. Иркутск

Цель: изучение уровня гормонов, характеризующих состояние фетоплацентарной системы, у беременных женщин с уреамикоплазменной инфекцией.

Материалы и методы: обследовано 112 беременных женщин. В 1-й группе (76 человек) был обнаружен высокий титр ($>10^4$) *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, во 2-й группе (14 женщин) выявлен низкий титр ($<10^4$) *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, 3-я группа (20 человек) — контрольная. Для изучения состояния фетоплацентарной системы в течение беременности в сыворотке крови определялись: плацентарный лактоген (ПЛ), кортизол (К), прогестерон (П), α -фетопроtein, эстриол (Е3).

Результаты: выявлено, что у беременных всех групп ПЛ сыворотки крови у матери увеличивается в динамике беременности до 35–36 недель. В среднем увеличение происходит в 6,3 раза. При неосложненном течении беременности ПЛ появляется в сыворотке крови матери на 5–6 неделе беременности, достигая максимальных показателей к 39 неделям гестации, и далее его концентрация снижается. У беременных 1-й группы выявилось снижение содержания ПЛ на 50–61,5% при угрожающем выкидыше и хронической плацентарной недостаточности. У беременных 2-й и 3-й группы содержание ПЛ достоверно не отличалось. Достоверных различий в содержании α -фетопроteина в динамике беременности в исследуемых группах не отмечено. У всех групп обследованных отмечено повышение концентрации эстриола, характеризующего не только функциональную активность плаценты, но и состояния плода, достигая максимальных величин в предродовой период. Для дифференцированной оценки состояния плода во 2-й половине беременности мы изучили содержание кортизола. В течение беременности содержание кортизола в сыворотке крови у 1/3 женщин увеличивается незначительно, у 2/3 беременных определяется увеличение концентрации кортизола в 2–2,5 раза. При изучении особенностей течения беременности у обследованных женщин установлено, что в 1-й группе угроза прерывания беременности определялась у 46,2% женщин, маркеры внутриутробной инфекции — 7,7%, признаки компенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности — у 25,6% пациенток. Во 2-й и 3-й группах — частота угрожающего прерывания беременности составила 46–50%. Маркеров внутриутробной инфекции и хронической фетоплацентарной недостаточности не определялось.

Выводы: уреамикоплазменная инфекция не оказывает достоверного влияния на гормонально–регуляторную функцию плаценты.

Лечение урогенитального хламидиоза фактивом

Бакулев А.Л., Крачевня С.С.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», г. Саратов

Цель: оценка эффективности гемифлоксацина (фактива) у мужчин с урогенитальным хламидиозом.

Материалы и методы: наблюдали 92 пациентов мужского пола с урогенитальной хламидийной инфекцией. Возраст больных – от 18 до 49 лет. Длительность болезни варьировала от 2–3 недель до 5 лет. Заболевание у всех больных протекало в виде уретрита, преимущественно малосимптомного или асимптомного. При уретроскопии (ВМГ, Германия) в 16 случаях диагностировали мягкий инфильтрат; в 8 — литтреит; в 5 — морганит. В соскобах из уретры (прямая иммунофлюоресценция) и моче (ПЦР в режиме реального времени) во всех случаях идентифицировали *S. trachomatis*. У 26 наблюдавшихся больных также верифицировали сопутствующую трихомонадную инфекцию.

В качестве этиотропной терапии пациенты основной группы (47 человек) получали антибактериальный препарат фактив (производитель — ЗАО «Верофарм») по 320 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней. Больным группы контроля (45 человек) этиотропное лечение проводили доксициклином по 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. В связи с урогенитальным трихомониазом наблюдавшимся лицам дополнительно назначали орнидазол с использованием стандартных доз и схем приема препарата.

Критерием оценки эффективности предпринятой терапии с позиции доказательной медицины считали отрицательные результаты лабораторного тестирования соскобов из уретры и порций мочи на урогенитальную хламидийную инфекцию двумя методами (прямая иммунофлюоресценция и ПЦР в режиме реального времени) через 30 и 90 дней. Анализируя побочные эффекты терапии, оценивали ее безопасность в целом.

Результаты: под влиянием лечения у всех пациентов, лечившихся фактивом клинические симптомы уретрита быстро купировались. Микробиологическая санация очага хламидийной инфекции при контрольных исследованиях через 30 дней была достигнута во всех случаях. При контрольном лабораторном тестировании через 90 дней у 1 пациента была констатирована реинфекция (половая партнерша не была санирована вовремя). У пациентов, получавших терапию доксициклином, в контрольных исследованиях биоматериала через 30 дней *S. trachomatis* не были обнаружены в 37 случаях; идентифицировались повторно — у 8 человек, в связи с чем им дополнительно был проведен курс антибактериальной терапии фактивом по 320 мг в сутки в течение 7 дней. Через 90 дней микробиологическую санацию относительно *S. trachomatis* констатировали у всех больных в данной группе.

При контрольной уретроскопии в группе пациентов, получавших фактив в качестве этиотропной терапии, мягкий инфильтрат разрешился у всех 9 человек; в группе сравнения — лишь у 5.

В процессе лечения фактивом побочных явлений не наблюдали, профиль безопасности оценили как «очень хорошо». У 12 больных, получавших доксициклин, наблюдали побочные явления легкой степени (диспепсия, фотодерматит, снижение аппетита), профиль безопасности — «хорошо».

Выводы: новый антибактериальный препарат фактив (гемифлоксацин) является высокоэффективным и безопасным средством терапии урогенитального хламидиоза у больных и может применяться как у лиц с впервые диагностированной инфекцией, так и после неудач терапии доксициклином.

Современный взгляд на диагностику и лечение кардиоваскулярного сифилиса

Балашова И.Ю., Дубенский В.В., Аникин В.В.

ТГМА, г. Тверь

Цель: оценка особенностей внутрисердечной гемодинамики, структурных изменений аорты и клапанного аппарата у больных сифилисом и пациентов с серорезистентностью; поиск новых подходов в лечении специфической патологии сердца и сосудов.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 72 больных вторичным и скрытым сифилисом.

Всем больным проводилось общеклиническое исследование, запись стандартной электрокардиограммы, ультра–звуковое исследование сердца на аппарате MEGAS Esaotobiomedica (Италия) в В– и М–режимах, доплеровском импульсно–волновом, непрерывном и цветном режимах с использованием датчиков 3,5 и 2,5 МГц.

Результаты: у больных сифилисом преобладали колющие и ноющие боли, локализованные в области верхушки сердца (в 55,7 % случаев). Глухие боли давящего характера беспокоили 6,8 %, аорталгии — 15,6 % больных. Псевдостенокардитические сжимающие ощущения в груди выявлены у 7,3 % больных. Частой жалобой было сердцебиение — у 21,8 %, реже встречались перебои в работе сердца — у 7,3 % пациентов. Жалобы на одышку или чувство нехватки воздуха предъявляли 31 % больных.

ЭКГ–отклонения проявились нарушением сердечного ритма в виде синусовой аритмии практически у всех больных, признаками перегрузки левого желудочка (у 58,2%), нарушением процессов реполяризации (у 34,1%), внутрисердечной проводимости (у 35,4%).

Признаки недостаточности аортального клапана определялись у 7,3 % больных, у которых выслушивались акцентированный «металлический» второй тон над аортой, а также довольно продолжительный истинный протодиастолический убывающий шум в точке Боткина–Эрба и во втором межреберье справа у грудины.

С помощью ультразвукового исследования у 7,3% (2 — вторичным, 2 — скрытым сифилисом) диагностирована аортальная недостаточность. Нарушения внутрисердечной гемодинамики у больных вторичным и скрытым сифилисом проявлялись нарушением диастолической функции левого желудочка сердца (93,4 %), часто сопряженным с повышением конечного диастолического давления в левом желудочке (80,1 %). Уже при вторичном и раннем скрытом сифилисе выявлялись различная степень выраженности изменения сердечной мышцы (44,5 %), корня аорты (91,8 %), аортального кольца (80,0%). Больным с признаками диффузного фиброза аортального кольца (19,1 %) поставлен окончательный диагноз «неосложненного» (доклинического) аортита.

Учитывая многоуровневый характер поражения аппарата кровообращения, закономерное развитие гипертонической болезни, диастолической дисфункции левого желудочка сердца, сифилитического аортита, лечение таких больных следует дополнять длительным назначением бета–адреноблокаторов, ингибиторов АПФ (ангиотензинпревращающего фермента) и дезагрегантов

с преимущественным воздействием на эндотелий микрососудов (в том числе vasa vasorum). Среди последних предпочтительнее многолетнее применение средних доз дипиридамола (курантила).

Выводы: для диагностики кардиоваскулярного сифилиса необходимо использование комплекса инструментально-функциональных методов исследования, что позволяет выявить у больных со вторичным и скрытым сифилисом поражения сердечно-сосудистой системы в 26,4% случаев, в том числе неосложненный аортит — у 19% больных и осложненные формы сифилитического аортита — у 7,3% больных, а так же нарушения гемодинамики в виде диастолической дисфункции — у 93,4% больных. Специфическое лечение кардиоваскулярного сифилиса необходимо дополнять длительным назначением бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и дезагрегантов.

Иммункоррекция, как возможный метод профилактики серорезистентности при сифилисе

Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Атауллаханов Р.И., Рюмин Д.В., Топоровский Л.М.
РМАПО, г. Москва

Цель: оптимизация лечения ранних форм сифилиса с целью профилактики развития серорезистентности.

Материалы и методы: нами было проведено лечение пациентов с ранними формами сифилиса с помощью дюранных форм пенициллина (ретарпена и экстенциллина) в комплексе с иммуномодулирующим препаратом иммуномаксом. Группа пациентов с диагнозом вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек составила 30 человек. Возраст пациентов от 16 до 66 лет. Мужчин было 12 человек, женщин — 18 человек. У всех пациентов имелись клинические проявления вторичного сифилиса (остаточные явления твердого шанкра, розеолезно-папулезная сыпь на туловище, папулы ладоней и подошв, диффузная алопеция головы, симптом Пинкуса, гипертрофические папулы и широкие кондиломы перианальной области). Диагноз был подтвержден серологическими исследованиями, включающими постановку реакции Вассермана, РИБТ, РИФ, ИФА. Изучение иммунологического состояния организма при ранних формах сифилиса выявило следующие изменения: нарушение функции фагоцитов (снижение процента фагоцитирующих гранулоцитов и индекса фагоцитоза), повышение количества активированных NK клеток с ослабленными цитолитическими свойствами, увеличение числа Т-клеток-супрессоров, а также повышение содержания антител и циркулирующих иммунных комплексов, повышение активности системы комплемента и количества С-реактивного белка. Всем пациентам было проведено лечение сифилиса дюранными препаратами пенициллина. Из них 20 человек (66%) получили ретарпен 2,4 млн ЕД (№ 3) 1 раз в неделю и 10 человек (34%) — экстенциллин 2,4 млн ЕД (№ 3) в/м 1 раз в неделю. Все 30 пациентов с целью профилактики развития серорезистентности получали иммуномакс по 200 ЕД в/м (№ 3) на 1, 2 и 3-й день от начала антибиотикотерапии. Данная схема назначения иммуномакса отличается от традиционной, при которой препарат назначается курсом из 6 инъекций на 1, 2, 3, 8, 9, 10-й дни лечения, так как является более удобной для применения в амбулаторных условиях. Все больные хорошо перенесли лечение, побочных реакций не возникло.

Результаты: анализ иммунологических показателей после проведенного лечения выявил нормализацию показателей клеточного иммунитета (в частности, отмечалось снижение количества NK клеток и CD8 Т-клеток, повышение уровня CD4 лимфоцитов и снижение палочкоядерных лейкоцитов). При оценке факторов неспецифической защиты определялось снижение уровня С-реактивного белка до нормальных значений и нормализация СОЭ. Дальнейший анализ серологических реакций показал, что лишь у 6,5% пациентов через год после проведенного комплексного лечения сифилиса дюранными препаратами пенициллина и иммуномаксом не произошло полной негативации серологических реакций. Тем не менее у них отмечалось снижение титра антител в 4 и более раз по сравнению с исходным.

Выводы: на основании результатов проведенного клинического и лабораторного исследований пациентов с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек можно заключить, что предложенный нами метод лечения с использованием в комплексной терапии иммуномакса, является высокоэффективным.

Сравнение эффективности стандартных методов лечения при сифилисе

Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Рюмин Д.В., Топоровский Л.М.
РМАПО, г. Москва

Цель: оценка эффективности использования стандартных методов лечения при сифилисе.

Материалы и методы: нами были проанализированы истории болезней ГКБ № 14 и карты амбулаторного наблюдения в КВД по месту жительства 118 пациентов с ранними формами сифилиса за период 1998—2004 гг. Всем пациентам клинически и серологически был подтвержден диагноз сифилиса (первичный сифилис, сифилис свежий или рецидивный по МКБ-9 и сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек или сифилис скрытый ранний по МКБ-10).

По схеме: бензилпенициллин по 1 млн ЕД 6 раз в сутки получили лечение 13 пациентов. По схеме: бензилпенициллин по 400 тыс. ЕД 8 раз в сутки лечение получили 25 больных. По схеме: бензилпенициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сутки — 37 пациентов. По схеме: прокаин-пенициллин по 1,2 млн ЕД. 1 раз в сутки — 12 пациентов. По схеме: цефтриаксон по 1,0 г 1 раз в сутки — 12 пациентов. По схеме: тетрациклин по 0,5 г 4 раза в сутки — 12 пациентов.

Результаты: полная негативация серологических реакций в течение первого года наблюдения после специфического лечения ранних форм сифилиса произошла в 44,5% случаев при лечении тетрациклином (по схеме 0,5 г 4 раза в сутки), бензилпенициллином (по схеме 400 тыс. ЕД 8 раз в сутки 20 дней) — 40%, (по схеме 1млн ЕД 4 раза в сутки 20 дней) — 37,8%, (по схеме 1 млн ЕД 6 раз в сутки) — 23%, цефтриаксоном (по схеме 1,0 г 1 раз в сутки 15 дней) — 25%, прокаин-пенициллином (по схеме 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки) — 8,3%.

Полная негативация серологических реакций в течение трех лет наблюдения произошла у 58,3% пациентов при лечении цефтриаксоном, в 53,8% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 1млн ЕД 6 раз в сут.), в 50,0% случаев при лечении прокаин-пенициллином, в 48% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 400 тыс. ЕД 8 раз в сутки), в 44,5% случаев при лечении тетрациклином, в 40,5% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 1млн ЕД 4 раза в сутки).

Стойкая серорезистентность развилась в 11% случаев при лечении тетрациклином, в 12% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 400 тыс. ЕД 8 раз в сутки), в 15,4% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 1млн ЕД 6 раз в сутки) в 16,7% случаев при лечении цефтриаксоном, в 18,9% случаев при лечении бензилпенициллином (по схеме 1млн ЕД 4 раза в сутки) и в 41,7% случаев при лечении прокаин-пенициллином.

Выводы: таким образом, на основании данных наших предварительных исследований можно сделать вывод, что самой эффективной схемой лечения являлось назначение тетрациклина по 0,5 г 4 раза в сутки, самой малоэффективной — назначение прокаин–пенициллина по 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки. Возможно, что выраженность терапевтического эффекта при лечении тетрациклинами объясняется их способностью генерировать *in vivo* свободные радикалы, обладающие бактерицидной активностью.

Эффективность различных методов терапии урогенитального хламидиоза у женщин

Батыршина С.В., Юнусова Е. И.

КГМА, г. Казань

Цель: оптимизация терапии женщин, больных урогенитальным хламидиозом (УГХ).

Материалы и методы: обследована 121 женщина с УГХ протекающим подостро или торпидно, чаще субъективно–асимптомно (в 78%), с преимущественным поражением восходящих отделов мочеполового тракта (в 69%). Комплексная терапия пациенток включала антимикробный препарат из группы макролидов (джозамицин в виде вильпрафена или азитромицин в варианте хемомицина) и отличалась патогенетическим фрагментом, включая для первой группы системные ферменты — в виде вобэнзима по 5 таблеток 3 раза в день в течение 20 дней; для второй группы — индуктор интерферона (циклоферон) по общепринятой схеме; для третьей группы — цитокины (беталейкин из расчета 7–8 нг/кг/сут. подкожно ежедневно в течение 5 дней или ронколейкин по 500 000 МЕ подкожно 1 раз в день с интервалом 3 дня, на курс 3 инъекции).

Результаты: оценка эффективности различных вариантов лечения проводилась по результатам клинико–этиологической излеченности по окончании терапии и в процессе контрольных наблюдений. Отмечено, что клиническая излеченность наступала быстрее у пациенток третьей группы. Они отмечали более раннее (на 4±1 дня) исчезновение выделений из половых путей, болей внизу живота, дизурических расстройств. Контрольные исследования в период от 6 до 12 месяцев по окончании терапии выявили эрадикацию *S.trachomatis* при неосложненном УГХ у 8 (73%), 15 (94%) и 11 (100%), а при осложненном УГХ — у 20 (71%), 15 (83%) и 35 (95%) пациенток I, II и III групп соответственно.

Выводы: узконаправленная в физиологических рамках активация иммунного ответа цитокинами в сочетании с антибактериальной терапией, назначаемыми с учетом хронобиологического ритма активности женского организма, представляется этиологически и клинически более эффективной. Клинико–этиологическое излечение женщин, больных УГХ, получивших антимикробную терапию на фоне системных ферментов или индуктора интерферона достигнуто при осложненном варианте течения в 71% и в 83% случаев, при неосложненном варианте — в 73% и в 94% из них соответственно. При использовании антимикробной терапии в сочетании с цитокинами с индивидуальным подбором доз клинико–этиологическое излечение достигнуто при осложненном варианте течения в 95%, при неосложненном варианте — в 100% случаев.

Оценка эффективности лечения негонококкового уретрита, ассоциированного с *Mycoplasma genitalium*, с помощью новых методов амплификации нуклеиновых кислот

Бурцев О.А., Цеслюк М.В., Гушин А.Е., Гомберг М.А., Абудуев Н.К., Ковалык В.П.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

Цель: на примере джозамицина оценить возможность использования новых амплификационных технологий — ПЦР и реакция транскрипционной амплификации НАСБА (NASBA) в реальном времени для оценки эффективности лечения НГНХУ, ассоциированных с *Mycoplasma genitalium*.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе клинико–диагностического отделения ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» и ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Всего под наблюдением находилось 132 пациента с диагнозом негонококковый уретрит. У всех пациентов методом ПЦР исключили наличие *Chlamydia trachomatis*. Кроме того, всем пациентам проводили бактериоскопическое и бактериологическое исследование с целью идентификации возможной микрофлоры в мазках из уретры. Идентификацию *M.genitalium* проводили путем определения ДНК и РНК возбудителя в уретральном соскобе и первой порции утренней мочи (ППУМ) двумя амплификационными методами: ПЦР в реальном времени и НАСБА в реальном времени. Лечение данной группы пациентов проводилось препаратом джозамицин (внутри по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней). Все пациенты, получавшие лечение, находились под клинико–лабораторным наблюдением, которое проводилось в процессе 5 визитов (на 2–3, 7, 8, 12 и 45–й дни после начала терапии). Оценивали клиническое течение уретрита и время элиминации ДНК и РНК *Mycoplasma genitalium*.

Результаты: *M.genitalium* была выявлена у 11 (8,3%) из 132 пациентов. При этом возбудитель был обнаружен как в уретральных соскобах, так и в ППУМ. Других патогенных и условно–патогенных микроорганизмов у этих пациентов обнаружено не было. У всех больных, у которых выявляли *M. genitalium*, наблюдали клинику острого или подострого уретрита со слизисто–гнойными выделениями, которые сопровождалась жалобами на зуд, жжение в уретре. Давность клинических проявлений заболевания от последнего контакта до начала симптомов проявления уретрита составила от нескольких дней до 2 месяцев.

После назначения джозамицина уменьшение признаков уретрита наблюдалось у всех пациентов после 3–4–го дня от начала приема препарата, а полное разрешение наступало на 8–10–й дни от начала лечения. Симптомы уретрита полностью прошли на 5–6–й день лечения у 9 пациентов, и на 10–й день у 2 пациентов.

Элиминация возбудителя проходила следующим образом: на 3–й день ДНК и РНК возбудителя не определялись у 3 пациентов, на 7–8–й дни возбудитель отсутствовал у 7 человек, и на 12–й день элиминация произошла у всех 11 больных. Ни у кого из 3 больных, которые явились на контрольное обследование на 45–й день после начала терапии, клинических проявлений уретрита не было, как не было обнаружено и *M. genitalium*.

Выводы: в результате исследования продемонстрирована возможность использования современных амплификационных методов в реальном времени — ПЦР и НАСБА, в том числе с материалом, полученным неинвазивно, для диагностики и контроля эффективности лечения НГНХУ, ассоциированного с *M.genitalium*. Это было показано на примере рекомендованного для лечения этой патологии препарата джозамицина, который продемонстрировал высокую клиническую эффективность, сопровождавшуюся полной элиминацией *M.genitalium* к 12–му дню после начала терапии.

Клинико–патогенетические аспекты уrogenитального хламидиоза и его лечение Хемомицином

Бутов Ю. С., Васенова В. Ю., Новик Ф. К.

ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Кафедра дерматовенерологии, клинической микологии, КВД № 18, г. Москва, Хемофарм А.Г.

Цель: изучение этиопатогенеза, особенностей клинического течения, оптимизация диагностики и оценка эффективности хемомицина в терапии осложненных форм уrogenитального хламидиоза.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 73 больных (67 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 18 до 50 лет. У 30 больных продолжительность болезни была до 2 месяцев свежая форма, у 43 более 2 — торпидная и хроническая. При лабораторном обследовании диагноз верифицирован ПИФ и ПЦР, до и после лечения, исследовали мазки на гонококк, трихоманады и клеточные структуры, а также кровь на РВ, ВИЧ, HBS. Все больные получали 1,0 г хемомицина за 1 час до еды однократно при свежем хламидиозе и по 1,0 г в первый, седьмой и четырнадцатый дни при осложненной разновидности.

Результаты: наиболее частым возбудителем негонококковых уретритов оказались *S. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, а также грам–положительные кокки и палочки. Клиническое разрешение симптомов наблюдалось от 15 до 25 дней. Повторное исследование ПИФ и ПЦР подтвердило отсутствие возбудителей у 70 пациентов. У двоих больных мужского пола и одной пациентки после лечения были выявлены хламидии.

Этиологическое излечение констатировано в 93,2%, клиническое — в 88,3%. Переносимость хемомицина в изучаемой курсовой дозе была оценена как хорошая.

Побочных явлений в процессе приема препарата и дальнейшего наблюдения за больными не выявлено.

Менингококковый уретрит. Случай из практики

Васильева М. Ю., Ковалык В. П.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: обратить внимание врачей–дерматовенерологов на возможность ошибочного диагноза при обращении пациентов с клинической картиной гнойного уретрита; показать необходимость проведения культурального исследования при всех случаях обращений пациентов с симптомами гнойного уретрита.

Материалы и методы: 2 пациента—мужчины, имевшие сексуальные контакты с мужчинами (МСМ); микроскопическое исследование мазков из уретры; культуральное исследование с определением ферментативных свойств возбудителя.

Результаты: под наблюдением находились 2 пациента из группы МСМ: 25 лет и 22 года, которые обратились с жалобами на гнойные выделения из уретры, дизурию — зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании. Симптомы появились на 3–4 день после сексуальных контактов с постоянными партнерами. В обоих случаях пациенты отрицали случайные сексуальные контакты.

После проведения микроскопического исследования (окраска по Граму) мазков из уретры в обоих случаях выявлены грам–отрицательные внутриклеточные диплококки. При микроскопическом исследовании материала из глотки и прямой кишки результат отрицательный. Взят материал для культурального исследования.

На основании анамнеза, клинической картины заболевания и микроскопического исследования поставлен диагноз: гонококковый уретрит (МКБ А 54.0.). Назначен цефтриаксон 250 мг в/м. Клинические симптомы в обоих случаях разрешились полностью на 3–й день после назначения терапии.

По результатам культурального исследования с определением ферментативных свойств возбудителя в обоих случаях идентифицирована *N. meningitidis*.

При обследовании половых партнеров: жалобы и клинические проявления со стороны мочеполовой системы и со стороны верхних дыхательных путей отсутствовали. Проведено микроскопическое исследование мазков из уретры, глотки и прямой кишки, по результатам которого грам–отрицательные диплококки не обнаружены. В обоих случаях у половых партнеров при бактериологическом исследовании материала из ротоглотки с определением ферментативных свойств возбудителя выделена *N. meningitidis*. Для предотвращения повторного инфицирования партнерам назначен цефтриаксон 250 мг в/м.

После проведения контрольных исследований у пациентов и их половых партнеров отмечено клиническое и микробиологическое излечение.

Выводы: в настоящее время, учитывая распространенность различных видов сексуальных контактов, следует уделять больше внимания диагностике гнойных уретритов. По клиническим проявлениям менингококковый уретрит схож с уретральным гонореей, что увеличивает вероятность ошибки в первом случае. Проведение бактериологического исследования является строго необходимым условием постановки достоверного окончательного диагноза «гонококковый уретрит». Клиническое и микробиологическое излечение пациентов не снимает с врача юридической ответственности за неправильный первоначальный диагноз.

Вагиниты и вагинозы. Современный взгляд на проблему

Воронова О. А., Герасимова Н. М.

ФГУ УрНИИДВиИ, г. Екатеринбург

Цель: изучить клинико–микробиологические особенности течения инфекций влагалища.

Материалы и методы: обследовано 242 пациентки, возраст которых составил 18–45 лет. На амбулаторном приеме заполнялась разработанная автором карта, содержащая данные анамнеза, конфронтации, результаты клинического обследования и наблюдения в динамике, данные лабораторных тестов (микроскопии, бактериологии, ПЦР–диагностики отделяемого уrogenитального тракта).

Результаты: в зависимости от состава микробного пейзажа вагинального отделяемого пациентки были распределены на четыре исследуемые группы. Первую группу (основную) составили 116 женщин с дисбиотическими нарушениями вагинального эпитопа преимущественно «аэробного характера» (*Escherichia coli* 39,66%, реже выделяли другие представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus* spp.) у единичных больных, а также *Staphylococcus aureus* 12,07%, *Enterococcus* spp. 31,9% и β–гемолитические стрептококки группы В (*Streptococcus agalactiae*) 35,34%). Вторую группу (дифференцированного сравнения) составили 58 женщин с дисбиотическими нарушениями вагинального эпитопа преимущественно «анаэробного характера» (*Gardnerella vaginalis* и другие ассоциированные с ней микроорганизмы с анаэробным типом дыхания),

которым выставлен диагноз: бактериальный вагиноз. Третью группу (дифференцированного сравнения) составили 32 пациентки с клинически диагностированным урогенитальным трихомонозом и с характерными микробиологическими признаками смешанного типа микроценоза влагалища. Четвертую группу (контроль) составили 36 пациенток без жалоб, обратившихся для обследования перед планированием беременности. У всех наблюдался нормобиоз влагалища. На момент проведения исследования пациентки лечения не получали.

Диагноз вагинальной инфекции устанавливали по совокупности признаков: характерной клинической картине, микроскопии окрашенного вагинального мазка, результатам бактериологического исследования клинического материала, отделяемого vaginae с определением КОЕ/мл для каждого патологического и непатологического состояния.

Выводы: врачебное заключение о результатах этиологической диагностики дается на основании интегральной оценки комплексного клинко-микробиологического исследования отделяемого влагалища, включающего микроскопию влагалищных мазков, окрашенных по Граму, учитывая посев с выделением видового и количественного состава компонентов микроценоза. Основопологающим моментом при дифференциальной диагностике вагинит или вагиноз являются клинические признаки (гиперемия слизистой, характер, цвет отделяемого, его количество, уровень pH, данные аминопробы) и микроскопическое заключение окрашенного мазка.

Внедрение инновационных технологий на этапе реабилитации больных с вагинальной патологией и инфекциями, передаваемыми половым путем

Воронова О. А.

ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: изучить качество жизни больных с вагинитами и ИППП.

Методы: сплошным методом проведено анкетирование 190 женщин, в возрасте 18—45 лет, обратившихся для обследования на ИППП, средний возраст составил 29,7 лет. В обследованной совокупности у женщин чаще встречались заболевания влагалища: 24,7% — вагиноз, ассоциированный с анаэробами (*Gardnerella vaginalis* и др.); 23,5% — вагинит, ассоциированный с *Candida alb.* и др.; 18,9% — вагинит, ассоциированный с аэробными микроорганизмами (*Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli* и др.).

Результаты: установлено, что у 90% пациенток, принявших участие в исследовании, выявлено снижение КЖ ($p \leq 0,05$). Наиболее значимо снижение качества жизни было выражено у пациенток с аэробной инфекцией, что составило 95,6%, у 92% страдающих вульвовагинальным кандидозом, и у 91% с бактериальным вагинозом ($p < 0,05$). При вирусных инфекциях гениталий (неманифестные формы), хламидийной инфекции снижение качества жизни было менее выражено. Анализ изменения личностных особенностей опрашиваемых в связи с заболеванием показал, что у 90% снижение качества жизни было сопряжено с ограничением или отказом от интимной жизни; считали, что необходимо лечение 71,3%. Испытывали различные ограничения в связи с болезнью 56% пациенток, т. е. избегали ситуаций, ведущих к обострению заболевания, снижению работоспособности. Отмечено влияние на качество жизни пациенток факторов межличностного взаимодействия, таких как ограничение повседневной активности, примерно у 40,0%, ограничение активности на работе у 36,0%. Изменение социоэмоциональной поддержки было связано с ограничениями общения с окружающими у 30% пациенток. Почти каждая пятая женщина отмечала, что в связи с болезнью изменились отношения с друзьями и близкими. Значимое влияние на самореализацию оказывали факторы, обусловленные понижением дохода у 33,3%, и изменение социального статуса в связи с наличием болезни почти у 32% обследованных. Около 19% женщин ограничивали себя в питании, 16,8% отказывались от курения.

Выводы: внедрение данной методики, основанной на «Изменении качества жизни больного в связи с заболеванием» является оптимальным методологическим подходом для выявления существенных нарушений качества жизни пациентов на этапе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Обрезание крайней плоти как дополнение к стандартной терапии у пациентов с рецидивирующим простым герпесом с локализацией процесса на головке полового члена (РПГ–ГПЧ)

Выговская Т.Л., Гильмутдинова И.В., Гафаров М.М., Уразлин Н.У.

БГМУ, РКВД, г. Уфа

Цель: изучение эффективности лечения у больных РПГ–ГПЧ хирургическим методом обрезания крайней плоти.

Материалы и методы: проведен анализ 120 случаев больных РПГ–ГПЧ, получивших лечение в клинике кожных и вен. болезней БГМУ с 2005–2007 гг.; возраст мужчин колебался от 18 лет (2%) до 58 (23%); давность заболевания составила у 98% больных 1,5 года; частота рецидивов в год от 8 случаев (18%) до 12 случаев (64%). Диагноз рецидивирующего простого герпеса у 84% больных подтвержден с помощью ПЦР. В ходе исследования нами было выделено две группы больных. В первой группе (82 мужчины) в качестве терапевтического средства, улучшающего морфофизиологические свойства зоны поражения герпеса на головке полового члена, было проведено обрезание крайней плоти (по стандартной хирургической методике, под местной анестезией) в период вне обострения локального процесса. Вторая группа больных — 38 человек получали обычное, традиционное, консервативное лечение в соответствии с МЭСом.

Результаты: в первой группе мужчин с РПГ–ГПЧ сочетание стандартной терапии с процедурой хирургического обрезания у 72% больных через 70–80 дней привело к клиническому выздоровлению и восстановлению психоэмоционального равновесия; у 10% больных из этой группы наблюдалось по три повторных эпизода болезни, но в более легкой форме, без субъективных ощущений жжения и боли. Во второй группе больных (38 мужчин с РПГ–ГПЧ), получивших только традиционное лечение, рецидивы болезни сохранялись на протяжении двух лет у 87%, а у 15% пациентов отмечалось присоединение осложнений.

Выводы: в качестве эффективного дополнения к стандартной терапии у пациентов с РПГ–ГПЧ рекомендуется методика обрезания крайней плоти, в латентный период болезни, улучшающая качество жизни больного и ведущая к выздоровлению.

Герпес и беременность.

Консультирование как мера профилактики осложнений беременности и родов

Гомберг М.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва, ГлаксоСмитКляйн

Цель: оценить роль консультирования в контексте мероприятий по ведению беременных с угрозой заражения плода вирусом простого герпеса.

Материалы и методы: обсуждаются наиболее значимые публикации и сообщения по использованию наиболее эффективных подходов к ведению беременных с герпетической инфекцией.

Результаты: хотя лишь 2% женщин заражаются ВПГ–2 во время беременности, в 90% случаев эта не диагностируется, либо потому, что протекает бессимптомно, либо из-за того, что симптомы есть, но трактуются неправильно. Риск передачи плоду наивысший в 3–м триместре, при этом в 85% случаев новорожденный инфицируется интра или перинатально (С.Бартон, 2007). Поскольку бессимптомное распространение вируса играет главную роль в передаче ВПГ–инфекции, считается, что оповещение партнера — наиболее эффективный способ обнаружения бессимптомной инфекции, при условии, что исследование на ВПГ проводится с использованием типоспецифических антител. Показано, что в результате адекватного консультирования до 50% ВПГ–2–сероположительных женщин с бессимптомным течением инфекции можно научить распознавать рецидивы генитального герпеса.

С. Бартон указывает на ряд приемов, способных предупреждать развитие неонатального герпеса, среди которых называет адекватную оценку клинических проявлений при их наличии, применение типоспецифического серологического обследования беременных и их партнеров, роды путем кесарева сечения и применение супрессивной противовирусной терапии валацикло-виром 1 раз в день, что может предупредить передачу ВПГ половым путем. То, что такая терапия валацикло-виром способна предупредить передачу ВПГ в дискордантных парах, планирующих беременность, было впервые показано в известном исследовании L. Corey с соавт. (2004) на 1 484 иммунокомпетентных гетеросексуальных моногамных дискордантных по ВПГ парах. В этом исследовании риск передачи вируса от манифестных партнеров восприимчивым партнерам был на 75% ниже в группе, получавших валацикло-вир (500 мг 1 раз в день), по сравнению с теми, кто получал плацебо.

Консультирование с целью предотвращения инфицирования вирусом герпеса беременных включает рекомендации по воздержанию от половых контактов во время рецидивов и применению презервативов во время беременности, что снижает риск заражения.

Беременных предупреждают о риске заражения ВПГ–1 при орально–генитальных контактах.

Осмотр наружных половых органов на момент начала родов с целью исключения клинических признаков герпетической инфекции следует проводить всем женщинам, а не только с генитальным герпесом в анамнезе.

Матерей, обслуживающий персонал, родственников и друзей с активными оральными герпетическими поражениями предупреждают о риске потенциальной передачи инфекции в постнатальном периоде.

Что касается предотвращения заражения ВПГ плода в родах, то кесарево сечение, безусловно, показано только у беременных с первым эпизодом генитального герпеса в 3–м триместре. У беременных с рецидивирующим генитальным герпесом, у которых к моменту родов отсутствуют поражения в области гениталий, кесарево сечение для предотвращения герпеса новорожденных не проводится.

Ни один из противовирусных препаратов не лицензирован для применения во время беременности. Больше всего данных накоплено в отношении ацикловира, который, следует предпочесть фамцикловиру и валацикловиру при наличии клинических показаний. Согласно данным международного регистра по применению ацикловира при беременности родовые дефекты на фоне его применения были обычными, и их частота не превышала частоту в общей популяции. По мнению С. Бартона, стратегия профилактики неонатального герпеса ацикло-виром должна применяться только у женщин с первичным инфицированием, поскольку было показано, что лечение снижает смертность в большей мере, чем заболеваемость. Супрессивная противовирусная терапия ацикло-виром у беременных женщин снижает необходимость кесарева сечения, но безопасность для плода не доказана, поэтому перед назначением следует оценить потенциальный риск.

Основные принципы ведения беременных с герпетической инфекцией наиболее полно представлены в Европейских рекомендациях по ведению больных с инфекциями, передаваемыми половым путем. Согласно этим рекомендациям при возможной беременности у женщин, инфицированных ВПГ, или с угрозой такого инфицирования в дискордантных парах, при первом же посещении врача рекомендуется обсудить риск передачи инфекции от матери плоду во время беременности, указать на необходимость извещения акушера–гинеколога о наличии заболевания и последствиях заражения инфицированным мужчиной неинфицированной партнерши во время беременности.

Для предотвращения инфицирования ВПГ новорожденных рекомендованы следующие мероприятия, в которых участвуют оба родителя:

- У беременных при 1–м посещении узнают герпетический анамнез у них или их половых партнеров.
- Женщинам без генитального герпеса, но с герпесом у партнеров, рекомендуют воздержание от половых контактов во время рецидивов.
- Применение презервативов во время беременности снижает риск заражения.
- Беременных предупреждают о риске заражения ВПГ–1 при орально–генитальных контактах.
- Осмотр наружных половых органов на момент начала родов с целью исключения клинических признаков герпетической инфекции у всех женщин, а не только с генитальным герпесом в анамнезе.
- Матерей и их окружение при герпетических проявлениях на лице предупреждают о риске передачи инфекции в постнатальном периоде.

Выводы: с точки зрения эффективности контроля генитального герпеса наилучшие показатели у системного применения противовирусных препаратов, обладающих специфическим действием против вируса простого герпеса.

Консультирование является наименее затратным из всех используемых методов ведения пациентов с генитальным герпесом, обладая при этом высокими показателями в плане повышения качества жизни пациентов и предупреждения передачи инфекции партнерам, а также плоду и новорожденным.

Использование быстрого культурального метода для верификации герпетических заболеваний гениталий

Гомберг М.М., Ковалык В.П., Климова Р.Р., Куц А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ГУ НИИ вирусологии РАМН, г. Москва

Цель: изучить практическую значимость применения быстрого культурального метода (БКМ) в диагностике герпетического уретрита и баланопостита.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 105 пациентов с уретритом, у которых с помощью культурального исследования и ПЦР не выявлены ни гонококки, ни хламидии. У 15 (14,2%) из 105 пациентов имелся эрозивный баланопостит. Помимо ПЦР урогенитальный материал исследовали на наличие ВПГ с помощью БКМ — модификации культурального метода, позволяющей значительно ускорить получение результата. БКМ заключается в заражении чувствительных клеток культуры клиническим материалом от обследуемых лиц с последующей постановкой реакции непрямой иммунофлуоресценции. При этом использовали моноклональные антитела, взаимодействующие с общими антигенными детерминантами белков ВПГ-1 и ВПГ-2 — капсидным белком — 4А и поверхностным гликопротеидом gВ — 2С.

Результаты: из 105 пациентов с уретритом в соскобе из мочеиспускательного канала ВПГ-1 или 2 типов был обнаружен хотя бы одним методом у 38 (36,2%). При этом с помощью БКМ получено 37 положительных проб (97,4%), а с помощью ПЦР — 11 (29,0%). Разница в частоте выявления ВПГ с помощью разных методов достоверна (разница долей — 90,8; 95% доверительный интервал 11,4–725,8).

Из 15 пациентов, у которых имелся эрозивный баланопостит, в 11 случаях был выявлен ВПГ 1 или 2 типов, причем с помощью БКМ у 10, а с помощью ПЦР — у всех 11. У тех пациентов, у которых герпетический уретрит был ассоциирован с баланопоститом, отмечали более высокую инфекционную активность вируса, в 10 раз превышающую таковую у пациентов с уретритами без баланопостита.

Выводы: БКМ является удобным для практики и надежным методом верификации герпетических урогенитальных поражений. Преимуществами метода являются выявление только инфекционно активного вируса, возможность количественной оценки вирусной нагрузки и высокая чувствительность исследования.

Некоторые особенности клинических проявлений сифилиса в настоящее время

Горбовая Т.В., Амозов А.М., Коротков В.Д.

ОКВД, г. Мурманск

Цель: изучение особенностей течения манифестного сифилиса в настоящее время.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 370 медицинских карт амбулаторных больных первичным и вторичным сифилисом. В исследование вошли пациенты, проходившие специфическое лечение в ГУЗ «ОКВД» в период с 2004 по 2005 годы.

Результаты: в наблюдаемой группе больных мужчины составили 204 человека (55,1%), женщины — 166 человек (44,9%). Количество больных с первичным сифилисом 109 человек (29,5%), вторичным сифилисом кожи и слизистых 261 человек (70,5%).

Клинически первичный сифилис характеризовался наличием эрозивных твердых шанкров у 68,3% больных, язвенные дефекты — у 31,7% больных. Первичные аффекты носили множественный характер у 16,1% больных, что имеет высокую эпидемиологическую значимость. Причиной множественных твердых шанкров является одновременное заражение в нескольких местах при наличии нескольких входных ворот инфекции. Экстрагенитальную локализацию твердых шанкров имели 1,5% больных. Инфильтрат в основании твердого шанкра отсутствовал в 7,2%, что затрудняет дифференциальную диагностику сифилиса.

Осложнённые первичные аффекты (баланопостит, фимоз) наблюдались у 16,6% больных. Высокий процент осложнённый обусловлен наличием микст-инфекций либо попыткой самолечения. Регионарный лимфаденит отчётливо определялся у большинства больных — 94,6%. Односторонний паховый аденит определялся у 29,6% больных, двухсторонний у 70,4%. Специфический лимфангоит (воспаление лимфатического сосуда на протяжении от твердого шанкра до регионарных лимфатических узлов) встречается в единичных случаях — 2,4%. К моменту появления вторичных сифилидов сохранялись остатки эрозивных и язвенных шанкров в 42% случаев. Обильная розеолезная сыпь диагностировалась у 21,4% больных. С такой же частотой встречалась и поздняя розеола. Наиболее характерными высыпаниями для вторичного сифилиса были папулезные элементы. Они наблюдались у 61,4% больных. Папулы ладоней и подошв диагностировались у 26,4% больных, широкие кондиломы выявлены у 12,3% пациентов. Диффузная мелкоочаговая алопеция выявлена у 21,8%. Лейкодерма встречалась преимущественно у женщин в 3,1%.

Выводы: особенностями течения сифилиса в настоящее время является уменьшение реакции лимфатической системы на внедрение в организм бледной трепонемы, увеличение атипичных и осложнённых форм твердого шанкра, увеличение числа больных с изолированными проявлениями сифилитической инфекции.

Применение лазерно-магнитной терапии при хронических простатитах

Дегтярев О. В., Касаткин С.Н., Луцкий Д.Л., Курбаниязов Р.А., Кобяков И.Г.

ГОУ ВПО АГМА, ГУЗ ОКВД, г. Астрахань

Цель: изучить эффективность применения лазерно-магнитной терапии (ЛМТ) в лечении хронических урогенитальных простатитов.

Материалы и методы: методом ЛМТ было пролечено 40 больных хроническим урогенитальным простатитом в возрасте от 18 до 50 лет, с давностью заболевания от 5 месяцев до 4 лет. До и после лечения проводили ультразвуковое исследование предстательной железы, анализ секрета простаты, определяли феномен кристаллизации сока простаты, бактериологическое исследование, пейзаж отделяемого уретры, окрашенной по Граму. Лечение проводили ежедневно низкоэнергетическим лазерным излучением (аппарат АргениЕрго) низкочастотных магнитных полей бегущей (аппарат «Алмач-01»), перменной (аппарат «Эдма») и транскраниальной электротерапии (аппарат «Трансаир 02»). Транскраниальная терапия проводилась по классической методике 20–30 минут, сила тока до 2 мА с одновременным облучением крови красным лазером 5 Дж.

Экспозицию излучения проводили по средней линии живота непосредственно над лонным сочленением аппаратом «Эдма» контактно стабильно в течение 30 минут. Одновременно квазичастотным лазерным излучением (5 минут, 3 Дж, частота 20 000 Гц)

задействовали промежностную область между анусом и половым членом. Начиная с 5–6 процедуры, — ректально, с помощью световодной насадки, проводили экспозицию на предстательную железу одновременно красным и инфракрасным лазером в непрерывном режиме 10 минут (6 Дж), вместе с бегущим магнитным полем паравертебрально по поясничному отделу позвоночника. Для объективизации результатов лечения ЛМТ мы сформировали группу, которая не получила данную терапию (40 чел.).

Результаты: этиотропное излучение в группе получающих ЛМТ составило 87,5%, не получающих — 67,5%, исчезновение симптоматики и улучшение лабораторных исследований наблюдали у 97,5%, соответственно у 75 % пациентов улучшилось психоэмоциональное состояние.

Выводы: полученные результаты позволяют рекомендовать лазерно–магнитную терапию в комплексном лечении больных с хроническим уrogenитальным простатитом.

К вопросу о лечении хронических уретритов

Дмитриева М.В., Герасимова Н.М.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: оценить эффективность антибактериальной терапии различными препаратами у больных хроническими уретритами.

Материалы и методы: в исследование включены 55 мужчин в возрасте 19–40 лет с хроническим уретритом. У всех пациентов проведены соответствующие исследования, исключаящие ИППП. Критерии исключения: положительный результат исследования на ИППП; нейрогенные расстройства мочеиспускания в анамнезе; прием препаратов, влияющих на функцию мочевой и нервной систем; наличие сопутствующих заболеваний, имеющих симптомы, схожие с симптомами уретрита; наличие в анамнезе травм и операций на органах малого таза и мочеполовой системе. Проведен бактериологический посев отделяемого уретры на флору с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты: видовой состав микрофлоры уретры был представлен следующими микробами в высоких титрах: *Enterococcus spp.*–24,8%, *Str.agalactiae*–20,7%, *Enterococcus faecalis*–5,5%, *Corynebacterium*–12%, *E.coli*–9%, *Proteus vulgaris*–2%. Терапия хронических уретритов проводилась в соответствии со стандартами следующими антибактериальными препаратами: азитромицин, доксициклин, левофлоксацин, моксифлоксацин. Микробиологическая эффективность лечения составила при использовании азитромицина — 82,3%, доксициклина — 90,8%, левофлоксацина — 93,8%, моксифлоксацина — 95,6%.

Выводы: рекуррентные уретриты в 62% обусловлены пролиферацией условно–патогенной флоры, устойчивой к традиционным антибиотикам. Для адекватного лечения в таких случаях необходим выбор препарата на основании исследования чувствительности, что может способствовать повышению эффективности лечения пациентов хроническим уретритом. Моксифлоксацин высокоэффективен в лечении хронических уретритов.

Новые возможности лечения простого герпеса (по результатам многоцентрового исследования препарата «Кагоцел®»)

Долгих Т.И., Масюкова С.А., Петренко Л.А., Соколовский Е.В., Халдин А.А., Чернова Т.А., Ловенецкий А.Н.

г. Омск, г. Москва, г. Мытищи МО, г. С.–Петербург, г. Чебоксары, ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

Цель: оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности препарата «Кагоцел®» при лечении генитального и лабиального герпеса в рамках многоцентрового открытого контролируемого исследования.

Материалы и методы: всего под наблюдением находилось 146 пациентов, мужчин было 63, женщин — 83. Возраст больных распределялся следующим образом: 18–20 лет — 16, 21–30 лет — 72, 31–40 — 31, 41–50 лет — 23, свыше 50 лет — 4. По данным ПЦР исследования, ВПГ–1 был определен у 30 (20,5%) больных, ВПГ–2 у 49 (33,5%), ВПГ–1+ВПГ–2 у 23 (15,8%), ВПГ без определения типа у 18 (12,3%), отрицательный результат был получен у 6 (4,1%), не проводилось исследование, у 20 (13,8%) больных. Генитальный герпес был у 115, лабиальный у 31 больного. Длительность заболевания от 1 года до 5 лет отмечена у 49% больных, 6–10 лет — у 26%, 10–15 лет — у 14%, 16–18 лет — у 11% больных. Частота рецидивов генитального герпеса в год составила: 1–3 у 19 (16,5%) больных, 4–6 — у 26 (22,5%), более 6 — у 65 (56,5%), не установлено — у 5 (4,5%) пациентов; лабиального герпеса: 1–3 — у 6 (19,4%), 4–6 — у 15 (48,4%), более 6 — у 7 (22,6%), не установлено — у 3 (9,6%). Для лечения применялась таблетированная форма российского препарата «Кагоцел®» (ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»), с содержанием 0,012 г активного вещества в одной таблетке. «Кагоцел®» представляет собой высокомолекулярное соединение, полимерной основой которого является этерифицированная целлюлоза, ковалентно связанная с природным полифенолом, получаемым из семян хлопчатника. Препарат является активным индуктором аутологичного интерферона (ИФН). «Кагоцел®» вызывает образование в организме человека смеси «поздних» ИФН– α и – β в близких к физиологическим титрах, обладающих, как известно, высокой противовирусной активностью. Больные были разделены на 3 группы: пациенты 1–й группы получали только «Кагоцел®» (106 больных), второй — «Кагоцел®» + ацикловир (10 больных), третьей — только базисную терапию ацикловиром (30 больных). Схема лечения больных 1–й группы препаратом «Кагоцел®» при первичном эпизоде и рецидивах была следующей: по 2 таб. (0,012 г) три раза в сутки в течение 5 дней. Больным 3–й группы при первичном эпизоде и рецидивах назначался ацикловир в таблетках по 0,2 г по следующей схеме: по 1 таб. (0,2 г) 5 раз в день в течение 5 дней. Больные 2–й группы получали одновременное лечение «Кагоцелом®» и ацикловиром по указанным схемам.

Результаты: выраженность клинических признаков — боли, зуда, жжения, эпителизации эрозий, очищение от высыпаний — оценивалась в баллах до лечения, на 5–й день лечения и через 10 дней после его окончания. Сравнительный анализ клинической оценки эффективности лечения показал, что наилучшие результаты получены у больных первой («Кагоцел®») и второй («Кагоцел®» + ацикловир) групп: эволюция клинических проявлений завершилась на 5,6 и 3,2 дни соответственно, тогда как в 3–й группе этот срок составил 6,4 дня. При наблюдении в течение года после лечения «Кагоцелом®» рецидивов не отмечалось у 22,2%, у 49,9% был один–два рецидива, у остальных (27,9%) было 3 рецидива. При лечении ацикловиром показатели частоты рецидивов были близки к показателям 1–й группы: не было рецидивов у 26,4%, 1–2 рецидива — у 41,2%, три рецидива у 29,1%, более 3 у 3,3% больных. Однако наилучший результат был получен при одновременном приеме обоих препаратов: ни одного рецидива у 47,4%, 1–2 рецидива у остальных 52,6%. При оценке безопасности «Кагоцела®» ни у одного больного не было отмечено побочных действий, потребовавших отмены препарата, отсутствовали какие–либо неблагоприятные явления.

Выводы: на основании проведенных исследований установлено:

- использование в терапии простого герпеса препарата «Кагоцел®» приводит к полному регрессу клинических проявлений болезни, наступает стойкая ремиссия и сокращается число рецидивов;
- наилучшие результаты дает сочетанное применение «Кагоцела®» с ацикловиром;
- «Кагоцел®» хорошо переносится пациентами, не вызывает развития побочных эффектов.

Эффективность радиоволнового воздействия при папилломавирусной инфекции на фоне лечения генфероном

Дубенский В.В., Гармонов А.А., Чхатвал Н.А.
ТГМА, г. Тверь

Цель: изучение эффективности радиоволновой хирургии на аппарате «Surgitron» («Эллман») при папилломавирусной инфекции кожи и слизистых оболочек на фоне базисной терапии генфероном.

Методы: под нашим наблюдением находилось 643 больных с различными проявлениями папиллома-вирусной инфекции на коже, слизистых оболочках полости рта и гениталий (в том числе аногенитальные бородавки). Возраст больных варьировал от 12 до 72 лет. Ранее 33,7% больных проводилось оперативное лечение (электрокоагуляция, лазеродеструкция).

С целью противовирусного и иммуномодулирующего действия использовали отечественный препарат «Генферон» в виде ректальных суппозиторий.

В состав свечей Генферон входят активные вещества: интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 в дозировке 250000 МЕ, 500000 МЕ и 1000000 МЕ; таурин — 0,01 г, анестезин — 0,055 г. Все вещества, входящие в состав препарата, разрешены для использования в медицинской практике в качестве самостоятельных или вспомогательных веществ. Препарат не токсичен, не пирогенен, не обладает местнораздражающим действием.

Для радиоволновой коагуляции образований мы использовали аппарат радиоволновой хирургии «Surgitron» («Эллман»), осуществляющий разрезание тканей при помощи высокочастотных радиоволн (3,8 МГц), которые эмитируются проволочным электродом. Лечение проводили амбулаторно под инфильтрационной анестезией в трех режимах (резекция, коагуляция, фульгурация), что способствовало более радикальному удалению пораженной ткани.

Результаты: до лечения у больных с папиллома-вирусной инфекцией отмечалось снижение CD₄ до 62%, ИРИ до 0,7; показатели в сыворотке крови интерферонов-α и -γ уменьшились до 42% и 45%, соответственно. После проведенного лечения, эпителизация наступала в сроки 11±0,62 дня, без образования рубцовых изменений. Отдаленные наблюдения указали на излечение 96,1% больных, что коррелировало с восстановлением иммунных нарушений.

Выводы: комплексное применение радиоволнового воздействия и генферона при лечении папилломавирусной инфекции является высокоэффективными и приводит к излечению 96,1% больных.

Влияние ранних форм сифилитической инфекции на реологическую характеристику крови

Жуйкова О.С., Киричук В.Ф.
СГМУ, г. Саратов

Цель: изучение реологических свойств крови у больных ранними формами сифилиса.

Известно, что большое значение в патогенезе различных инфекционных заболеваний имеют нарушения в микроциркуляторном русле, в том числе его внутрисосудистого компонента: реологических свойств крови, гемостаза. При этом вызванные действием инфекционного агента изменения структурно-функциональной организации эритроцитов, тромбоцитов, вязкости крови не могут не сказаться на состоянии внутрисосудистого компонента микроциркуляции, обуславливая общую картину заболевания.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 17 пациентов с ранними формами сифилиса: 8 человек с вторичным, 9 — с ранним скрытым в возрасте от 20 до 36 лет. Контрольную группу составили 8 практически здоровых людей — добровольцев в возрасте от 20 до 26 лет. С помощью ротационного вискозиметра АКР-2 со свободно плавающим цилиндром изучалась вязкость образцов цельной крови объемом 0,85 мл при различных скоростях сдвига: 5, 10, 20, 50, 100, 150 и 200 об/с. Гематокритный показатель определялся центрифугированием в капилляре стабилизированной гепарином крови. На основании полученных результатов исследования вычисляли индексы агрегации и деформируемости эритроцитов, эффективность доставки кислорода к тканям.

Результаты: в ходе исследования установлено, что у больных ранними формами сифилиса имеются нарушения реологических свойств крови: возрастает вязкость крови как при малых, так и больших скоростях сдвига, повышена способность эритроцитов к агрегации и снижена деформируемость эритроцитов, что приводит к уменьшению степени доставки кислорода к тканям. Наиболее выражены изменения в вязкости крови, степени доставки кислорода к тканям у пациентов с ранним скрытым сифилисом.

Выводы: эти нарушения в гемореологии могут приводить к изменению микроциркуляции, возникновению гипоксии в различных тканях и способствовать развитию патологического процесса.

Мониторинг показателей микробиоценоза урогенитальной системы при хроническом хламидиозе

Зур Н.В., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Русанова Е.В.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Цель: изучение корреляции между микробным пейзажем слизистых оболочек урогенитальной системы и фагоцитарной функцией нейтрофилов при хроническом хламидиозе у фертильных женщин.

Материалы и методы: изучали обсемененность слизистых оболочек влагалища, цервикального канала, уретры, проб мочи с определением интегральных показателей фагоцитоза (индекс переваривания и индекс завершенности фагоцитоза — ИП, ИЗФ) при использовании S. aureus 209 P у 21 женщины репродуктивного возраста с затяжным, рецидивирующим характером течения хронических воспалительных заболеваний урогенитальной системы (эндо- и экзоцервицит, сальпингоофорит, эндометрит) сочетанной хламидийной этиологии (в 85,7% случаев идентифицировали *Mycoplasma hominis*, в 61,9% — *Ureaplasma urealyticum*, в 33,3% — *Trichomonas vaginalis*, в 19%: CMV — цитомегаловирус) в стадии обострения. Все больные получали комплексную терапию: антибактериальные, иммуностропные, антипротозойные препараты, антимикотики, ферменты, эубиотики, биологически

активные добавки, лечебное питание, местное лечение в зависимости от топического диагноза, физиолечение. Мониторинг микробиоценоза осуществляли до начала лечения, на фоне иммунотерапии пирогеналом, после окончания антибиотикотерапии; по окончании всего курса комплексной терапии. В целом была проанализирована 421 проба и выполнено 1418 исследований.

Результаты: у 65% больных с затяжным, рецидивирующим течением хламидийной инфекции выявлены существенные нарушения фагоцитарной функции нейтрофилов. В результате проведенной комплексной терапии установлена активизация фагоцитарной функции нейтрофилов в 50% случаев. Об этом свидетельствовало увеличение (в 2,5 раза) числа пациенток с нормальными значениями изученных показателей. При этом в 50% случаев произошла полная элиминация возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) из урогенитального тракта. Проведенный комплекс терапевтических мероприятий не оказывал отрицательного влияния на частоту обнаружения и концентрацию *Lactobacillus spp.* и *CNS*. Вместе с тем констатировано отсутствие в пробах *Enterococcus faecalis* и *Streptococcus* группы *viridans*, уменьшение концентрации *Enterococcus faecium* и эпизодическое появление *Escherichia coli* в незначительной (10^{2-3} КОЕ/мл) концентрации. Отмечено уменьшение (в 2 раза) числа пациентов с недостаточностью фагоцитарной функции нейтрофилов. У больных указанной группы только в 14,3% случаев констатирована полная элиминация возбудителей ИППП. Однако лечебные мероприятия у этих пациенток способствовали увеличению частоты выявления и концентрации *Lactobacillus spp.*, *Enterococcus faecium*; уменьшению идентификации *CNS*, элиминации дрожжеподобных грибов и *Candida albicans*, а также эпизодическому появлению *Escherichia coli* (10^4 КОЕ/мл).

Выводы: при хроническом хламидиозе у женщин репродуктивного возраста установлена прямая корреляционная зависимость между фагоцитарной функцией нейтрофилов (первой линии защиты от бактериальной инвазии) и микробным пейзажем урогенитальной системы. Недостаточность фагоцитарной функции нейтрофилов и в целом снижение ее бактерицидного потенциала оказывает существенное влияние на результаты комплексной терапии пациенток с хронической хламидийной инфекцией в стадии обострения. Указанное выше диктует необходимость использования в комплексной терапии иммуномодуляторов, активирующих фагоцитарную функцию нейтрофилов, особенно их бактерицидную активность.

Папиллома-вирусная инфекция — скрининговые исследования и комплексный метод терапии

Ключарева С.В., Ядыкин А.А., Катквичене Е.В.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, г. Санкт-Петербург

Цель: разработка принципов организации скрининговых исследований, направленных на активное раннее выявление онкогенных ВПЧ, создание комплексной системы мероприятий по лечению ПВИ (папиллома-вирусной инфекции) для предупреждения ее распространения в популяции, как меры профилактики вирусозависимых злокачественных новообразований.

Материалы и методы: для оценки эффективности терапии использованы следующие подходы: изучение распространенности и этиологической структуры ПВИ, выявлены сочетания ВПЧ с другими вирусами, хламидиями, иными микроорганизмами — для определения их роли в канцерогенезе, а также разработки дополнительных мер комплексной терапии и профилактики; сопоставление результатов обследования на ВПЧ до начала лечения и через месяц после окончания курса лечения; оценка сроков разрешения клинических проявлений ПВИ у больных, получавших разные препараты и схемы терапии.

Результаты: установлено, что распространенность онкогенных ВПЧ среди населения Санкт-Петербурга крайне высока, о чем свидетельствует факт нахождения их более чем у 1/3 больных дерматовенерического профиля: частота обнаружения онкогенных ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 45 и 56 типов составила 58,7%. При обследовании на носительство ВПЧ (27 типов) женщин репродуктивного возраста, не имеющих онкологических заболеваний, папиллома-вирусная микст-инфекция (ассоциация ВПЧ высокого и низкого онкогенного риска) устанавливается в 37,1% случаев. Нередким является сочетание онкогенных ВПЧ с гонореей, сифилисом, трихомонозом, вирусами герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна-Барр, хламидиями, уреоплазмами, микоплазмами. На большинстве территорий Северо-Западного федерального округа (СЗФО) заболеваемость раком шейки матки (РШМ) в последние годы обнаруживает характерную для всей нашей страны в целом тенденцию к росту, что является наглядной иллюстрацией неэффективности профилактики и лечения данного заболевания в этом регионе. Установлено, что ВПЧ 16 типа среди больных РШМ в Санкт-Петербурге выявляется в 68,3% случаев, ВПЧ 18 типа — в 11,7% случаев, сочетание двух вирусов высокого онкогенного риска (ВПЧ 16 и 18 типов) — в 16,7% случаев среди пациентов данной категории.

В лазерном центре СПбГМА им. И.И. Мечникова была проведена сравнительная оценка эффективности монотерапии и комбинированного лечения ПВИ у 152 больных (возраст 25 — 37 лет). I группу (52 человека) составили пациенты, в лечении которых использовался только метод лазеротерапии. II группу (46 человек) составили больные, получившие комбинированное лечение: лазеротерапия + системная иммунокоррекция (Иммуномакс 200 ЕД). Иммуномакс вводили парентерально однократно в 1, 2, 4, 6, 8, 10-е сутки после операции. III группу (54 человека) составили пациенты, получавшие помимо лазерной деструкции опухолевых очагов и иммуномакса (по вышеописанной схеме) местное лечение — «эпиген-интим» — спрей (5 раз в сутки в течение 10 дней). Наиболее показательными оказались результаты сравнения эффективности различных вариантов терапии ПВИ по критерию «частота рецидивов после лечения»: через 1 месяц в I группе рецидив заболевания был отмечен у 34,6%; во II группе у 21,7%; в III группе у 11,1% пациентов.

Выводы: организация скрининга на наличие ВПЧ и введение государственной регистрации ПВИ являются стимулом и начальным этапом для проведения целенаправленных противоэпидемических мероприятий, развития единой системы эпидемиологического надзора и профилактики этой инфекции и ассоциированных с ней неоплазий. Вполне очевидно, что комбинированное лечение с использованием метода ВЭЛТ, системной и местной терапии значительно снижает риск возникновения клинически определяемого рецидива ПВИ. В качестве примечаний можно заметить, что лечение беременных желательно проводить на ранних сроках беременности, с применением только ВЭЛТ в сочетании с наружной терапией эпиген-интимом.

Интерферентерапия в лечении синдрома хронической тазовой боли

Ковальк В.П., Абудуев Н.К., Бурцев О.А., Васильев М.М.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить эффективность интерферентерапии в комплексном лечении хронического абактериального простатита.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 126 пациентов с клиникой хронического простатита. Выраженность симптомов оценивали с помощью «Шкалы количественной оценки симптомов хронического простатита» (Лоран О.Б., Сегал А.С., 1998). У всех пациентов имелось повышенное содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы, а бактериологические исследования не выявляли значимых уропатогенов. В комплексном лечении 126 больных хроническим простатитом помимо антибактериальных, противовоспалительных препаратов, α -блокаторов была выделена группа из 24 пациентов, у которых дополнительно применяли интерферентерапию на тазовую область с помощью аппарата «Endomed-482» производства компании Enraf Nonius (Нидерланды). Интерферентерапия — метод лечения, основанный на использовании эффекта наложения двух среднечастотных импульсных токов, следующих в перекрестном направлении. В результате перекреста волн возникают так называемые биения. Интерферентерционный ток, по мнению ряда авторов, обладает бактерицидными или бактериостатическими свойствами, способствует нормализации работы мышц, устранению тканевой гипоксии, ему присуще болеутоляющее действие.

Скорость потока мочи контролировали с помощью урофлоуметра UroDin 1000.

Результаты: до лечения балл количественной шкалы симптомов не отличался в исследуемых группах и составил $16 \pm 3,9$, что соответствует умеренно выраженной клинической симптоматике. После лечения в группе пациентов, получавших традиционную терапию, балл выраженности клинических симптомов составлял $4,1 \pm 1,1$, а в группе, которой проводилась интерферентерапия, — $1,9 \pm 0,9$ (разность групп — 2,2; 95% доверительный интервал разности 1,7–2,7).

Средняя и максимальная скорость тока мочи до лечения не отличалась в исследуемых группах и составила $17 \pm 4,2$ мл/сек и $23 \pm 3,1$ мл/сек соответственно. После лечения в группе, получавшей традиционную терапию, эти показатели составили $27,4 \pm 3,8$ мл/сек и $20,1 \pm 4,3$ мл/сек, а в группе, которой дополнительно проводилась интерферентерапия, — $30 \pm 3,3$ мл/сек и $23,7 \pm 3,6$ мл/сек соответственно ($p=0,004$).

Субъективно пациенты отмечали стихание болей, облегчение мочеиспускания, улучшение сексуальной функции и общего самочувствия. Процедуры интерферентерапии легко переносились пациентами, не раздражая рецепторы кожи и не вызывая неприятных ощущений во время лечения.

Выводы: интерферентерапия является эффективным и безопасным методом, который улучшает результаты комплексного лечения абактериального хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли.

Динамические изменения в ликворе у больных ранним сифилитическим менингитом

Комкина Н. Г., Назаренко Н. В.

АГМУ, г. Барнаул; НГИУВ, г. Новокузнецк

Цель: изучение динамики ликворологических показателей у больных ранними формами сифилитического менингита в результате проводимой специфической терапии.

Материалы и методы: в группе больных нейросифилисом под нашим наблюдением находится 17 человек со специфическим менингитом, из них 10 мужчин и 7 женщин в возрасте от 25 до 60 лет, средний возраст составил 31,2 года. Пятнадцати пациентам был диагностирован асимптомный серозный менингит, двум — базальный менингоневрит с преимущественным поражением зрительного анализатора. При постановке диагноза оценивался неврологический статус, а также данные лабораторного исследования спинномозговой жидкости (СМЖ). В ликворе определялись цитоз, белок, сахар, глобулиновая реакция Панди, реакция Ланге и серологические реакции (комплекс серологических реакций с кардиолипновым и трепонемным антигеном в разведениях 1:5, 1:1 и с цельным ликвором, РИФ–абс, РПГА и ИФА). Кроме того, всем пациентам проводилось нейровизуализационное обследование (МРТ) и нейрофункциональное обследование — вызванные зрительные и слуховые потенциалы. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 1,5 лет. При проведении контроля применялись те же методы обследования.

Результаты: при первичном обследовании у всех пациентов был выявлен плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов (от 11/3 до 49/3), у 4 — повышение уровня белка от 0,5 до 0,99 г/л., реакция Панди от 1+ до 3+. Позитивность серологических реакций была от слабо до резко положительной, причем у 5 человек положительным был только комплекс серологических реакций (КСР).

Все больные получили курс специфической терапии в условиях стационара натриевой солью пенициллина по 20 млн в сутки в течение 14 дней. Контрольное ликворологическое обследование проводилось через 6 и 12 месяцев после окончания лечения. У 5 больных с асимптомным менингитом в течение первых 6 месяцев произошла полная санация ликвора (нормализовались цитоз, уровень белка), а также произошла негативация КСР. У одной женщины из этой группы негативировался КСР и сывороткой крови. У остальных пациентов с асимптомным нейросифилисом при нормальном цитозе в СМЖ сохранялись позитивными серологические реакции, в т. ч. КСР, что явилось показанием для проведения повторного курса специфического лечения.

Что касается больного с базальным менингоневритом, то, несмотря на повторные курсы специфического лечения в сочетании с неспецифическими методами терапии, полного выздоровления достигнуто не было: в ликворе сохранялся плеоцитоз (через 6 мес. — 18/3, через 12 мес. — 15/3) при нормализовавшемся уровне белка, серологические реакции также сохранялись положительными без динамики в сторону негативации.

Выводы: плеоцитоз является основным показателем активности процесса в центральной нервной системе. Специфичность процесса подтверждается данными серологических исследований (КСР, РИФ, РПГА, ИФА), причем, на наш взгляд, ведущее значение при наблюдении в динамике и оценке эффективности лечения имеет КСР.

Базальные процессы, характеризующиеся преимущественным вовлечением зрительного нерва, менее чувствительны к традиционным методам терапии, что требует поиска дополнительных методов лечения.

Виусид в алгоритме комплексной терапии папиллома-вирусной инфекции

Королева Ю. В., Савенков В. В., Помазанов В. В.

АМТН РФ «Каталисис-ЛК», КВД № 3, г. Москва

Цель: изучение эффективности и безопасности препарата виусид, содержащего глицирризиновую кислоту, комплекс аминокислот, витаминов и микроэлементов («Catalysis, S. L.», Испания) в комплексной терапии папиллома-вирусной инфекции.

Материалы и методы: под наблюдением находились 38 пациентов, из которых 24 имели аногенитальные бородавки, 9 — вульгарные бородавки кистей и 5 — папилломатоз гладкой кожи (шея, аксилярные области). Контрольная группа включала 11 человек, из которых 4 человека были с вульгарными бородавками и 7 — с аногенитальными бородавками. Диагностику всем

пациентам проводили следующими методами: ПЦР для выявления ДНК папилломавирусов высокого канцерогенного риска, традиционное иммунологическое обследование с определением интерферонов статуса.

Результаты: в основной группе пациенты получали комплексное лечение: местная терапия и общая препаратом виусид. В контрольной группе — 11 человек, которым проводилась только местная терапия с помощью кондилина, солкодерма или электрокоагуляции. Виусид пациенты получали по 3,2 г (1 порошок) 3 раза в день, после еды, предварительно растворив в 1/3 стакана воды в течение 2–3 месяцев. Действующее начало виусида — это глицирризиновая кислота, которая определяет мощное инактивирующее действие на различные типы ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Первые контрольные исследования проводили через 5–6 недель после начала приема препарата, второе исследование — через 4 месяца. Эпителлизация поверхности кожи и слизистых на местах удаленных патологических образований у пациентов основной группы происходила: через 5–6 недель — у 8 пациентов (21 %) и через 4 месяца — у 30 пациентов (79%). В контрольной группе эпителлизация наступила через 5 недель — у 1 пациента, а у остальных — через 4–5 месяцев. Рецидивы возникновения в основной группе через 1 год развились у 3 человек (7,9%), в контрольной группе — у 3 человек (33%). Таким образом, у пациентов, принимавших виусид, частота развития рецидивов заболевания в 4 раза меньше, чем у пациентов, использовавших только местную терапию.

Выводы: виусид в комплексной терапии папиллома-вирусной инфекции различной локализации улучшает репаративные процессы в тканях. Главным преимуществом препарата является его безопасность и возможность его применения для профилактики рака шейки матки. При его испытаниях и многолетнем использовании не зафиксировано проявлений токсичности как у нас в стране, так и за рубежом. Применение виусида в комплексе с наружной разрушающей терапией давало более стойкий терапевтический эффект и значительное уменьшение частоты рецидивов. Виусид может быть рекомендован в качестве безопасного препарата широкого спектра противовирусного действия для использования врачами различных специализаций.

Диагностическая значимость активности сывороточного ФНО- α у больных урогенитальным хламидиозом

Кошкин С.В., Зайцева Г.А., Чермных Т.В.

КГМА, Кировский НИИ гематологии и переливания крови, г. Киров

Цель: оценить взаимосвязь повышения активности провоспалительного цитокина ФНО- α с наличием клинических проявлений урогенитального хламидиоза (УГХ).

Материалы и методы: проведено исследование активности провоспалительного цитокина ФНО- α в сыворотке крови 80 больных хламидиозом (44 мужчины, 36 женщин). У здоровых лиц активность данного цитокина в сыворотке крови не превышает 50 пкг/мл.

Результаты: у 32 (40,0%) обследованных нами больных (20 мужчин и 12 женщин) показатели ФНО- α превышали норму. Среди мужчин выделили 2 группы: I группа (20 человек) — с уровнем ФНО- α > 50 пкг/мл, II группа (24 человека) — с активностью \leq 50 пкг/мл. В I-й группе у 6 (30,0%) больных уровень ФНО- α варьировал от 50 до 100 пкг/мл, у 9 (45,0%) — от 100 до 200 пкг/мл, у 1 (5%) — от 200 до 300 пкг/мл, у 4 (20,0%) — превышал 300 пкг/мл. Из этой группы у 19 (95%) пациентов выявлен хронический простатит в стадии обострения. У 16 человек (66,7%) из 2-й группы показатели ФНО- α не достигали 1 пкг/мл, у 6 (25,0%) — колебались от 1 до 10 пкг/мл, у 2 (8,3%) — от 20 до 50 пкг/мл. Среди больных этой группы хронический простатит был выявлен у 14 (58,3%) человек. При статистической обработке данных установлено достоверное преобладание больных хроническим простатитом в I группе ($p < 0,01$). По результатам исследования активности ФНО- α у 36 женщин, больных УГХ, также выделили 2 группы: I группа (12 больных) — с показателями ФНО- α > 50 пкг/мл, 2 группа (24 больных) — с показателями ФНО- α \leq 50 пкг/мл. У женщин I-й группы ФНО- α в 3 случаях (25,0%) составил 50–100 пкг/мл, в 5 (41,7%) — 100–200 пкг/мл, в 4 (33,3%) — >300 пкг/мл. У всех пациенток данной группы диагностированы воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). У 15 (62,5%) больных 2-й группы уровень ФНО- α не превышал 1 пкг/мл, у 7 (29,2%) составил 1–10 пкг/мл, у 2 (8,3%) — >20 пкг/мл. Из 24 пациенток 2-й группы ВЗОМТ зарегистрированы только у 2 (8,3%) женщин. При статистической обработке данных получено достоверное преобладание больных с ВЗОМТ в I-й группе ($p < 0,01$).

Выводы: таким образом, активность ФНО- α выше нормальных значений регистрировалась у мужчин с клиническими проявлениями простатита и у женщин с клиническими проявлениями аднексита. Повышение активности данного цитокина в сыворотке крови больных УГХ следует расценивать как диагностический критерий хронического простатита у мужчин и ВЗОМТ у женщин.

Характер иммунологических изменений у больных урогенитальным хламидиозом с различной активностью ФНО- α

Кошкин С.В., Зайцева Г.А., Чермных Т.В., Дрожжина М.Б., Рябова В.В.

КГМА, Кировский НИИ гематологии и переливания крови, г. Киров

Цель: оценить выраженность иммунологических нарушений у больных урогенитальным хламидиозом (УГХ) с различной активностью ФНО- α .

Материалы и методы: провели иммунологические исследования у 50 больных УГХ с различной степенью активности ФНО- α . Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от степени активности цитокина: I группа (29 человек) — ФНО- α > 50 пкг/мл; 2 группа (21 человек) — с предельно низким значением ФНО- α < 1 пкг/мл. Для верификации хламидийной инфекции использовались методы ПИФ и ПЦР. У всех пациентов исследовали основные показатели клеточного, гуморального иммунитета и факторы неспецифической резистентности. Группой сравнения явились 300 здоровых человек (доноров крови).

Результаты иммунологических исследований показали достоверное снижение количества лейкоцитов ($p < 0,001$), повышение общего количества лимфоцитов ($p < 0,001$), снижение абсолютного и процентного содержания В-лимфоцитов ($p < 0,05$) у пациентов I-й группы по сравнению с контролем. При анализе иммунологических исследований во 2-й группе больных констатировали достоверное снижение количества лейкоцитов ($p < 0,001$), абсолютного количества Т-лимфоцитов ($p < 0,05$), абсолютного и процентного содержания В-лимфоцитов ($p < 0,001$; $p < 0,01$) и ФАН ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. При сравнении иммунологических показателей у больных обеих групп между собой выявили более выраженные изменения у больных с высокой активностью ФНО- α (увеличение процентного содержания лимфоцитов ($p < 0,05$) и процентного содержания CD8-клеток ($p < 0,05$). Следует отметить, что в I-й группе у 28 (96,5%) из 29 человек зарегистрировано поражение верхних отделов мочеполового тракта: хро-

нический простатит у 16 больных, ВЗОМТ — у 12 женщин. В группе больных УГХ с уровнем ФНО- α <1 пкг/мл только у 5 мужчин диагностирован хронический простатит.

Выводы: результаты исследования показали, что более значимые изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета наблюдаются у больных УГХ с высокой степенью активности ФНО- α . Определение активности указанного цитокина в купе с иммунологическим анализом позволяет оценить выраженность воспалительного процесса у больных урогенитальным хламидиозом, что нужно учитывать при проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Современные требования к диагностике генитальной папиллома-вирусной инфекции: количественный подход

Куведа Д.А., Шипулина О.Ю., Минкина Г.Н., Пиксасова О.

ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, МГМСУ, г. Москва, ООО «ИнтерЛабСервис»

Цель: разработка методики количественного определения широкого спектра генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (12 типов) и оценка ее клинических характеристик в условиях скрининга.

Материалы и методы: в качестве метода для выявления и количественного определения ДНК ВПЧ использовалась полимеразная цепная реакция в реальном времени. В разработанной для этих целей тест-системе «Амплиценс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT» используется принцип амплификации с выщеплением 5'-концевой метки специфического зонда (TaqMan Assay) и принцип группоспецифических олигонуклеотидов, способных амплифицировать фрагменты ДНК нескольких представителей филогенетической группы. Количественное определение основано на использовании стандартных образцов с известной концентрацией ДНК ВПЧ и ДНК человека. Результат рассчитывается в геномных эквивалентах вируса (г.э.) нормализованных на 10^5 геномов человека. Нормализация на количество геномов позволяет нивелировать эффект вариаций забора клинического материала. Порог релевантного количества вируса принимался равным 10^3 г.э. на 10^5 геномов человека, что примерно соответствует (при использовании предложенного нами метода забора образцов (цервикальный цитологический зонд помещается в 600 мкл транспортной среды и сохраняется до доставки в лабораторию), метода экстракции ДНК (ДНК-Сорб-АМ и ДНК-Сорб-Д, ФГУН ЦНИИЭ) порогу в 1 пг/мл ДНК ВПЧ, описанному Snijders и Lorincz. Оценка возможностей количественной оценки проведена на 99 образцах, охарактеризованных методом жидкостной цитологии и гистологии как H-SIL или РШМ и 305 образцах, охарактеризованных как норма или реактивные изменения.

Результаты: в ходе исследования при помощи разработанной методики образцов H-SIL и РШМ ДНК ВПЧ выявлена в 99,0% случаев (98 из 99), при введении количественного порога 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов — в 98,0% (97 из 99). В одном образце вирусная нагрузка составила 2,9 lg, что оказалось на 0,1 ниже порогового значения. При попытке повысить пороговое значение до 10^4 г.э. ВПЧ (4lg) на 10^5 геномов количество выявленных случаев H-SIL составило 84,8% (84 из 99). Таким образом, в случае тяжелой дисплазии и рака вирусная нагрузка практически никогда не оказывается ниже порога 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов, при этом попытка повысить данный порог приводит к потере чувствительности. При исследовании образцов нормы или реактивных изменений ДНК ВПЧ выявлена в 36,8% образцов (112 из 305) (специфичность 63,2%). Введение порога клинической значимости на уровне 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов позволило отсеять 51% ВПЧ положительных образцов с диагнозом норма или реактивные (57 из 112) как содержащих незначимое количество вируса. Таким образом, при использовании порога клинической значимости ДНК ВПЧ в образцах нормы или с реактивными изменениями выявляется в 18,1% (55 из 305) (специфичность 81,9%).

Выводы: разработана методика количественного определения 12 генотипов ДНК ВПЧ на основе ПЦР в режиме реального времени и показано, что введение порога клинически значимого количества вируса на уровне 10^3 г.э. на 10^5 геномов человека позволяет повысить специфичность исследования с 63,2% до 81,9% при сохранении чувствительности на высоком уровне — 98%. Таким образом, введение порога вирусной нагрузки может быть рекомендовано для проведения более специфичного скрининга.

Опыт диагностики сифилиса с использованием современных регламентированных методов (по материалам Саратовского областного кожно-венерологического диспансера)

Куляш Г.Ю., Сабеев М.И., Шерстобитова Л.А.

ГУЗ Саратовский ОКВД, г. Энгельс

Цель: организационная, диагностическая и эпидемиологическая оценка результатов внедрения и использования регламентированных методов серодиагностики сифилиса в Саратовской области в период с 2001 по 2006 гг.

Материалы и методы: анализ лабораторных отчетов, историй болезней пациентов и ежегодных статистических отчетов по областной заболеваемости сифилисом.

Результаты: реализация требований приказа МЗ РФ № 87 обеспечила последовательное внедрение современных регламентированных методов ИФА и РПГА в кожно-венерологических диспансерах и неспециализированных ЛПУ Саратовской области. При этом масштаб использования указанных трепонемных тестов для скрининга и диагностики сифилиса характеризовался ежегодным возрастанием. Одновременно отмечалось снижение доли старого КСР в структуре серологических исследований, достигшее 50,6% по итогам 2006 г. Основными причинами сохранения КСР на основе реакций Вассермана (RW) остаются недостаточное финансирование ЛПУ и возможность неоднозначной трактовки положений приказов МЗ РФ № 87 и 327, а также действующих методических указаний № 98/273 о допустимости применения RW в практическом здравоохранении.

Клинико-лабораторные исследования, выполненные в Саратовском ОКВД, подтвердили более высокую диагностическую ценность современных регламентированных реакций по сравнению с RW. В соответствии с этим возрастание масштабов применения унифицированных тестов с улучшенными показателями чувствительности и специфичности способствовало более активному выявлению всех вариантов сифилитической инфекции, включая ее скрытые формы, и увеличению объема ежегодно проводимых противоэпидемических мероприятий.

В то же время активная замена старого КСР на унифицированные трепонемные тесты ИФА и РПГА обнаружила проблемы, трудноразрешимые на областном уровне. Так, заболеваемость сифилисом в Саратовской области увеличилась с 60,2 случая на 100 тысяч населения в 2005 г. до 73,1 случая — в 2006 году. При этом рост приведенного совокупного показателя заболеваемости был вызван преимущественно увеличением доли скрытых форм сифилиса, диагностика которых, согласно выборочному

ретроспективному анализу групп обследуемых, в 37–55% случаев основывалась на серопозитивности пациентов в ИФА и РПГА при отрицательных результатах их серологического тестирования в РМП. Представленные данные способны отражать как действительный подъем заболеваемости сифилисом на фоне его адекватной регистрации современными эффективными методами серодиагностики, так и особенности использования трепонемных тестов в популяциях высокого риска. Указанные тесты, наряду с высокими чувствительностью и специфичностью, отличаются низкой способностью к негативации положительных реакций на IgG у адекватно пролеченных больных. Это обстоятельство и недостаточная диагностическая эффективность отечественных тест-систем для проведения ИФА с целью выявления противотрепонемных IgM обуславливают сложность дифференциальной диагностики скрытого РМП-негативного сифилиса и остаточной серопозитивности у пациентов, которые получили специфическое лечение от сифилиса в прошлом, но не были зарегистрированы в КВД в установленном порядке. Последнее создает основу для гипердиагностики скрытого сифилиса у части обследуемых и является важной медико-социальной проблемой, требующей совместных усилий со стороны региональной и федеральной дерматовенерологической служб.

Выводы:

1. Проведенные в Саратовской области организационные мероприятия по внедрению современных регламентированных методов серодиагностики сифилиса следует оценивать как результативные, вместе с тем полное прекращение использования старого КСР неосуществимо без адекватного финансирования ЛПУ и согласованности действующих нормативных документов по вопросу допустимости применения RW в практическом здравоохранении.

2. Высокие показатели чувствительности и специфичности ИФА и РПГА увеличивают результативность выявления всех форм сифилиса, однако требуется разработка новых доступных и надежных способов лабораторного подтверждения или исключения бессимптомной сифилитической инфекции у РМП-негативных лиц с целью обеспечения ее достоверной диагностики, обоснованного лечения и адекватной статистической отчетности.

Информативность исследования секрета предстательной железы на инфекции, передаваемые половым путем, у больных хроническим простатитом

Лецалюк Ю.Ф., Уразов Ф.Ф.

Клиника мужского здоровья, г. Оренбург

Цель: сравнить результаты исследования секрета предстательной железы на наличие возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и содержимого уретры у больных хроническим простатитом.

Методы: под наблюдением в ООО «Клиника мужского здоровья» находилось 79 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет, предъявлявших характерные для хронического простатита жалобы. Проведенные клинические, инструментальные и лабораторные обследования подтвердили диагноз. Всем пациентам было проведено параллельное обследование на наличие возбудителей ИППП несколькими методами: полимеразная цепная реакция (ПЦР), культуральный метод и прямая иммунофлуоресценция (ПИФ) двух биологических жидкостей — отделяемого (или соскоба) уретры и секрета предстательной железы.

Результаты: из 79 больных хроническим простатитом возбудители ИППП обнаружены у 63, что составляет 79,7%. Наиболее частым этиологическим фактором, вызывающим простатит, являлась *Chlamydia trachomatis*, которая была обнаружена у 38 пациентов, т.е. у 60,3% из группы больных, у которых выявлены возбудители ИППП. *Trichomonas vaginalis* выявлена у 21 (33,3%) больного, кроме того, были обнаружены *Ureaplasma urealyticum* у 11 (17,5%), *Neisseria gonorrhoeae* у 7 (11,1%), *Mycoplasma genitalium* у 6 (9,5%), *Candida albicans* у 2 (3,2%), *Herpes simplex* у 2 (3,2%). Смешанная инфекция из двух патогенов присутствовала у 9 обследованных, из трех — у 3 больных.

Частота выявления возбудителей ИППП у мужчин, страдающих хроническим простатитом, оказалась выше при исследовании секрета предстательной железы, чем исследование отделяемого (или соскоба) мочеиспускательного канала. Причем расхождение результатов исследования составляло до 27% при использовании ПЦР и до 19% при культуральном методе.

Выводы: основной этиологической причиной уретрогенного хронического простатита у мужчин в возрасте до 45 лет являются возбудители ИППП. Несмотря на возрастающую популярность молекулярных методов диагностики ИППП, в частности ПЦР, нередки ситуации, когда результаты ПЦР противоречат данным клиники и результатам других методов исследования — культуральным, серологическим и иммунофлуоресцентным. Подобные случаи порождают недоверие к высокочувствительной и специфичной ПЦР как со стороны пациентов, так и со стороны специалистов. Решить все вопросы может только дифференцированный подход к обследованию.

У мужчин, больных хроническим простатитом, исследования секрета предстательной железы для идентификации возбудителей ИППП с помощью ПЦР или при использовании культуральной диагностики являются более информативными и представляют большую диагностическую ценность, чем исследование содержимого уретры. В большей степени это касается метода ПЦР.

Применение местной иммулотропной терапии у женщин с заболеваниями, сопровождающимися выделениями из влагалища

Любыхтова Д.А.

МГМСУ, г. Москва

Цель: оценить эффективность местной иммулотропной терапии заболеваний, сопровождающихся выделениями из влагалища.

Методы: в исследование включили 9 женщин репродуктивного возраста с жалобами на выделения из влагалища. На основании клинико-лабораторных исследований у 3 женщин диагностирован кандидозный вагинит, у 3 — бактериальный вагиноз, у 3 — смешанная бактериально-кандидозная инфекция. Больным проводили местную иммулотропную терапию препаратом иммуномакс. Для этого 200 ЕД иммуномакса перед применением растворяли в 5 мл стерильной воды для инъекций. Полученным раствором проводили орошение слизистой оболочки стенок и сводов влагалища. После орошения пациентки оставались в положении лежа 10 минут. Процедуры проводились в течение 3 дней ежедневно, затем выполняли еще 3 процедуры через день. Эффективность лечения оценивали по динамике жалоб пациенток, данным клинического обследования и результатам микроскопических тестов.

Результаты: до лечения жалобы на выделения предьявляли 9 пациенток, на зуд — 7, на дизурию — 2. После лечения только у одной пациентки оставались жалобы — на выделения. Объективно до лечения наблюдали отек слизистой влагалища у одной пациентки, гиперемия слизистой — у 2. При микроскопии повышенное количество лейкоцитов выявляли у 5 женщин. После лечения визуальных признаков воспаления не наблюдалось. Лейкоцитоз сохранялся у 4 пациенток. Нормализации состояния микрофлоры удалось добиться у 6 пациенток.

Выводы: установлено, что с помощью местной иммуностропной терапии могут быть достигнуты хорошие клинические и лабораторные результаты.

Клинико–серологические особенности раннего манифестного сифилиса, протекающего как сочетанная инфекция

Мавлютова Г.И., Батыршина С.В.

КГМА, г. Казань

Цель: изучить влияние сопутствующих ИППП на клиническую картину и динамику серологических тестов у больных ранним манифестным сифилисом.

Материалы и методы: 204 больных первичным и вторичным сифилисом, скрининговые и диагностические тесты для выявления сифилиса и других ИППП, математическая и статистическая обработка.

Результаты: рекомендованное стандартами обследование обнаруживало возбудители других ИППП в 35% случаев. Культуральная диагностика, ПИФ и ПЦР определяли сопутствующие инфекции почти у половины (46%) больных. Верифицированы трихомонады (19%), гонококки (7%), хламидии (7%), которые в 2% случаев сочетались с остроконечными кондиломами, в 2% — с клиническими проявлениями генитального герпеса. В 22% случаев определялись заболевания, вызываемые условными патогенами: бактериальный вагиноз (12%), урогенитальный кандидоз (9%). ВИЧ-инфицирование диагностировано в 1%, туберкулез легких в 2%, носительство вируса гепатита С — в 2% случаев. В 30% случаев инфекционный индекс составил 2, в 12% — 3, в 4% — 4, наиболее часто (44%) он был повышен у больных во вторичном рецидивном периоде. У всех пациентов со специфическим поражением нервной и сердечно–сосудистой системы сифилис протекал как сочетанная инфекция. В отношении больных с сопутствующими ИППП чаще в 1,7 раза допускались диагностические ошибки ($p < 0,05$).

Установлены достоверные клинические особенности сочетанной сифилитической инфекции. У больных в первичном периоде язвенные и экстрагенитальные твердые шанкры регистрировались чаще в 1,4 раза. Базальный инфильтрат, регионарный лимфаденит, Треропета pallidum с поверхности твердого шанкра обнаруживались реже в 3,0; 1,6 и 1,6 раза соответственно. Твердый шанкр чаще в 2,5 раза сопровождался зудом. У больных во вторичном периоде розеолезная сыпь, эритематозная ангина, высыпания в полости рта, полиаденит фиксировались реже в 1,3; 3,0; 1,4 и 1,5 раза соответственно. Чаще определялись сочетание розеола с папулами (в 1,6 раза) и симптомы Пинкуса и Григорьева–Фурнье (в 5,0 раз). Папулезная сыпь реже локализовалась на туловище, ладонях, подошвах (в 1,3; 1,8; 2,2 раза), чаще — в перианальной и аногенитальной области, на голове и на лице (в 6,4; 3,0; 1,8; 2,7 раза).

МРП и КСР с нетрепонемным антигеном у больных с сочетанной инфекцией обнаруживали большую чувствительность, чем у больных без сопутствующих ИППП, с достоверностью $p < 0,05$ в первичной серопозитивной и $p < 0,0001$ — во вторичной стадии. Чувствительность КСР с трепонемным антигеном, наоборот, снижалась ($p < 0,05$).

Результативность РИФ, ИФА и РПГА составила почти 100% и не различалась у больных из всех групп.

Выводы: почти у половины больных сифилисом повышен инфекционный индекс. Ассоциация сифилиса с другими ИППП приводит к более злокачественному и атипичному течению, росту диагностических ошибок, затруднению верификации Треропета pallidum методом темнопольной микроскопии, повышению чувствительности нетрепонемных, отборочных тестов и снижению — трепонемных. При этом наличие сопутствующих инфекций не изменяет результаты РИФ, ИФА и РПГА.

ВИРУ–МЕРЦ в терапии больных контагиозным моллюском

Мавлютова Г.И., Батыршина С.В., Глузгольд И.З., Халевина Е.И.

КГМА, РККВД, г. Казань

Цель: оценить эффективность противовирусного препарата для наружного применения Виру–Мерц в терапии больных контагиозным моллюском.

Материалы и методы: под наблюдением находились 22 пациента с клиническими проявлениями контагиозного моллюска, в возрасте от 6 до 29 лет (мужчин 6, женщин 16) с длительностью заболевания от 1 до 9 месяцев.

В режиме монотерапии (смазывание очагов 5 раз в сутки в течение 14 дней) Виру–Мерц применялся у 8 пациентов, в том числе у 6 мужчин и 2 женщин, у которых имелись диссеминированные элементы диаметром до 0,5 см.

У 14 пациентов (все женщины) определялись патологические очаги диаметром 0,5–1,0 см, которые были удалены вручную, более мелкие папулы обрабатывались препаратом 5 раз в сутки также в течение 14 дней.

Результаты: клиническое улучшение в виде уменьшения папулезных элементов в размере начиналось на 5–6–й день от начала терапии. Клиническое выздоровление в конце курса лечения наступило в 100,0% случаев. Препарат все больные переносили хорошо. Побочных явлений и/или осложнений не установлено ни в одном случае. Все пациенты находятся на диспансерном наблюдении в течение 4–7 месяцев, жалоб не предьявляют. Клинические рецидивы не фиксировались.

Выводы: Виру–Мерц является высокоэффективным препаратом в лечении больных контагиозным моллюском, имеет хорошую переносимость. При использовании Виру–Мерц не наблюдаются клинические рецидивы и случаи резистентности. Препарат может быть рекомендован для использования врачами дерматовенерологами в лечении больных с данной патологией.

Эффективность вагинального крема «Клиндацин» при лечении бактериального вагиноза в пубертатном периоде

Малова И. О., Наводникова А.Ю.

ИГМУ, г. Иркутск

Цель: изучить эффективность и безопасность применения 2% крема клиндамицина «Клиндацин» у подростков при бактериальном вагинозе.

Методы: объект исследования — 72 девушки в возрасте от 14 до 17 лет с диагнозом «бактериальный вагиноз». Диагноз устанавливали на основании 3 из 4 классических критериев Amsel R. (1983). Другие урогенитальные инфекции у девушек выявлены не были.

Для лечения наших пациенток мы использовали 2% крем клиндамицина: 33 девушки получали лечение кремом «Клиндацин», 39 — кремом «Далацин». Оба препарата назначали в одинаковом режиме: по 5 г (полному аппликатору) на ночь внутривлагалищно в течение 6 дней. Контроль излеченности проводили через 3 недели после окончания курса местной терапии.

Результаты: на момент клинко-лабораторного контроля клиническое выздоровление было достигнуто у 31 (93,9%) больной, получавшей «Клиндацин», и у 36 (92,3%) больных, получавших «Далацин». У этих пациенток прекратились выделения из половых путей, исчезли жалобы на зуд, дискомфорт в области вульвы и влагалища. Выделения утратили неприятный рыбный запах. При объективном обследовании этих девушек слизистая влагалища оставалась спокойной, гиперемии и отечности не выявлялось.

У 2 больных, получавших «Клиндацин», и у 3 — получавших «Далацин», на клинко-лабораторном контроле была выявлена незначительная гиперемия влагалищной слизистой, у 2 пациенток сопровождавшаяся периодическим зудом с появлением выделений из влагалища творожистого характера. У этих 5 пациенток до лечения при микроскопии влагалищного отделяемого выявлялись элементы дрожжеподобных грибов. Микроскопическое исследование влагалищных выделений во время контроля излеченности установило наличие почкующихся клеток и псевдомицелия, что мы расценили как побочный эффект лечения клиндамицином. При этом признаки бактериального вагиноза у этих пациенток отсутствовали.

pH-метрия влагалищной среды показала сдвиг в кислую сторону: у 30 (90,9%) девушек, получавших «Клиндацин», и у 35 (89,7%), получавших «Далацин», pH снизилась до 4,0–4,5, достигнув нормальных значений. У 3 девушек с pH влагалищной среды 7,0 после лечения «Клиндацином» этот показатель снизился до 5,0. Аминотест, проведенный после лечения, показал отрицательный результат у всех пациенток.

Микроскопическое исследование отделяемого влагалища после лечения позволило констатировать элиминацию «ключевых» клеток у 31 (93,9%) больной, получавшей «Клиндацин», и у 36 (92,3%) больной, лечившейся «Далацином».

Выводы: по клинической и микробиологической эффективности при лечении бактериального вагиноза 2% крем «Клиндацин» не уступает 2% крему «Далацин». Клиническая и микробиологическая эффективность препарата у подростков высока (93,9%), а побочные эффекты в виде усиления грибковой условно-патогенной флоры влагалища — минимальны (6,1%). Учитывая, что в понятие «комплаентность лечения» включается и цена препарата, что важно особенно в юном и молодом возрасте, то, на наш взгляд, целесообразнее и рациональнее пациенткам этой группы назначать «Клиндацин».

Стратегия врача при планировании беременности у женщин

Марченко Л.А., Лушкова И.П.

ГлаксоСмитКляйн, г. Москва

Герпетические поражения известны с библейских времен. Первое научное описание герпетической лихорадки было сделано Геродотом в сотом году до нашей эры (Wildy P. Herpes viruses 1973).

Впервые клинические проявления ГГ были описаны в 18 веке во Франции (J. De Morbis Venereis Libri Sex). В середине 19 века было доказано, что вирус герпеса поражает не только наружные половые органы, но может локализовываться на слизистой влагалища и шейки матки.

В 1886 году Doday и Douon издали первый научный труд — «Генитальный герпес», однако этиологическая природа этого заболевания была выяснена только в 20 веке (J. Clin. Microbiol. — 1986).

Согласно сводным данным, опубликованным в 2004 г. в практических рекомендациях для акушеров-гинекологов, 26% женщин старше 12 лет являются носителями ВПГ2 инфекции, что подтверждено типоспецифическим серотипированием. Частота встречаемости антител начала неуклонно возрастать с 1970-х годов, и ежегодно число новых случаев ВПГ2 достигает 910 000 (Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists 2004 №57). Частота ВПГ инфекции в России составляет около 90% женского населения закрытой популяции.

Неонатальный герпес встречается значительно реже и зависит от изучаемой популяции и региона.

Страна	Частота неонатального герпеса
Австралия	1 : 10 000 — 11 000
Дания	1 : 42 000 (1977–1984 гг.) 1 : 22 000 (1985 — 1991 гг.)
Великобритания	1 : 60 000
США	1 : 15 000
США Seattle, Washington	1 : 3 200 (Brown et al.)
Россия (НЦ АГ и П РАМН)	1 : 3127 (Гуртовой Б.Л., Зайдиева З.С. 1997 г.)

Патогенез неонатальной ВПГ2 инфекции хорошо изучен, и в 85% случаев ребенок заражается при прохождении через половые пути матери, в 15% заболевание возникает постнатально и только в 5% наблюдается внутриматочное заражение. Риск внутриутробного инфицирования плода вирусом простого герпеса обусловлен: вариантом клинического течения заболевания (первичный эпизод заболевания или рецидив инфекции); особенностями клинической картины (типичное, атипичное или

бессимптомное течение); продолжительностью контакта плода с инфицированными родовыми путями матери; стадией герпетических высыпаний. В 75 % случаев дети с тяжелой диссеминированной формой инфекции рождаются от матерей с атипичным течением генитального герпеса.

В настоящее время принято различать факторы высокого и низкого риска передачи инфекции.

Факторы высокого риска	Факторы низкого риска
1. Истинный первичный эпизод генитального герпеса (50%)	4. Рецидивирующий генитальный герпес до беременности (0–8%)
2. Дискордантная пара по ВПГ инфекции	5. Продукция материнских ВПГ–2 антител до беременности
3. Использование кожных электродов или забор крови у плода	

Для подтверждения в клинической практике истинного первичного эпизода генитального герпеса врачу необходимо пользоваться Вашингтонскими критериями, которые включают:

- 1) Не менее 2 экстрагенитальных симптомов ГГ, включающих лихорадку, миалгии, головную боль, тошноту.
- 2) Множественные билатеральные генитальные поражения с выраженной локальной болью и гипералгией.
- 3) Персистенция генитальных высыпаний более 16 дней.
- 4) Наличие одновременных экстрагенитальных герпетических высыпаний на ягодицах, пальцах, в ротоглотке.

При выявлении во время беременности дискордантных пар по ВПГ2 инфекции (муж болеет генитальным герпесом, жена здорова) для предотвращения первичного эпизода заболевания во время беременности необходимо профилактическое назначение мужу валацикловира (в дозе 500 мг ежедневно), которое снижает продолжительность у него вирусывыделения с 10,8% до 2,9% дней. Валацикловир, назначаемый в режиме супрессивной терапии, уменьшает риск передачи ГГ на 48%, в связи с чем в 2004 г. Центр по контролю заболеваний, передающихся половым путем, США (СДС) определил его новое показание — профилактика передачи ВПГ инфекции.

Последствия заражения генитальным герпесом многообразны, однако наиболее часто встречаются гибель зародыша, пороки развития (микроцефалия, хориоретинит, пороки сердца, гепатоспленомегалия), мертворождение, ранняя детская инвалидность (эпилепсия, слепота, глухота, детский церебральный паралич и др.)

Анализ исходов беременностей у 86 больных с тяжелым течением генитального герпеса показал наличие у каждой третьей больной привычного невынашивания.

Среди ведущих причин привычного невынашивания беременности у больных с ГГ в 61% случаев выявлен хронический эндометрит, обусловленный персистенцией в эндометрии условно патогенных микроорганизмов, которые в 74% сочетались с ВПГ2 возбудителем. Обращала на себя внимание высокая частота выявления у этого контингента больных признаков хронической тромбофилии, антифосфолипидного синдрома, скрытой дисфункции коры надпочечников. Вопрос о первопричине вышеописанных нарушений дискутабелен. Согласно нашей точке зрения, вирусная инвазия во многом может являться пусковым моментом этих процессов. Так, согласно данным Баркагана З.С. 1998, основными триггерными факторами, запускающими механизм свертывания крови, являются тканевой тромбопластин, бактериальный и вирусный эндотоксин, комплекс антиген–антитело, свободные жирные кислоты, липиды и многие другие факторы. Таким образом, ДВС–синдром — это одно из проявлений реагирования системы гемостаза на вирусно–бактериальную инфекцию.

Долгое время высокую частоту представленности стертой формы надпочечниковой недостаточности у больных с ГГ нельзя было объяснить без изучения их HLA–генотипа. В последние годы показано, что некоторые люди предрасположены к рецидивирующим герпесвирусным заболеваниям в связи с генетически наследуемыми особенностями эпителиальных клеточных рецепторов HLA–системы.

При анализе частот встречаемости антигенов HLA выявлены положительные ассоциации между типичной формой ГГ и носительством АГ HLA B16, B35, B41, Cw4. Их частота составила 16,3; 33,7; 7; 37,2% соответственно. Для определения ассоциативных связей между антигеном и ГГ использовали критерий относительного риска (Woolf В., 1955). R составил от 2,04 до 3,78, следовательно, носительство данных антигенов предполагает высокий риск инфицирования ВПГ. У каждой 3–й больной с типичной формой ГГ встречался АГ HLA B35 (33,7%), который является маркером недостаточности фермента 21–гидроксилазы, причем среди этих пациенток в основном были больные, инфицированные только ВПГ2 и комбинацией ВПГ1 и ВПГ2 (62,1 и 27,6% женщин соответственно). Инфицированные только ВПГ1 встречались крайне редко (10,3%). После проведения пробы с АКТГ у 62,1% женщин коэффициент D в среднем составил $1,08 \pm 0,11$ ($D \geq 0,069$), что соответственно подтверждает у этих больных гиперандрогению надпочечникового генеза, и только в 37,9% случаев его значения были равны $-0,75 \pm 0,17$ ($D < 0,069$), что указывает на отсутствие надпочечниковой гиперандрогении. Ни одна пациентка с дефицитом фермента 21–гидроксилазы не была инфицирована ВПГ1. Среди больных со стертой формой надпочечниковой гиперандрогении были больные, инфицированные только ВПГ2 и комбинацией ВПГ1 и ВПГ2 (66,7 и 33,3% соответственно). При анализе исходов беременности у больных ГГ носительниц АГ HLA B35 с надпочечниковой гиперандрогенией каждая 2–я беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в I триместре (52,6%), в 36,8% у этих больных в I триместре была диагностирована неразвивающаяся беременность, что статистически превышало показатели среди всех обследованных нами женщин с ГГ, носительниц АГ HLA B35 и носительниц АГ HLA B35 без надпочечниковой гиперандрогении (11,6; 24,1 и 0% соответственно).

Таким образом, повышенная частота встречаемости АГ HLA B16, HLA B35, HLA B41, HLA Cw4, ассоциированная с заболеваемостью ГГ, позволила нам подтвердить тезис об общности этиологических и патогенетических механизмов формирования инфекционной патологии и перинатальных потерь.

Выводы: таким образом, можно сделать вывод, что тяжесть, полиморфизм ГГ и исходы беременностей не только обусловлены вирулентностью вирусов и исходным иммунным статусом пациента, но и напрямую зависят от перенесенной реинфекции, носительства вируса определенного генотипа и антигенных вариантов класса I гистосовместимости, среди которых наиболее неблагоприятным, с нашей точки зрения, является HLA B35.

Тест иммуноферментного анализа (ИФА) при профилактическом обследовании на сифилис

Милонова Т.И., Новоселов А.В., Савенков В.В.

КВД № 2, г. Москва

Цель: оценить высокую чувствительность иммуноферментного анализа (ИФА). В настоящее время известны специфические тесты на сифилис, такие как ИФА и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). В них используются строго специфические антигены, т. е. белки, присущие только возбудителю сифилиса. ИФА и РПГА зарекомендовали себя как высокочувствительные реакции, близкие по чувствительности РИФ. Возможность автоматизации ИФА делает привлекательным этот тест при отборочных исследованиях на сифилис.

Материалы и методы: во II кв. 2006 г. нами было обследовано 4456 пациентов из ЛПУ с профилактической целью. Исследования проводились параллельно в микрореакции преципитации с кардиолипиновым антигеном и инактивированной сывороткой крови и в ИФА фирмы «Вектор Бест», предназначенной для выявления суммарных антител к *Treponema pallida*.

Результаты: в микрореакции преципитации было получено 82 положительных результата, а в ИФА — 144. Среди лиц с положительными результатами в МР и ИФА были впервые выявленные больные сифилисом, а также полноценно леченные больные и лица с сифилисом в анамнезе. Отсутствие корреляции результатов МР и ИФА наблюдалось у пациентов, получивших лечение по поводу различных форм сифилиса, а также у лиц с сифилисом в анамнезе.

Выводы: сохранение положительных результатов ИФА у полноценно леченных пациентов при отрицательных результатах микрореакции не является неудачей лечения и не является препятствием для снятия таких лиц с диспансерного наблюдения.

Особенности микрофлоры эякулята мужчин при различных формах гонококковой инфекции

Михайлова О.О., Воронина Л.Г., Михайлова Е.А., Карянов В.П., Кузнецова Е.К.

ОргМА, ООКВД, г. Оренбург

Цель: изучение видового состава микрофлоры эякулята мужчин при различных формах гонококковой инфекции. Был определен видовой и количественный состав микрофлоры эякулята здоровых мужчин и с различными формами гонококковой инфекции.

Материалы и методы: было обследовано 25 здоровых мужчин и 129 мужчин с различными формами гонококковой инфекции. Микробиологическое исследование эякулята мужчин включало определение видового состава, показателей микробной обсемененности, частоту встречаемости различных таксонов.

Результаты: в эякуляте здоровых мужчин в 59,3% случаев были обнаружены *Micrococcus* spp.; у 31,7% обследованных этой же группы — стрептококки (*S. agalactiae*, *S. sanguis*), у 8,9% — энтерококки (*E. faecium*, *E. faecalis*). Коагулазоотрицательные стафилококки выделялись в 98,0% случаев и были представлены видами: *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. capitis*, *S. haemolyticus*. Энтеробактерии (*E. coli*, *Citrobacter freundii*, *E. cloacae*) изолировались у 4,7% обследуемых. Анаэробные и микроаэрофильные микроорганизмы (*Bacteroides dictyonis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eggerthella lenta*) высевались в 16,0% случаев. Общая интенсивность бактериоспермии была довольно низкой и не превышала 10^3 КОЕ/мл. Кроме того, у 8,0% здоровых мужчин были выявлены грибы рода *Candida*. ПМО их составлял $10-10^2$ КОЕ/мл. Среднее количество видов микроорганизмов, выделенных из одного биоценоза, составило $3,6 \pm 0,7$. Из репродуктивного тракта мужчин с локализованной гонореей высевали в 30,0% случаев стафилококки (*S. haemolyticus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, ПМО $10-10^2$ КОЕ/мл), у 7,9% — стрептококки (*S. agalactiae*, ПМО 10 КОЕ/мл), у 15,0% обследуемых — энтерококки (*E. faecalis*, ПМО 10 КОЕ/мл). А также выделяли облигатные анаэробы и микроаэрофилы (*Bacteroides dictyonis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Propionibacterium granulosum*, *Actinomyces israelii*, ПМО 10 КОЕ/мл). Дрожжеподобные грибы изолировали в 8,3% случаев (ПМО 10^2 КОЕ/мл). Среднее количество видов микроорганизмов, выделенных от одного пациента данной группы, было $1,7 \pm 0,5$. Изучение микрофлоры эякулята больных с гонококковой инфекцией с системными проявлениями показало, что в 91,1% случаев выделялись стафилококки (*S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. aureus*, ПМО 10^3-10^5 КОЕ/мл), в 44,4% — стрептококки (*S. agalactiae*, *S. ruogenes*, ПМО 10^3 КОЕ/мл), в 22,0% — энтерококки (*E. faecalis*, *E. faecium*, ПМО 10^3 КОЕ/мл) и в 66,0% — грамотрицательные палочки (*E. coli*, *E. cloacae*, *M. morganii*, *K. pneumoniae*, *P. vulgaris*, ПМО 10^3-10^4 КОЕ/мл). Наряду с этим наблюдалось увеличение видового разнообразия облигатно-анаэробных бактерий. Кроме видов, присутствующих у пациентов первых двух групп, были изолированы штаммы *Eubacterium contortum*, *Peptococcus niger*, *Peptostreptococcus anaerobius*. Анаэробные микроорганизмы высевались у 55,5% пациентов (ПМО 10^2-10^3 КОЕ/мл). Также отмечалось значительное увеличение частоты высеваемости (в 77,0% случаев) и ПМО (10^2-10^3 КОЕ/мл) грибов рода *Candida* по сравнению с лицами 1 и 2 групп. В среднем из одного биоценоза выделялось $2,9 \pm 0,3$ различных видов микроорганизмов.

Выводы: установлено доминирование в эякуляте здоровых мужчин грампозитивной микрофлоры, представленной коагулазоотрицательными стафилококками (у 98,0% обследуемых), а также микро- (59,3%), стрепто- (36,7%) и энтерококками (8,5%). У пациентов с локализованной гонококковой инфекцией по сравнению со здоровыми уменьшалось видовое разнообразие высеваемой микрофлоры. Выявлено значительное видовое разнообразие аэробной и облигатно-анаэробной составляющих микрофлоры эякулята мужчин с гонококковой инфекцией с системными проявлениями.

Циркуляция прокаин-пенициллина в жидкостях и тканях у больных ранними формами сифилиса

Наволоцкая Т.И., Ротанов С.В., Лосева О.К., Гаджиева Х.М., Александрова С.Г.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, КВД № 8, г. Москва

Цель: изучение в сравнительном аспекте содержания пенициллина в физиологических жидкостях беременных женщин и тканях плода в сравнении с данными о циркуляции данного антибиотика у больных сифилисом мужчин при применении прокаин-пенициллина в дозе 1 200 000 ЕД 1 раз в сутки.

Материалы и методы: концентрацию прокаин-пенициллина в жидкостях и тканях организма изучали микробиологическим методом диффузии в агар. В качестве тест-культуры был применен *Staphylococcus aureus* 209Р. Группа беременных включала 29 пациенток с разными сроками беременности: 16 женщин на сроках 6–12 недель, поступивших для искусственного аборта, и 13 женщин на сроках 20–23 недели беременности, которым проводилось прерывание беременности по социальным показаниям. Всем женщинам с целью профилактики послеоперационных осложнений в течение нескольких дней вводили прокаин-пенициллин в дозе 1 200 000 ЕД 1 раз в сутки. Контрольную группу составили пациенты (21 мужчина) со вторичным и ранним скрытым

сифилисом, которые получали специфическое лечение прокаин–пенициллином в дозе 1 200 000 ЕД 1 раз в сутки в течение 20 дней. Содержание пенициллина определяли в образцах сыворотки крови, полученных в различные сроки проведения терапии, в абортном материале, амниотической жидкости и тканях органов плода.

Результаты: у больных свежими формами сифилиса после инъекции прокаин–пенициллина в указанной дозе концентрация антибиотика в сыворотке крови через 1–1,5 часа достигала в среднем уровня 2–3 мкг/мл, после чего медленно снижалась и через 24 часа (то есть перед следующей инъекцией) составляла в среднем 0,6 мкг/мл.

В сыворотке крови беременных содержание прокаин–пенициллина достигало максимума через 1–3 часа, в среднем составляя 1,9–2 мкг/мл, затем постепенно снижалось к 24 часам до 0,3 мкг/мл. В других жидкостях и тканях беременных (в частности, в провизорных органах): в амниотической жидкости через 24 часа после введения уровень пенициллина составил 0,46 мкг/мл, в плаценте через 48, 72 и 96 часов — в среднем 0,49, 0,7 и 1,45 мкг/мл соответственно. В абортном материале наблюдали содержание пенициллина в количестве 0,42 мкг/мл и 0,35 мкг/мл через 2–4 часа и 24 часа после инъекции антибиотика соответственно. В различных тканях плода через 48, 72 и 96 часов показатели концентрации пенициллина составили: в печени – 0,2, 0,23 и 0,73 мкг/мл соответственно; в легком — 0,3, 0,34 и 1,8 мкг/мл соответственно; в ткани мозга через 96 часов – 0,8 мкг/мл.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при указанной методике введения прокаин–пенициллина в сыворотке крови беременных и в тканях плодного яйца обеспечивалось содержание антибиотика с многократным превышением уровня, который, по мнению ведущих экспертов Комитета ВОЗ (1988 г.), необходим для эффективной терапии сифилитической инфекции (0,018 мкг/мл или 0,03 ЕД/мл).

Выводы: результаты исследования позволяют с фармакокинетических позиций обосновать целесообразность назначения прокаин–пенициллина по 1 200 000 ЕД один раз в сутки в течение 20 дней с целью лечения больных сифилисом беременных.

Функциональное состояние эндометрия при моно– и микстхламидийной инфекции до и после лечения

Найденова А.В.

АГМА, г. Благовещенск

При клиническом обследовании женщин с половыми инфекциями сложно оценить степень воспалительных изменений в эндометрии. Существующие методы или малоинформативны (ультразвуковое исследование), или инвазивны и требуют специальных условий для их проведения (гистероскопия). Кроме того, не всегда при отсутствии выраженных воспалительных изменений в эндометрии при половых инфекциях можно говорить о его функциональной полноценности. Маркером функциональной активности эндометрия является гликоделин (плацентарный протеин 14, PP14), который начинает секретироваться маточными железами на 5–6–й дни после овуляции, при этом он действует как иммуносупрессор, защищая развивающийся зародыш от иммунного ответа материнского организма. Количество PP14 остается высоким до наступления менструации и в первые дни следующего менструального цикла, при этом наиболее доступным и адекватным объектом для исследования является менструальная кровь, куда PP14 попадает с отторгающейся тканью. При наступлении беременности синтез PP14 увеличивается, оставаясь высоким до 12–16–й недели, затем уменьшается, при этом он является маркером материнской части маточно–плацентарного комплекса.

Цель: изучить изменения функционального состояния эндометрия у женщин репродуктивного возраста с моно– и микст–хламидийной инфекцией до и после лечения.

Материалы и методы: обследовано 116 женщин репродуктивного возраста с моно– и микст–хламидийной инфекцией (основная группа), у 24 из них было изучено функциональное состояние эндометрия. Группа сравнения составила 15 женщин, у которых инфекционные возбудители не выявлены. У 38 женщин основной группы выявлена монохламидийная инфекция, у 20 – хламидийно–вирусная (генитальный герпес, контагиозный моллюск), у 35 — ассоциации хламидийной и условно–патогенной инфекции (эпидермальный стафилококк, эшерихии, клебсиеллы, энтерококки, микоплазмы, грибы рода *Candida*) и у 23 — ассоциации хламидийной с гонококковой и/или трихомонадной инфекцией. Для верификации микробных ассоциаций использовали метод иммуноферментного анализа (ИФА), прямой метод иммунофлюоресценции, полимеразную цепную реакцию, микроскопическое исследование при окраске препаратов метиленовым синим и по способу Грама. У 24 женщин основной группы исследовали содержание прогестерона в сыворотке крови на 21–23–й день менструального цикла методом ИФА. Содержание PP14 в сыворотке менструальной крови следующего цикла определяли методом ИФА с использованием тест–системы GLYCODELIN–ELISA. Комплексная терапия хламидийной инфекции включала в себя применение антибактериальных, иммунокорректирующих препаратов, системной энзимотерапии, эубиотики и местную терапию, кроме того, проводили лечение сопутствующей инфекции тропными к ней препаратами.

Результаты: возраст женщин основной группы составил 22,4, контрольной 22,0 лет. В основной группе пациенток соматические заболевания отмечались у 72 (62,1%), из них хронический пиелонефрит у 31 (26,7%). У 69 (52,6%) диагностирован эндоцервицит, у 45 (38,8%) эктопия шейки матки, у 13 (11,2%) уретрит. Хроническое воспаление придатков матки выявлено у 29 (25%), хронический эндометрит у 8 (6,9%) пациенток, чаще при хламидийной инфекции в ассоциации с гонококковой и/или трихомонадной. Бесплодие трубного генеза и внематочная беременность в анамнезе отмечали 4 (3,4%) и 3 (2,6%) пациенток соответственно.

Содержание прогестерона в сыворотке крови женщин 1–й группы составило $42,6 \pm 4,9$ нмоль/л и не отличалось от такового в группе сравнения ($40,8 \pm 2,8$; $P > 0,05$), что свидетельствует о двухфазном менструальном цикле. Содержание PP14 в сыворотке менструальной крови женщин 1–й группы ниже ($172,5 \pm 5,3$ нг/мл), чем в группе сравнения ($209,0 \pm 9,7$ нг/мл; $P < 0,05$). Корреляционная взаимосвязь между уровнем прогестерона и PP14 у женщин 1–й группы слабо положительная ($r = 0,109$), в группе сравнения сильная ($r = 0,706$; $P < 0,02$). Через 3–6 месяцев после проведения комплексной терапии содержание PP14 в менструальной крови женщин выше исходного ($192,0 \pm 5,6$ нг/мл; $P < 0,05$), корреляционная взаимосвязь с уровнем прогестерона более высокая ($r = 0,402$; $P > 0,05$).

Выводы: у женщин репродуктивного возраста с моно– и микст–хламидийной инфекцией снижено содержание PP14 в менструальной крови, что является диагностическим признаком снижения функциональной активности эндометрия вследствие воздействия половых инфекций. После проведенного комплексного лечения половых инфекций функциональное состояние эндометрия восстанавливается.

Ассоциация вируса папилломы человека с сопутствующими урогенитальными инфекциями в возрастной популяции до 18 лет

Нечаева И.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: оценить наличие сопутствующей урогенитальной инфекции мочеполового тракта у девочек с папилломавирусной инфекцией.

Материалы и методы: проанализирован 61 случай папилломавирусной инфекции у девочек в возрасте от 0 до 15 лет, обратившихся в подростковый Центр профилактики и лечения ИППП «Доверие», которым было проведено комплексное клинико-анамнестическое и лабораторное обследование на инфекции, передающиеся половым путем, включающее в себя микроскопическое, культуральное (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, условно-патогенные микроорганизмы с их количественным определением) и молекулярно-биологическое исследования (ВПГ, ВПЧ с определением генотипа вируса).

Результаты: папилломавирусная инфекция как моноинфекция встречалась в 26,2% наблюдений (в 16 образцах уретрального и цервикального секрета). *Ureaplasma urealyticum* сочеталась с ПВИ в 60,6% наблюдений (выявлена в 37 образцах), *Chlamydia trachomatis* — в 19,7% (в 12 образцах), *Mycoplasma hominis* — в 19,7% (в 12 образцах), грибы рода *Candida* — в 13,1% (в 8 случаях), *Gardnerella vaginalis* — в 6,6% (в 4 образцах), *Trichomonas vaginalis* — в 1,6% (в 1 образце), сифилис — в 1,6% (1 образце). Ассоциация ВПЧ с одним возбудителем урогенитальной инфекции наблюдалась у 22 пациенток (36,1%), с двумя — у 13 (21,3%), тремя — у 8 (13,1%), пятью — у 1 (1,6%) пациентки.

Вывод: результаты изучения частоты сочетаний вируса папилломы человека у девочек с другими бактериальными агентами, вызывающими урогенитальную патологию, позволили выявить значительные ассоциации, выражавшиеся в высокой частоте сочетаний выявленных возбудителей, наблюдались между вирусом папилломы человека и *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, грибами рода *Candida*.

Антигены гистосовместимости у больных сифилисом в тувинской популяции

Обухов А.П.

РКВД, г. Кызыл

Цель: изучение антигенов гистосовместимости у больных сифилисом тувинской национальности монголоидной расы.

Материалы и методы: изучено распределение антигенов гистосовместимости у 41 больного манифестным, 45 больных ранним скрытым сифилисом и 133 здоровых доноров контрольной группы тувинской национальности. Типирование по 10 антигенам локуса HLA-A, 18 антигенам локуса HLA-B и 4 антигенам локуса HLA-C системы HLA человека осуществлялось стандартным микролимфоцитотоксическим тестом антисыворотками производства фирмы «Гисанс» (СПб). Величину RR вычисляли согласно Bengtsson B. & Thomson G. (1981). Достоверность ассоциации с заболеванием определяли по критерию χ^2 для альтернативных признаков.

Результаты: в общей группе больных сифилисом тувинской национальности по сравнению со здоровыми донорами была повышена частота встречаемости антигенов HLA-A1 (32,5% против 15,8%; $\chi^2 = 7,50$, $p < 0,01$, $RR = 2,57$), HLA-B17 (30,2% против 14,3%; $\chi^2 = 7,19$, $p < 0,01$, $RR = 2,60$), HLA-B40 (42% против 26,3%; $\chi^2 = 5,07$, $p < 0,05$, $RR = 2,02$). В то же время частота встречаемости антигена HLA-B5 у больных сифилисом была понижена по сравнению со здоровыми донорами (9,3% против 21%; $\chi^2 = 4,43$, $p < 0,05$, $RR = 0,38$).

У больных манифестным сифилисом по сравнению с больными ранним скрытым сифилисом и здоровыми донорами была повышена частота встречаемости антигена HLA-A3 (39% против 20,0% и 20,3% соответственно), HLA-B7 (36,6%), HLA-B17 (29,3%) и HLA-B40 (48,8%), тогда как у больных ранним скрытым сифилисом с повышенной частотой встречались антигены HLA-A1 (42,2%) и HLA-Cw3 (64,4%), HLA-B8 (29,9%) и HLA-B17 (31,1%), а антиген HLA-B5 встречался с пониженной частотой (4,4%).

Изучена частота встречаемости гаплотипов HLA-A/B у больных сифилисом и здоровых доноров, образованных из наиболее часто встречающихся в данной популяции антигенов класса I. У больных сифилисом значительно чаще встречались гаплотипы HLA, в состав которых входили антигены HLA-B17 и HLA-B40, положительно ассоциирующиеся с заболеванием сифилисом (гаплотипы HLA-A2B17, HLA-A3B17, HLA-A3B40). Гаплотип HLA-A9B5 у больных сифилисом встречался с повышенной частотой, что позволяет говорить об определенной роли этого гаплотипа в детерминировании резистентности к заболеванию сифилисом.

При сравнении частоты встречаемости гаплотипов HLA в разных группах больных сифилисом между собой и здоровыми лицами также были обнаружены различия: у больных манифестными формами сифилиса была значительно повышена частота встречаемости гаплотипов HLA-A3B17 (14,6%), HLA-A3B40 (19,5%), HLA-A9B7 (19,5%) по сравнению с больными ранним скрытым сифилисом (4,4%, 12,2%, 4,4% соответственно) и здоровыми лицами (2,3%, 3,8%, 6,8% соответственно); у больных с ранним сифилисом по сравнению со здоровыми донорами и больными манифестным сифилисом с повышенной частотой встречались гаплотипы HLA-A2B17 (17,8% против 5,3% и 9,8% соответственно) и HLA-A9B8 (20,0% против 7,5% и 4,9% соответственно).

Выводы: HLA-сцепленный генетический контроль проявляется на фоне тех особенностей иммунного статуса популяций, которые сформировались в результате адаптации к условиям существования под действием внешнесредовых факторов, в т. ч. к *Treponema pallidum*.

Новый комплекс серологических реакций для скрининговых исследований на сифилис

Патрушева Н.Б., Дашевская Н.Н., Дегтярева Г.Н., Бондарева Е.В., Бейкин Я.Б.

Институт иммунологии и физиологии УРОРАН, Клинико-диагностический центр, г. Екатеринбург

Цель: оценка результатов использования нового комплекса серологических реакций (КСР).

Материалы и методы: для скрининговых исследований на сифилис использовали ИФА на суммарные антитела к бледной трепонеме, при получении положительного результата сыворотку исследовали в ИФА на специфических IgG (качественный и количественный вариант), IgM (качественный вариант), проводили исследование в РПГА (качественный вариант) и РМП (качественный и количественный вариант). При расхождении результатов клинического и лабораторного обследования использовали иммунный блот на специфические IgM и IgG. Для работы использовали иммуноферментные тест-системы и люис-тест производства ООО НПО «Диагностические системы», сифилис РПГА-тест производства ЗАО «ЭКОлаб», *Treponema pallidum*-

WESTERNBLOT (IgG) и (IgM) производства фирмы EUROIMMUN, оборудование для проведения ИФА фирм «Thermoelectron Corporation» и «Heidolph».

Результаты: всего за 2005 и 2006 гг. было обследовано 206 478 человек. С использованием нового КСР возрос процент положительных результатов на сифилис, который составил 6,9% от общего числа обследованных в сравнении с 4,5% в 2004 г., когда для диагностики сифилиса использовали КСР, включающий РСК и РМП. Максимальное количество положительных результатов было выявлено при обследовании гомосексуалистов — 26,1% от общего числа обследованных, пациентов Областного центра СПИД — 22,7%, наркоманов — 16,6% и больных с ЗППП — 13%. Процент положительных реакций на сифилис среди обследованных с профилактической целью составил 5,9%, иностранных граждан — 4,6%, обследованных по клиническим показаниям на ВИЧ — 4,4%, беременных — 3,6%, медицинских работников — 1,9%. У большинства лиц, серопозитивных на сифилис, положительными были только трепонемные тесты (76,1%). Среди пациентов с подтвержденным диагнозом сифилис (проанализировано 329 человек) преобладал ранний сифилис скрытый — 60,8%. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек и другие формы вторичного сифилиса составили 21,6%, поздний сифилис скрытый — 11,9%, первичный сифилис половых органов — 5,5%, нейросифилис с симптомами — 0,3%. Специфические IgM были выявлены у 95,5% пациентов с первичным сифилисом, 57,5% — с вторичным, 30,5% — ранним скрытым и у 0,6% больных поздним скрытым сифилисом. Специфические IgG были обнаружены у 90,9% пациентов с первичным сифилисом и в 100% случаев при вторичном, раннем скрытом и позднем скрытом сифилисе. При первичном сифилисе титры специфических IgG колебались от 1/10 до 1/1 280, но у 60% пациентов отмечали низкие титры IgG (1/10 — 1/40). При вторичном и раннем скрытом сифилисе преобладали высокие титры специфических IgG (1/640 — 1/1280), которые регистрировали в 80,8% и 74,5% случаев соответственно. При позднем скрытом сифилисе высокие титры IgG регистрировали только у 37,2% больных, преобладающими являлись низкие титры, которые определяли в 51,2% случаев. После перенесенного заболевания специфические IgG сохранялись длительное время. В периоде до трех лет после проведенного лечения преобладали высокие титры IgG, которые были выявлены у 64% обследованных, низкие титры определяли лишь у 28% пациентов. Спустя 4–7 лет низкие титры регистрировали уже в 48% случаев, а высокие — в 32%. Через 8–10 и 11–15 лет низкие титры IgG регистрировали в 70,1% и 73,3%, а высокие — в 11,3% и 6,7%, соответственно. Отрицательных результатов серологических реакций у пациентов с клиническими проявлениями сифилиса зарегистрировано не было. ЛПР составили 0,9% от общего числа серопозитивных лиц.

Выводы: новый КСР по чувствительности не уступает ранее использованному и дает более углубленную характеристику гуморального иммунного ответа при заболевании сифилисом.

Ложноположительные результаты при проведении иммуноферментного анализа и иммунного блота на IgM-антитела к бледной трепонеме

Патрушева Н.Б., Дашевская Н.Н., Дегтярева Г.Н., Бондарева Е.В., Бейкин Я.Б.

Институт иммунологии и физиологии УРОРАН, Клинико-диагностический центр, г. Екатеринбург

Цель: интерпретация положительных результатов ИФА и ИБ на IgM к бледной трепонеме.

Материалы и методы: для обследования населения на сифилис использовали КСР, включающий ИФА на выявление суммарных антител, специфических IgG, IgM, РПГА, МРП и ИБ. Для работы использовали иммуноферментные тест-системы и люис-тест производства ООО НПО «Диагностические системы», сифилис РПГА-тест производства ЗАО «ЭКОлаб», *Treponema pallidum*-WESTERNBLOT (IgM) производства фирмы EUROIMMUN, оборудование фирмы «Thermoelectron Corporation» и «Heidolph».

Результаты: всего за 2005 и 2006 гг. на сифилис было обследовано 206 478 человек, из них был выявлен 381 пациент с положительными результатами ИФА на суммарные антитела и специфические IgM к бледной трепонеме при наличии отрицательных результатов в РПГА, РМП и ИФА на IgG. Из 381 человека 116 были обследованы в динамике и при повторном обследовании только у 5 пациентов были выявлены специфические IgG, стали положительными РПГА и РМП. У 111 человек синтез специфических IgG не был зарегистрирован, РПГА и РМП оставались отрицательными, клинические проявления сифилиса отсутствовали. 49 пациентам из 265 человек, обследованных в ИФА однократно, был поставлен иммунный блот на IgM к бледной трепонеме. Из них у 16 человек был получен отрицательный, у 19 — сомнительный и у 14 — положительный результат ИБ. Таким образом, ложноположительными можно считать результаты ИФА на IgM у 111 пациентов, обследованных в динамике, и у 16 пациентов с отрицательным результатом ИБ, обследованных однократно. Но наличие сомнительных и положительных результатов ИБ на IgM при отсутствии клинической симптоматики еще не свидетельствует об инфицировании бледной трепонемой. В инструкции к наборам для ИБ указано, что сомнительные и положительные результаты ИБ на IgM обязательно должны быть подтверждены выявлением специфических IgG через 3–6 недель. Это подтверждают и результаты ИБ у лиц с ЛПР в ИФА на IgM. При исследовании 61 сыворотки от пациентов с ЛПР в 19 случаях (31,2%) был получен отрицательный результат ИБ, в 26 — сомнительный (42,6%) и в 16 — положительный (26,2%). При сомнительном результате ИБ антитела к r15 были выявлены у 6,3% пациентов, к r17 — у 50%, к r45 — у 56,3% и к r47 — у 87,5% обследованных. При положительном результате ИБ антитела к r15 не определялись, антитела к r17 и r45 были выявлены у 42,3% пациентов, к r47 — у 65,4% обследованных. Таким образом, из 132 человек с положительными результатами ИФА на IgM сифилис был диагностирован лишь у 5 человек (3,9%), у 96,1% пациентов была зарегистрирована ЛПР на противотрепонемные антитела класса М. Процент ЛПР в ИБ на IgM составил 68,8%. Среди лиц с ЛПР в ИФА преобладали женщины — 89,8% от общего числа лиц с ЛПР. Среди женщин преобладали беременные и пациентки с гинекологическими заболеваниями, которые составили 56,1% и 21,9% от общего числа женщин с ЛПР. Из 111 пациентов с ЛПР у 27 человек при повторном обследовании был получен отрицательный результат в ИФА, а у 84 — ИФА на IgM в динамике оставался положительным. У некоторых пациентов ЛПР на противотрепонемные IgM-антитела сохранялись длительное время — до 1 г. 8 мес. (период наблюдения).

Выводы: в связи с большим количеством ЛПР при выявлении в ИФА только специфических антител класса М и отсутствии клинической симптоматики сифилиса целесообразным является кроме проведения *Treponema pallidum*-WESTERNBLOT (IgM) обязательное обследование пациентов в динамике на специфические антитела класса G.

Эпидемиологические аспекты аногенитальной папиллома-вирусной инфекции у девочек

Рахматулина М.Р., Нечаева И.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: исследовать частоту встречаемости аногенитальной папилломавирусной инфекции у девочек в зависимости от возраста и полового поведения.

Материалы и методы: всего было проанализировано 854 случая обращения девочек в подростковый Центр профилактики и лечения ИППП «Доверие», которым было проведено комплексное клинико-анамнестическое и лабораторное обследование на инфекции, передающиеся половым путем, включающее в себя микроскопическое, культуральное (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, условно-патогенные микроорганизмы с их количественным определением) и молекулярно-биологическое исследование (ВПГ, ВПЧ с определением генотипа вируса).

Результаты: среди обследуемых в 61 случае было установлено наличие различных форм папилломавирусной инфекции, что составило 7,1% от числа обследуемых девочек. Значительное количество (37,7% от группы больных папилломавирусной инфекцией) составили дети из неблагополучных семей, находящиеся на воспитании в социально-реабилитационных центрах г. Москвы.

По возрастным группам пациентки распределились следующим образом: I группа — (0 мес.—3 года) — 2 девочки; II группа — (4 года—7 лет) — 2 девочки; III группа — (8—11 лет) — 3 девочки; IV группа — (12—15 лет) — 54 девочки. В результате проведенных исследований генотип вируса папилломы человека методом ПЦР был выявлен у 44 больных, что составило 72,1% от всех пациенток с папилломавирусной инфекцией, среди них вирус папилломы человека «низкого» онкогенного риска был выявлен у 9 девочек (14,7% от выявленных случаев папилломавирусной инфекции), «среднего» — у 23 (40,9%) и «высокого» — у 25 (37,7%). Среди девочек, инфицированных вирусом папилломы человека, 8 (13,1%) не имели в анамнезе половых контактов, а 53 (86,9%) вели половую жизнь, причем количество половых партнеров составляло от 1 до 13. При анализе данных установлено, что при количестве половых партнеров у одной девочки свыше 4 риск инфицирования составляет 81%. Возраст сексуального дебюта приходился у 7 девочек на 12 лет (13,2% от группы имевших в анамнезе сексуальные контакты), у 11 девочек — 13 лет (20,8%), у 19 девочек — 14 лет (35,8%), у 16 девочек — 15 лет (30,2%).

Выводы: в результате проведенных исследований выявлена высокая частота встречаемости вирусов высокого и среднего онкогенного потенциала в возрастной популяции девочек от 12 до 15 лет.

Новые возможности терапии ассоциированных урогенитальных заболеваний

Рахматулина М.Р.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить эффективность, безопасность и переносимость препарата «Сафоцид», применяемого однократно у больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и неспецифическими урогенитальными инфекционными заболеваниями (бактериальным вагинозом, урогенитальным кандидозом, заболеваниями, ассоциированными с генитальными микоплазмами).

Материалы и методы: в исследование было включено 40 пациентов обоого пола, которые были условно разделены на 4 группы: 1 — 5 пациентов с гонококковой инфекцией в сочетании с ИППП и/или неспецифическими урогенитальными заболеваниями; 5 пациентов с урогенитальным трихомониазом в сочетании с ИППП и/или неспецифическими урогенитальными заболеваниями; 3 — 15 пациентов с хламидийной инфекцией в сочетании с ИППП и/или неспецифическими урогенитальными заболеваниями; 4 — 15 пациентов с неспецифическими урогенитальными заболеваниями (бактериальным вагинозом, урогенитальным кандидозом, заболеваниями, ассоциированными с генитальными микоплазмами) в различных сочетаниях. Лабораторное исследование включало в себя микроскопическое, культуральное (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, условно-патогенные микроорганизмы с их количественным определением) и молекулярно-биологическое исследование (*C. trachomatis*, *M. genitalium*). Все пациенты, включенные в исследование, получали терапию препаратом «Сафоцид» (Флуконазол, 150 мг; Азитромицин, 1,0 г; Секнидазол, 1,0 г).

Результаты: через 7–10 дней после окончания терапии для пациентов групп 1 и 2 и через 28 дней после окончания терапии для пациентов групп 3 и 4 была проведена оценка субъективных и объективных клинических показателей. При контрольном обследовании клиническая эффективность терапии была достигнута в 80,0% наблюдений у пациентов групп 1 и 2 и в 93,3% — групп 3 и 4. Субъективные проявления в виде диспареунии у 2 пациентов групп 1 и 2 были расценены как остаточные явления перенесенного воспалительного процесса, т. к. при повторном обследовании через 1 неделю пациенты не предъявляли жалоб со стороны урогенитальной системы. У 1 пациентки группы 4 при контрольном обследовании были выявлены клинические признаки бактериального вагиноза, аналогичные таковым до назначения терапии. Согласно полученным данным, эрадикация возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*) была достигнута в 100% наблюдений. При контрольном обследовании ни в одном из наблюдений у пациентов групп 1 и 2 не было выявлено отклонений от нормы при микроскопическом и микробиологическом исследованиях. У пациентов группы 3 в 1 (6,7%) наблюдении был выявлен лейкоцитоз при микроскопическом исследовании цервикального секрета, что, возможно, было связано с наличием эрозии шейки матки у пациентки. У 13 (86,7%) пациентов группы 4 была достигнута эрадикация условно патогенных микроорганизмов, в остальных наблюдениях отмечено снижение титров последних менее 10^3 КОЕ/мл. У 1 (6,7%) пациентки при контрольном обследовании были выявлены клинические признаки бактериального вагиноза (положительный аминотест, pH > 4,5, «ключевые клетки»).

Выводы: В процессе исследования препарат «Сафоцид» доказал высокую эффективность в терапии урогенитальных инфекционных заболеваний, ассоциированных с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Клиническая эффективность после применения препарата составила 93,3–100%, микробиологическая — 86,7–100%, что дает возможность рекомендовать препарат для терапии урогенитальных инфекционных заболеваний как показавший высокую эффективность, низкую частоту развития побочных эффектов и удобство в применении.

Исследование показателей местного иммунитета у женщин с кандидозным вульвовагинитом

Резайкина А.В., Рахматулина М.Р., Просовецкая А.Л.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: исследовать содержание цитокинов, участвующих в синтезе секреторного иммуноглобулина интерлейкина 5 и трансформирующего фактора роста β , для оценки антиинфекционных факторов защиты влагалища у женщин с кандидозным вульвовагинитом.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие женщины с подтвержденным клинически и лабораторно диагнозом кандидозного вульвовагинита. Исследование влагалищного отделяемого для определения уровня ИЛ-5 и ТФР бета – 1 проводилось методом ИФА. С этой целью использовались иммуноферментный набор для количественного определения человеческого ИЛ-5 в культуральной среде, забуференных растворах, сыворотке или плазме человека (BIOSOURCE EUROPE S.A.), а также иммуноферментный набор для количественного определения человеческого ТФР бета-1 в человеческой сыворотке, плазме, моче и супернатанте культур клеток (Bender MedSystems).

Результаты: результаты исследования показывают, что у $76,7 \pm 5,5\%$ и у $51,7 \pm 6,5\%$ женщин с кандидозным вульвовагинитом в содержимом влагалища определяется дефицит цитокинов интерлейкина 5 и трансформирующего фактора роста β соответственно. При этом у женщин с обильными выделениями дефицит исследованных цитокинов наблюдается достоверно у большего числа, чем у больных с умеренными выделениями ($\chi^2=6,7$; $p<0,05$ — для ИЛ5; $\chi^2=3,9$; $p<0,05$ — для ТФР β). Недостаток ИЛ-5 усугубляется у женщин с обильными выделениями и при обильном росте *Candida albicans* по сравнению с женщинами с умеренными выделениями и скудным ростом грибов ($\chi^2=6,7$; $p<0,05$; $\chi^2=3,8$; $p<0,05$ соответственно).

С увеличением длительности заболевания число женщин с кандидозным вульвовагинитом с дефицитом ТФР — β и ИЛ-5 становится достоверно больше ($\chi^2=4,1$; $p<0,05$ и $\chi^2=4,4$; $p<0,05$ соответственно).

Было установлено, что при обследовании 60 женщин у 46 ($76,7 \pm 5,5\%$) наблюдается дефицит интерлейкина 5 и у 31 ($51,7 \pm 6,5\%$) — трансформирующего фактора роста β .

Выводы: дефицит цитокинов, принимающих участие в синтезе секреторного иммуноглобулина А, следовательно, и в обеспечении антиинфекционной защиты, нарастает у женщин при выраженных признаках воспаления, обилии *Candida albicans* и при увеличении продолжительности заболевания.

Концентрация пенициллина в спинномозговой жидкости при поздних формах нейросифилиса

Родиков М. В., Прохоренков В.И.

КГМА, г. Красноярск

Цель: исследовать проницаемость гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) для бензилпенициллина натриевой соли (БНС) и возможность создания минимальной трепонемоцидной концентрации антибиотика в спинномозговой жидкости (СМЖ) при поздних формах нейросифилиса.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 10 больных с поздними формами нейросифилиса: 2 — спинная сухотка, 4 — поздний сифилитический неврит зрительного нерва, 2 — поздний васкулярный сифилис мозга, 2 — прогрессивный паралич. Все больные на момент исследования получали стандартную схему пенициллинотерапии нейросифилиса (Методические рекомендации по лечению и профилактике сифилиса // М., ЦНИКВИ.— 1998 г.). Исследовалась концентрация БНС в СМЖ больных методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). За терапевтический (трепонемоцидный) уровень, согласно стандартам, принята концентрация БНС в СМЖ $>0,018$ мкг/мл. Забор СМЖ у пациентов производился в разное время после последней инъекции БНС (от 20 минут до 2 часов), при различных схемах введения (в/м и в/в) и давности приема препарата (от 1 до 20 суток).

Результаты: в 2 пробах СМЖ обнаружены только следы антибиотика (у одной пациентки с сифилитическим невритом зрительного нерва ($0,00236$ мкг/мл) и у одного мужчины с поздним васкулярным сифилисом мозга ($0,00140$ мкг/мл), у остальных больных поздними формами нейросифилиса в ликворе пенициллин вообще не обнаруживался. Причиной отсутствия БНС в ликворе наблюдаемых нами больных является нормальное функционирование гематоэнцефалического барьера. О плохой проницаемости пенициллинов в ликвор известно давно. В фармакопейной статье на БНС указывается, что препарат проникает в органы, ткани и биологические жидкости, кроме СМЖ, тканей глаза и простаты. Пенициллины проникают через гематоэнцефалический барьер только при воспалении менингеальных оболочек. При этом происходит отек и набухание интимы сосудов, мозговых оболочек, эпителия хориоидного сплетения, в результате чего увеличиваются плотные межклеточные контакты («поры»), через которые диффундируют различные вещества. Однако в наблюдаемых нами случаях воспаление мозговых оболочек отсутствовало у всех больных, об этом свидетельствовал нормальный белково-клеточный состав СМЖ (цитоз в СМЖ не более 5 клеток (лимфоциты) в 1 мкл, уровень белка — $0,33$ г/л). Это достаточно характерно и объяснимо с позиций особенностей патогенеза поздних форм нейросифилиса. Поздний нейросифилис описывался старыми авторами как «выгоревший» сифилис, при котором процессы воспаления мезодермальных тканей (сосуды, мозговые оболочки) уступают место пролиферативно-продуктивным изменениям (образование соединительной ткани, утолщение и уплотнение мезодермы). Именно поэтому пенициллин не проникает у наблюдаемых больных в СМЖ, а соответственно, санации нервной системы, в том числе и ткани глаза, простаты и яичка у мужчин, не происходит. Следовательно, можно предположить, что при использовании стандартных схем парентерального введения БНС (тем более дюранных препаратов пенициллина) у больных с отсутствием явлений менингита в СМЖ не достигается трепонемоцидный уровень антибиотика. Варьирование способов и дозировок антибиотика также не влияет на проницаемость гематоэнцефалического барьера. Таким образом, дальнейшее персистирование сифилитической инфекции в «иммуноприлежательных» органах человеческого организма (нервная система, среды глаза, простата, яички) зависит не от специфического лечения, а от иммунного ответа самого организма, который далеко не всегда способен справиться с трепонемой. В ряде случаев (при иммунодефиците, истощении, травмах, интоксикациях, воздействии физических факторов) это является причиной дальнейшего прогрессирования развития сифилитической инфекции и ухудшения прогноза при паренхиматозных формах нейросифилиса.

Выводы: существующие стандартные схемы парентерального введения бензилпенициллина натриевой соли не обеспечивают создания минимальной трепонемоцидной концентрации в СМЖ больных поздними формами нейросифилиса (при отсутствии воспаления мозговых оболочек). Отсутствие санации органов и тканей человеческого организма, окруженных гемато- или гистогематическими барьерами, может явиться причиной дальнейшего персистирования бледной трепонемы в организме хозяина,

обуславливая дальнейшее прогрессирование болезни в виде висцеро- и нейросифилиса. Необходимо продолжить научные разработки в направлении исследования повышения проницаемости антибиотиков через гемато-энцефалический барьер при поздних формах нейросифилиса с целью улучшения прогноза при этом заболевании.

Анализ ошибок в диагностике различных форм нейросифилиса

Рокицкая В. Н., Сафина Ф. Г.

КГМА, г. Казань

Цель: своевременное серологическое и клиническое обследование больных с нейрпатологией на сифилис сокращает сроки установления таким больным правильного диагноза (сифилис нервной системы) и, следовательно, позволяет избежать тяжелых осложнений.

Материалы и методы: многообразие клинических проявлений сифилиса нервной системы продолжает являться одной из ведущих причин диагностических ошибок терапевтов, окулистов, невропатологов, отоларингологов, психиатров.

Наш опыт основан на двух сериях наблюдений различных форм сифилиса нервной системы в периоды с 1996 по 2001 г. и с 2002 по 2006 г. (соответственно 10 и 8 случаев).

У абсолютного большинства наблюдавшихся нами больных имело место типичное прохождение ими этапов медицинской службы:

- а) первичное обращение к названным специалистам;
- б) установление диагноза неспецифического заболевания на основании имеющихся симптомов: снижение или исчезновение зрения, слуха, затрудненная речь, головные боли различной интенсивности, головокружение, потеря чувствительности;
- в) назначение адекватной названным заболеваниям терапии не является недостаточной для лечения осложненных форм сифилиса.

У наблюдаемых нами пациентов встретились следующие диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия II–III степени, правосторонний гемипарез, моторная афазия; двухсторонняя нейросенсорная тугоухость, вестибулярные нарушения; пирамидальная недостаточность, паркинсонизм, неврит n. Facialis (лицевого), неврит зрительного и слухового нервов, паренхиматозный кератит, папиллит, передний увеит, гемипарезы.

Результаты: после установления больным диагноза сифилиса нервной системы (благодаря консультации дерматовенеролога и серологическому обследованию) и проведения специфической терапии было достигнуто выздоровление или явное улучшение.

Выводы: таким образом, ошибки в первичной диагностике сифилиса нервной системы отражают недостаточную подготовку и настороженность врачей других специальностей в отношении сифилиса нервной системы.

В то же время мы отмечаем, что в последние годы сократились сроки установления таким больным правильного диагноза и вовремя назначенная специфическая терапия позволила избежать тяжелых осложнений.

Анаэробные микроорганизмы в этиологии репродуктивно значимых инфекций

Савичева А. М.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, г. Санкт-Петербург

Цель: установление этиологической значимости анаэробных микроорганизмов в этиологии репродуктивно значимых инфекций.

Материалы и методы: изучение литературы по вопросам оценки значимости анаэробных микроорганизмов в этиологии репродуктивно значимых инфекций.

Результаты: для поддержания нормального физиологического микробиоценоза гениталий и для размножения нормальной эндогенной микрофлоры необходим определенный окислительно-восстановительный потенциал среды микробного окружения. Снижение этого потенциала происходит во время операций, родов, когда ткани сдавливаются, зажимаются, обескровливаются, образуется микрогематома или серозный выпот. Из-за этого сопутствующая микрофлора уменьшает окислительно-восстановительный потенциал, позволяя все большему числу видов анаэробов размножаться, что приводит к аутоэлиминации ведущих бактерий.

Значительное снижение окислительно-восстановительного потенциала инициирует анаэробную прогрессию. Вся микрофлора подвергается селективным изменениям. Микрофлора, способная размножаться в присутствии кислорода, в таких неблагоприятных условиях подвергается процессу последовательной аутоэлиминации. Этот процесс называется анаэробной прогрессией. Ее этапы можно представить следующим образом:

1-й этап: в очаге инфекции присутствуют аэробно-факультативные анаэробы: альфа-стрептококки, *Lactobacillus* sp., *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium* sp., *Enterococcus* sp., *Enterobacteriaceae*.

2-й этап: стрептококки группы D, *Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus* sp., *Peptococcus* sp., *Veilonella* sp., *Actinomyces* sp., *Eubacterium* sp., *Clostridium* sp., *Lactobacillus* sp., *Bacteroides* sp., *Prevotella* sp.,

3-й этап: происходит отбор микроорганизмов, исчезают факультативно анаэробные виды бактерий, размножаются облигатные анаэробы — *Peptostreptococcus* sp., *Peptococcus* sp., *Bacteroides* sp., *Clostridium* sp., *Actinomyces* sp., *Prevotella* sp.,

4-й этап: остаются облигатные анаэробы *Peptococcus* sp., *Peptostreptococcus* sp., *Bacteroides* sp., *Prevotella* sp.,

5-й конечный этап: остается ультимативно один вид эксклюзивно анаэробного рода бактерий. На этом этапе формируется абсцесс. Это кульминация анаэробной инфекции, из материала хорошо сформированного абсцесса выделяется один вид или один род бактерий.

Анаэробная прогрессия является главным, но не единственным путем формирования анаэробного заболевания. Имеет значение наличие сопутствующих заболеваний или состояний, приводящих к развитию дисбактериоза влагалища или кишечника.

В акушерстве анаэробная прогрессия способствует развитию септического аборта, послеродового эндометрита и других послеродовых осложнений. В гинекологии в результате полимикробной анаэробной инвазии возможно развитие послеоперационных абсцессов, тубовариальных образований. Классическим примером анаэробной прогрессии является гонококковый сальпингит, при котором *Neisseria gonorrhoeae* начинает первую фазу, затем рекрутируется смешанная аэробно-анаэробная

микрофлора, в результате чего повреждаются ткани, а также ультимативно элиминируется и *Neisseria gonorrhoeae*. То есть анаэробная прогрессия излечивает пациентку от гонореи, но обычно ценой разрушения тканей.

При выраженной клинической картине заболевания данные бактериологического исследования не являются ведущими в выборе antimicrobного препарата для лечения. Надо помнить, что нужно соблюдать анаэробные принципы взятия материала, его доставки в лабораторию. Следует также учитывать динамику развития анаэробной прогрессии. На эффективность antimicrobной терапии при полимикробной анаэробной инфекции также влияет окислительно-восстановительный потенциал. Для лечения послеродовых и послеоперационных осложнений следует назначать два антибиотика, способных перекрыть все категории анаэробов. Рекомендуется так называемая трипл-терапия (классически пенициллин или ампициллин, клиндамицин или метронидазол и один из аминогликозидов). Трипл-терапия строит «каменную стену» для развития анаэробов. Метронидазол (трихопол) — один из основных антибиотиков, применяемых для лечения инфекций, связанных с анаэробной прогрессией. Трихопол имеет три лекарственных формы: таблетки для приема внутрь, таблетки вагинальные и раствор для внутривенного введения, что позволяет его широко применять при лечении анаэробной инфекции любой локализации.

Выводы: при анаэробной прогрессии возможно развитие ряда акушерских и гинекологических осложнений. При бактериальном вагинозе массивное размножение анаэробов требует назначения антибактериальной терапии, направленной на элиминацию этих микроорганизмов. Основным лекарственным средством в лечении анаэробных инфекций является метронидазол (трихопол).

Диагностика заболеваний, ассоциированных с генитальными микоплазмами, с применением культурального экспресс-теста и полимеразной цепной реакции

Сбитнева Н.Н., Кириченко Т.А., Перевалова Е.Ю., Шилова В.П., Бейкин Я.Б.

Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, Клинико-диагностический центр, г. Екатеринбург

Цель: сравнительный анализ метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) и культурального экспресс-теста, оценка эффективности их комплексного применения для диагностики генитальных микоплазм.

Материалы и методы: обследовали пациентов ЛПУ г. Екатеринбурга детородного возраста (женщины 17–44 лет, мужчины — 28–40 лет). Клинический материал (соскобы из уретры, эндоцервикального канала и влагалища) исследовали на *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* по разработанному алгоритму: детекцию и идентификацию ДНК микоплазм проводили методом ПЦР (тест-системы фирмы «АмплиСенс», Москва); в положительных пробах определяли концентрацию микоплазм (титр от 10^2 КОЕ/мл и выше) и их чувствительность к антибиотикам (доксикалину, джозамицину, офлоксацину, эритромицину, тетрациклину, ципрофлоксацину, азитромицину, кларитромицину, пристинамицину) с применением культурального экспресс-теста *Mycoplasma IST 2* (фирма BioMeriux, France).

Результаты: указанными методами исследовали материал от 81 пациента на *U. urealyticum* и 71 — на *M. hominis*. Совпадение результатов исследований культуральным экспресс-тестом и ПЦР составило 88,9% для *U. urealyticum* и 85,9% — для *M. hominis*. Положительные результаты были получены в 60 пробах на *U. urealyticum* и только в 1 пробе — на *M. hominis*. Имели место случаи выявления микоплазм только одним из используемых методов. Так, *U. urealyticum* и *M. hominis* была выявлена в 9,9 и 9,8 процента случаев, соответственно, только методом ПЦР, а в 1,2 и 4,2 % — только культуральным экспресс-тестом *Mycoplasma IST 2*. При отрицательных результатах ПЦР, культуральным методом в 2 пробах была выявлена *U. urealyticum*, а в 4 пробах — *M. hominis* в количестве 10^1 КОЕ/мл (концентрация до 10^1 КОЕ/мл является нормой).

Несоответствие результатов диагностики *M. hominis* и *U. urealyticum*, полученных указанными выше методами, может быть связано как с низкой концентрацией микроорганизмов в пробе, чувствительностью и специфичностью используемых тест-систем, так и нарушением правил взятия, транспортировки и хранения клинического материала.

Изучение антибиотикограмм показало, что наибольшей активностью в отношении *U. urealyticum* обладают тетрациклин (93%), доксициклин (96%), макролиды: джозамицин (81%) и кларитромицин (59%), тогда как при смешанной инфекции *U. urealyticum* и *M. hominis* эффективными являются только макролиды.

Использование комплекса лабораторных методов для диагностики генитальных микоплазм дает возможность оценки эффективности проводимой антибактериальной терапии. Так, применение с 2005 г. теста *Mycoplasma IST 2* для количественной оценки микоплазм и определения их чувствительности к лекарственным препаратам позволило повысить эффективность лечения микоплазмозов в 2005–2006 гг. на 11–12% по сравнению с 2004 г.

Выводы: показана высокая диагностическая значимость метода выявления ДНК микоплазм по сравнению с культуральным экспресс-тестом (на 8,6% в случае обнаружения *U. urealyticum* и на 5,6% — *M. hominis*) и высокая эффективность культурального теста *Mycoplasma IST* в определении степени патогенности микоплазм (количественная оценка), а также их чувствительности к антибиотикам.

На основании полученных данных был разработан оптимальный алгоритм диагностики генитальных микоплазм урогенитального тракта: на первом этапе выявление ДНК *M. hominis* и *U. urealyticum* методом ПЦР с последующим определением их концентрации (титра) и чувствительности к антибиотикам.

Таким образом, для диагностики *M. hominis* и *U. urealyticum*, оценки их клинической значимости и адекватного выбора антибиотикотерапии необходимо комплексное использование культурального экспресс-теста и молекулярно-биологических методов исследований.

Трактовка положительных серологических реакций на сифилис у больных без клинических проявлений сифилиса

Севашевич А.В., Смирнова Т.С.

ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, г. Санкт-Петербург

Цель: оценка положительных серологических реакций на сифилис у больных без клинических проявлений сифилиса.

Материалы и методы: в связи с внедрением приказа Минздрава РФ № 87 от 28.03.2001 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», отменой реакции Вассермана и переходом на другие виды серологической диагностики сифилиса, у практикующих врачей возникает много вопросов в трактовке положительных серологических реакций у разных категорий больных. Положительная микрореакция сохраняется длительное время, а ИФА, РПГА — могут сохраняться пожизненно, т. е. возникает так называемая серологическая фиксация. В консультативно-лечебно-профилактическое отделение (КЛПО) ГорКВД

направлялись пациенты кожно-венерологических учреждений города с положительными результатами серологических реакций на сифилис без клинических проявлений болезни.

По наблюдениям специалистов КЛПО ГорКВД диагностические сложности возникают при решении вопросов:

- критерии излеченности больных сифилисом;
- исключение ложноположительных реакций;
- диагностики скрытого сифилиса;
- обследовании беременных с положительными КСК реакциями.

При обследовании (около 300 пациентов в год) использовались серологические тесты: микрореакция преципитации (МР), иммуноферментный количественный анализ (ИФА); реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакция иммунофлюоресценции в модификации РИФАбс., реакция связывания комплемента (РСК) с кардиолипновым и трепонемным антигенами. С целью выявления специфических и неспецифических изменений пациенты осматривались оториноларингологом (костно-воздушная диссоциация), окулистом (увеиты, хориоретиниты, атрофия дисков зрительных нервов и др.); терапевтом (акцент II тона на аорте, системный шум в области сердца), неврологом (ауторефлексия и другая микроочаговая симптоматика), а также — инфекционистом и психотерапевтом, при показаниях — психиатром. При выявлении клинической симптоматики для уточнения диагноза проводилась люмбальная пункция, цито-биохимическо-серологическое исследование ликвора, МРТ и МРА головного мозга, УЗИ сосудов мозга, УЗИ сердца. При отсутствии признаков висцерального сифилиса, нейросифилиса и других форм сифилиса, но при положительных реакциях ИФА, РПГА, РИФ — правомочно заключение «серологическая фиксация». При решении вопроса о наличии сифилиса у беременных принимались во внимание:

- 1) тщательный сбор анамнеза;
- 2) обследование партнеров с постановкой всех серологических реакций (МР, ИФА (IgM, IgG), РПГА, РИФ, РИТ);
- 3) проведение консультаций всеми специалистами.

При определении ложноположительных реакций необходимо иметь данные о сопутствующих заболеваниях пациента и результатах полного серологического исследования.

Результаты: выделены три группы пациентов:

I группа — 64,0% консультируемых получали полноценное противосифилитическое лечение по поводу различных форм сифилиса, перенесенного от 1 до 10 и более лет тому назад, но негативация серологических реакций (полной или частичной) у них не произошла, а у 17% лиц этой группы выявлен нейросифилис.

II группа — больные с сифилисом в анамнезе на ранних сроках беременности: из них — 6,0% направлены на профилактическое лечение в связи с серологическим рецидивом; у 1,2% диагностирован скрытый сифилис — это беременные с впервые выявленными положительными реакциями.

III группа — пациенты с ложноположительными серологическими реакциями (28,8%) оставлены без специфического лечения на клинико-серологическом контроле (КСК).

Выводы: в связи с трудностями диагностики данные вопросы нуждаются в дополнительном, глубоком, научном изучении для выработки единой тактики ведения больных данной категории.

Прогностические показатели иммунного статуса при комбинированной терапии рецидивирующих остроконечных кондилом

Соловьев А. М., Пичугин А. В., Кожмякина Е. Ш., Атнауллаханов Р. И.
МГМСУ, ГНЦ Институт иммунологии, г. Москва

Цель: изучение иммунного статуса больных рецидивирующими остроконечными кондиломами.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 47 больных (25 женщин и 22 мужчин) рецидивирующими остроконечными кондиломами. Всем больным проводили иммунологическое исследование, в ходе которого определяли субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови, изотипы NK клеток, подклассы Т клеток, пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, хемилуминесценцию и фагоцитирующую способность нейтрофилов, иммуноглобулины классов G, A, M и E. Лечение заключалось в использовании иммуноотропного препарата иммуномакс в комбинации с удалением кондилом различными методами. Больным удаляли остроконечные кондиломы и одновременно назначали внутримышечные инъекции иммуномакса по 200 ЕД на 1-й, 2-й, 3-й, 8-й, 9-й и 10-й дни лечения. Пациентов наблюдали в течение 3 месяцев.

Результаты: иммунный статус больных рецидивирующими остроконечными кондиломами характеризовался гиперплазией и активацией NK клеток — увеличение абсолютного количества NK клеток выше верхней границы нормы наблюдалось у 49% больных, содержание активированных HLA-DR⁺ NK клеток — у 62%, цитолитических NK клеток с перфорином — у 50%, CD16⁺56⁻ NK клеток — у 53% больных. Наряду с NK клетками наблюдалась активация звеньев фагоцитов, CD4⁺ Т клеток и CD8⁺ Т клеток. Примечательны признаки декомпенсации иммунной защиты, которые выражались в истощении содержания CD4⁺ Т клеток у 32%, снижении фагоцитарного индекса у 53% и нарастании количества регуляторных CD4⁺25⁺ Т клеток, способных подавлять функции других Т клеток, у 100% больных. Проведенное лечение дало выраженный клинический эффект. Отсутствие рецидивирования кондилом сразу по окончании лечения констатировали у 32 из 47 больных (68,1%) (группа 1). Остальным 15 больным (31,9%) потребовались дополнительные сеансы деструкции (от 1 до 3) (группа 2). К концу 3-го месяца наблюдения только у 1 пациентки кондиломы продолжали рецидивировать. Таким образом, к концу контрольного периода наблюдения у 46 из 47 больных наблюдали отсутствие рецидивирования заболевания и общая клиническая эффективность лечения составила 97,9%. Иммунный статус больных 1-й группы характеризовался умеренным нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево ($p=0,05$), повышением количества моноцитов ($p=0,07$), увеличением количества NK клеток в основном за счет CD16⁺56⁺ ($p=0,02$), увеличением количества цитолитических NK клеток с перфорином ($p=0,04$). При анализе иммунного статуса больных 2-й группы выявили статистически достоверное снижение фагоцитарного индекса ($p=0,07$), увеличение числа CD16⁺56⁻ NK клеток ($p=0,07$), активацию CD45RA⁺RO⁺ Т-хелперов ($p=0,05$), активацию CD8⁺25⁺ Т клеток ($p=0,09$). Сравнение показателей иммунитета у больных 1 и 2 групп показало наличие статистически достоверного ($p<0,05$) повышенного содержания NK клеток, за счет мажорного изотипа CD16⁺56⁺ NK клеток, у больных 1-й группы.

Выводы: комбинированная терапия рецидивирующих остроконечных кондилом показала выраженную клиническую эффективность, направленную на прекращение рецидивов заболевания. Иммунный статус больных характеризуется снижением содержания CD4⁺ Т хелперов и функциональной активности фагоцитов, а также множественными признаками активации

противовирусной иммунной защиты, в которую вовлечены NK и T клетки, фагоциты и IgG-антитела. Быстрое выздоровление при лечении ассоциировано с повышенным количеством клеток в мажорной популяции CD16+56+ NK клеток. Замедленное выздоровление ассоциировано со снижением фагоцитарного индекса, увеличением численности клеток в минорной популяции CD16+56- NK клеток.

Медико-социальные особенности ВИЧ-инфицированных матерей

Ставропольская Л.В.
КГМУ, г. Казань

Цель: выявить характерные медико-социальные особенности ВИЧ-инфицированных матерей.

Материалы и методы: медико-демографический и статистический анализы социально-гигиенических характеристик 278 женщин, ставшими матерями за период 2000–2005 гг. в Республике Татарстан.

Результаты: вследствие проведенного исследования установлено, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин находятся в возрастном промежутке 18–29 лет, это 248 матерей (89,2%), в возрасте 14–17 лет — 16 (5,75%) и 30–39 лет — 14 (5,05%). Большинство из них безработные — 152 (54,7%), работающие — 81 (29%), остальные учащиеся: школ — 5 (1,8%), средних учебных заведений — 25 (9%), высших учебных заведений — 15 (5,4%). Более половины ВИЧ-инфицированных матерей были замужем или находились в гражданском браке (56,1%). Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией отмечен у 136 (48,9%) матерей, внутривенный — у 137 (48,9%) и не установлен — у 5 (1,8%). Более трети (38,7%) исследуемых женщин активно выявлены соответствующими органами, из них 13,5% задержаны органами Министерства внутренних дел, почти столько же (13,7%) состояли на учете в наркологическом диспансере, 10% в кожно-венерологическом диспансере и 1,5% в психоневрологическом диспансере.

Выводы: таким образом, путь инфицирования у ВИЧ-позитивных матерей в равных долях может быть как внутривенным, так и половым. В более половине случаев это безработные женщины, состоящие в браке. Превалирующее большинство из них находятся в возрасте 18–29 лет. Настораживает тот факт, что более 13% из них привлекались к ответственности правоохранительными органами и состояли на учете в наркологическом диспансере. Несмотря на то, что все основные тактические моменты перинатальной профилактики закреплены приказами МЗ РТ, ее конечный результат будет определяться тем, насколько полно каждой ВИЧ-инфицированной женщине будет представлена качественная, своевременная помощь и консультации. Все это диктует необходимость расширения исследований для выявления групп повышенного риска, нуждающихся в медико-социальной защите и дифференцированном подходе. Результаты исследования могут быть использованы в качестве источника объективной информации для обоснования и реализации мер медицинского, социального и этического характера, направленных на пренатальную профилактику ВИЧ-инфекции.

Проблемы позднего нейросифилиса (диагностика, клиника, лечение)

Сурганова В.И.
ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: изучить клинко-эпидемиологические, серологические особенности больных поздним нейросифилисом и эффективность специфической терапии.

Методы: проведен анализ архивных историй болезни 23 больных поздним паренхиматозным нейросифилисом, находившихся на лечении в областной психиатрической больнице г. Екатеринбурга в период с 2000 по 2005 гг.

Результаты: в стационар пациенты попадали различными путями, так милицией с улицы, с признаками полной амнезии, было доставлено 13,0% больных, машиной скорой помощи, с признаками острого психоза, — 39,1%, родственниками — 21,7%, самостоятельно добрались 17,4% больных. Галлюцинации отмечались у 18 пациентов, что составило (78,3%), изменения в психике наблюдались у 22 (95,7%), полная потеря памяти у 6 (26,1%), частичная потеря памяти у 11 (47,8%), дезориентация в пространстве у 14 (60,9%). У всех пациентов исследуемой группы определялись симптомы дегенеративно-дистрофического характера. Нарушения в психике у 78,26±1,78%, снижение интеллекта у 78,26±1,78%, дизартрия — у 26,09 ± 1,90%; амнезия — у 65,22±2,06%; головная боль регистрировалась у 66,2±2,06%; головокружение у 56,5±2,14%; снижение реакции зрачков на свет у 56,5±2,14%; отсутствие реакции зрачков на свет у 30,4±1,99%; синдром Аргайла-Робертсона у 30,4±1,99%; снижение коленных рефлексов у 30,4±1,99%; неустойчивость в позе Ромберга у 82,6±1,64%; атаксия у 39,1±2,1%. У 66,6% больных поздним нейросифилисом определялись средние и высокие титры антител в реакции связывания комплемента с кардиолипновым антигеном в количественной модификации. Диагноз нейросифилиса устанавливался только после исследования ликвора, так у 65,2% определялся цитоз > 5 клеток, у 72,7% белок выше 0,4%, резкоположительные результаты в нетрепонемных тестах (КСП) у 65,2%, что коррелировало с повышенным плеоцитозом. У всех пунктированных пациентов в 100% наблюдались резкоположительные результаты в трепонемных тестах (ИФА, РНГА, РИФ). Специфическая терапия проводилась бензилпенициллином по 10 млн ЕД 2 раза в сутки в/в капельно на 400,0 физиологического раствора в течение 14 дней, с проведением второго курса после 2-недельного перерыва. На фоне специфической терапии больные становились более адекватными. Исчезала нервозность, галлюцинации, улучшалось поведение. У 2 пациентов исследуемой группы наступил смертельный исход.

Выводы: все пациенты обследованной группы ранее не получали лечение по поводу сифилиса и были госпитализированы в стационар психиатрического профиля различными путями. Клинически в основном преобладали нарушения со стороны психики и признаки дегенеративно-дистрофического характера, у 72,7% больных этой группы наблюдались клинко-серологические изменения в ликворе. Специфическая терапия у 8,7% больных поздним нейросифилисом не смогла предупредить смертельный исход заболевания, что диктует необходимость разработки новых методов лечения пациентов вышеназванной стадии.

Медицинские и социальные аспекты сифилиса у беременных и новорожденных и основные направления его контроля и профилактики

Сырнева Т.А., Макаренко А.В., Бердицкая Л.Ю.
ФГУ УрНИИДВИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург; ЧОКВД, г. Чита

Цель: разработка эффективности организационной модели профилактики сифилиса у беременных и новорожденных.

Материалы и методы: статистический, клинко-анамнестический, социологический, экспертный.

Результаты: впервые изучено состояние заболеваемости сифилисом у беременных женщин в расчете на 100 тыс. родивших в 25 территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока. Установлено, что уровень заболеваемости беременных в 7–10 раз превышает показатель заболеваемости в общей популяции. Наиболее высокие интенсивные показатели у беременных регистрировались в Пермском крае — 961,1–725,4; Амурской области — 1201,2–679,1; Томской области — 1829,2–782,4; Иркутской области — 1704,5–796,1; Респ. Тыва — 1893,1–1196,1. Установлен уровень перинатальных потерь у беременных, больных сифилисом, составляющий в среднем по региону — 4,9–6,5%. На этом эпидемиологическом фоне во всех территориях региона регистрировались клинические и эпидемиологические случаи врожденного сифилиса. Всего за 2005–2006 гг. в регионе Урала, Сибири и Дальнего Востока зарегистрировано 193 новых случая клинического врожденного сифилиса. Установлено, что на 1 ребенка с клиническим случаем врожденного сифилиса приходится от 4,6 до 8,6 эпидемиологических случаев. На основании анкетно-социологического исследования беременных (больных сифилисом и здоровых), врачей акушеров-гинекологов определены управляемые и неуправляемые факторы развития врожденного сифилиса. Основной причиной позднего обращения подавляющее большинство (86,2%) врачей акушеров-гинекологов считают чрезвычайно низкий уровень информированности об ИППП и необходимости ранней явки в женскую консультацию. Отсутствие прописки и страхового полиса, по мнению акушеров-гинекологов, является достаточно высокой причиной позднего обращения (78,6%). Принадлежность женщины к незащищенным слоям населения являлась второй по значимости причиной позднего обращения. Ее указали 53,4% опрошенных.

Выводы: разработана и внедрена эффективная организационная модель профилактики врожденного сифилиса, представляющая собой динамическую систему тактических, диагностических, лабораторных алгоритмов и включающая в себя индикаторы качества работы акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, врачей общей практики по профилактике врожденного сифилиса.

Аффективные расстройства у пациентов с генитальной герпетической инфекцией

Талдибаева Г.Б., Гомберг М.А., Бардеништейн Л.М.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, МГМСУ кафедра психиатрии и наркологии, г. Москва

Цель: оценить частоту и характер аффективных расстройств у больных с ГГ.

Материалы и методы: для изучения распространенности и клинической структуры депрессивных расстройств у больных с герпесом нами было проведено рандомизированное клинко-психопатологическое и психологическое обследование 44 амбулаторных пациентов (26 мужчин и 18 женщин в возрасте 21–70 лет) с часто рецидивирующей ГИ (больше 6 раз в год). Наличие антител к ВПГ 1 и 2 типа проводили с помощью ИФА. Для прямого обнаружения ВПГ в очагах использовали ПЦР. Для объективной оценки психического состояния больных мы использовали разработанные для этой цели методики опроса по специальным шкалам: шкалу депрессии Гамильтона HAM-D-21 (норма <7), госпитальную шкалу тревоги и депрессии HAS (норма <5), шкалу для оценки социального и профессионального функционирования SOFAS (норма >81) и шкалу общего клинического впечатления CGI-S (норма <2). Для оценки качества жизни больных использовали опросник MOS-SF-36.

Результаты: из 44 обследованных больных с ГГ различные степени расстройства депрессивного спектра выявлены у 32 (72,7%) пациентов.

У 16 (36,3%) пациентов по шкале HAM-D-21 были показатели >7 баллов, у 19 (43,1%) пациентов по шкале HAS >5 баллов, у 11 (25%) по шкале SOFAS < 80 и у 7 (15,9%) по шкале CGI-S >2 баллов.

При углубленной клинической диагностике в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 выявленные депрессивные расстройства у 21 (47,7%) больного были отнесены к следующим кластерам: депрессивный эпизод: F32.01; депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами — 11 (25%), F32.11 депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами — 10 (22,7%); у 7 больных (15,9%) — F33.11 рекуррентное депрессивное расстройство средней степени с соматическими симптомами; у 4 больных (9%) — F34.1 дистимия. Все эти диагнозы являются показанием к назначению антидепрессантов.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что более чем у 70% больных с ГГ имеются аффективные расстройства, требующие кроме специфической противовирусной терапии назначения медикаментозной коррекции их психического статуса.

Опыт применения препарата деринат в лечении вирусных бородавок

Утюпина Е.В., Лендерман Н.Г., Михайлова Т.Н., Геппенер О.Н.

ГУЗ ООБ № 3, ОргМА, ООКВД, г. Оренбург

Цель: изучение эффективности препарата деринат в терапии вирусных бородавок.

Материалы и методы: препарат деринат — иммуномодулятор, влияющий на клеточный и гуморальный иммунитет; активизирует противовирусный иммунитет, обладает высоким репаративным и регенераторным действием. Препаратом деринат была пролечена группа больных в количестве 64 человек в возрасте 15–67 лет, страдающих в течение года подошвенными бородавками. Следует отметить, что все больные ранее прошли через традиционную наружную терапию без эффекта. Основной массе больных (52 человека) было произведено электрохирургическое удаление бородавок с последующим применением 0,25% раствора дерината местно на рану и в каждый носовой ход в течение трех недель до заживления. 12 пациентам лечение аппаратом ЭХВЧ подошвенных бородавок могло причинить больше вреда, чем бородавки. В эту группу входили пациенты с тяжелой сопутствующей патологией: сердечно-сосудистой, сахарным диабетом, варикозной болезнью; что отягощает процесс заживления. Эти пациенты получали только деринат 1,5% раствор по 5 мл внутримышечно по схеме: в 1,2,4,7,10-й день от начала лечения; далее 0,025% деринат по 3 капли в течение 3 недель в каждый носовой ход и местно на бородавки. С целью профилактики рецидивов всем больным через 6 месяцев после окончания лечения проведен курс приема препарата деринат в течение 21 дня. Контрольные исследования через шесть месяцев прошли 43 пациента.

Результат: у всех пациентов подошвенные бородавки подверглись обратному развитию в течение двух месяцев, не наблюдалось ни одного случая образования рубцов, рецидива заболевания.

Вывод: отсутствие рецидивов, осложнений подтверждает обоснованность применения иммуномодулятора деринат в лечении бородавок.

Целоформ в лечении баланопостита

Фризин В. В., Фризин Д. В.

КГМУ, г. Казань

Цель: изучить эффективность лечения больных баланопоститом препаратом «Целоформ».

Материалы и методы: под наблюдением находились 20 мужчин с баланопоститом в возрасте 18–45 лет. Давность заболевания составляла от 1 месяца до 2 лет. Всем пациентам был назначен наружно «Целоформ» – целлюлоза формализованная, изготавливаемая из ваты медицинской хлопковой по ГОСТ 5556–81, представляет собой мелкодисперсное порошкообразное средство с длиной волокон 20–50 мкм, не содержит каких-либо инородных включений. Все пациенты на протяжении 20 дней утром и вечером после туалета наружных половых органов наносили на кожу головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти «Целоформ».

Результаты: через 7 дней от начала лечения у 18 больных отмечено значительное уменьшение гиперемии, отека, инфильтрации, мацерации, болевых и дискомфортных ощущений. В последующем было продолжено лечение «Целоформом». Клиническое выздоровление наступило у 14 пациентов через 10 дней после начала лечения, у 3 — через 20 дней. У 3 больных через 20 дней после начала терапии достигнуто значительное улучшение состояния. При последующем наблюдении в течение 2 месяцев у больных с достигнутым выздоровлением и положительной динамикой ухудшения состояния не отмечено. Лечение все пациенты переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов не было. Какого-либо воздействия терапии на показатели периферической крови и мочи не отмечено.

Выводы: представленные нами результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности лечения баланопостита с использованием «Целоформа». К преимуществам назначения «Целоформа» относятся высокая эффективность лечения, отсутствие побочных реакций и осложнений, а также системного действия, что подтверждает обоснованность его применения при воспалении кожи головки и крайней плоти полового члена.

Некоторые клинические особенности простого герпеса гениталий

Халдин А.А.

ММА им. И.М.Сеченова, кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета, г. Москва, ГлаксосмитКляйн

В настоящее время многие клиницисты разделяют нашу точку зрения о целесообразности введения понятия — герпетическая болезнь (ГБ) с выделением синдромов соответствующих пораженных возбудителем органов и систем. Более того, внутри самих синдромов наблюдается достаточно выраженное разнообразие клинических проявлений. В частности, при дерматологическом синдроме, наряду с привычным для нас простым герпесом (ПГ) кожи и слизистых, вирус простого герпеса может вызывать герпес-ассоциированную мультиформную эритему, герпетиформную экзему Капоши и герпетическую псевдолимфому (таблица 1). Если говорить о ПГ, то, пожалуй, в дерматологии это самое «пестрое» по патоморфозу заболевание (таблица 2).

Среди различных по локализации проявлений ПГ пристальное внимание сегодня уделяется генитальной приуроченности герпес-вирусного процесса, который имеет ряд особенностей как в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) (таблица 3), так и внутри структуры дерматологического синдрома ГБ (таблица 4).

Среди клинических проявлений ПГ гениталий можно выделить 10 разновидностей (таблица 5).

Наиболее часто встречается типичная форма, как первичного, так и рецидивирующего ПГ гениталий. Однако как у мужчин, так и у женщин клиническая картина вирусного процесса может иметь некоторую вариабельность, в зависимости от места расположения высыпаний.

У мужчин затруднения в диагностике достаточно часто возникают при манифестациях ПГ на внутреннем листке крайней плоти, заголовочной борозде и на головке полового члена. Особенности данных проявлений является то, что высыпания здесь существуют крайне непродолжительное время и быстро вскрываются с образованием болезненных эрозий, которые в силу постоянной мацерации и трения длительно не эпителизируются. Следует отметить, что регресс эрозий в этой области происходит, как правило, без образования корочек, путем эпителизации из краевой зоны. Эрозии своими очертаниями точно повторяют очертания везикул, на местах которых они образуются. В связи с тем, что герпетические пузырьки располагаются сгруппировано, они могут образовывать более крупные пузыри с фестончатыми очертаниями, в результате и эрозии возникающие на этих местах, также имеют полициклические очертания. Полициклический характер эрозий имеет чрезвычайно важное дифференциально-диагностическое значение, так как при генитальной локализации герпетического процесса может наблюдаться некоторое клиническое сходство с твердым шанкром. Не менее важным признаком, отличающим герпетические эрозии от твердого шанкра, является отсутствие инфильтрата в их основании. Такие же особенности присущи и ПГ гениталий у женщин при локализации высыпаний на малых половых губах, клиторе и преддверии влагалища.

При локализации ПГ в области женских наружных половых органов пузырьки могут располагаться на любом участке вульвы. Эволюция высыпных элементов в этой области не обладает какими-либо особенностями и характеризуется ранним образованием эрозий. Однако при данной локализации герпетического процесса могут наблюдаться и некоторые особенности. Так, развитие обострения иногда сопровождается значительным отеком области поражений и прилегающих участков, кроме того, часто отмечаются выраженные субъективные ощущения. Также может наблюдаться распространение высыпаний с вульвы на слизистую оболочку влагалища и шейки матки, что сопровождается усилением субъективных ощущений и появлением выделений (особенно при первичном герпесе). Однако возможно и изначальное развитие изолированного герпетического цервицита, с которым часто сталкиваются гинекологи.

В ряде случаев клиницисты могут столкнуться с такой особенностью ПГ гениталий, как регионарный лимфаденит и лимфангит, которые нетипичны для рецидивов заболевания. Возникновение этих осложнений обусловлены, как правило, не самим вирусным процессом, а наслоением бактериальной инфекции вследствие длительной эпителизации эрозий.

Наибольшие диагностические трудности возникают при развитии обострений в виде разновидностей. Их основными особенностями являются следующие: при язвенной форме наблюдается эволюция пузырьков в нехарактерные для ПГ язвы и значительно более длительное течение рецидива (данная форма является маркером ВИЧ-инфекции, но может встречаться при онкологических заболеваниях); при сифилоподобной форме эрозии или язвочки приобретают округлые или овальные очертания, а в их основании нередко пальпируется инфильтрат тестоватой консистенции (нередко встречается у больных сахарным диабетом); при шанкриформном ПГ везикулы быстро трансформируются в резко болезненные язвочки с легка подрытыми краями более или менее правильных очертаний; буллезная форма характеризуется тем, что очаг поражения представлен одним или

несколькими крупными пузырьками или псевдопузырьками с достаточно плотной покрывкой, напоминая фиксированную эритему; при отечной форме пузырьки либо незаметны, либо их нет, течение вирусного процесса характеризуется «толчкообразным» нарастанием отечности (крайней формой является элифантиазоподобный ПГ); стертая форма отличается крайне минимальными кожными проявлениями, пузырьки настолько малы, что визуализируются только при дерматоскопии; для склеродермоподобной формы присуще начало развития с «малых» форм дерматоза, с постепенным формированием явлений склерозирования и кожный процесс начинается напоминать истинную склеродермию, однако клиника нарастает не прогредиентно, а «толчкообразно»; наиболее необычны, и трудны для диагноза, abortивные формы (зудящая и эритематозная) особенностью которых является то, что развитие вирусного процесса останавливается на ранних стадиях обострения (стадии предвестников или инициальных проявлений).

Таким образом, клинические проявления простого герпеса гениталий представляются крайне разнообразными, что нередко ставит перед врачом непростую задачу верификации кожного процесса и недооценка вышеперечисленных особенностей чревата ошибочной диагностикой. Правильной интерпретации дерматологической картины нередко помогает лабораторная диагностика и «diagnoses ex juvantibus».

Применение местной терапии в комплексном лечении цитомегаловирусной инфекции с реактивацией в органах малого таза у женщин репродуктивного возраста

Чернова Н.И.

МГМСУ, г. Москва ООО «ИНВАР»

Цель: совершенствование методов терапии ЦМВИ органов малого таза у женщин репродуктивного возраста с ИППП.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 153 женщины в возрасте 27–37 лет с жалобами на обильные гнойные выделения. Цитомегаловирусную инфекцию органов малого таза диагностировали на основании исследования крови методом ИФА с определением специфических противцитомегаловирусных антител иммуноглобулинов класса М, G и их авидности и обнаружения ЦМВ в соскобах из урогенитального тракта с помощью ПЦР и ПИФ.

Всем больным проводилась бактериоскопия отделяемого урогенитального тракта, исследование на ИППП, иммунного и интерфероновом статусе.

Результаты исследования: у всех пациенток отмечалась реактивированная форма ЦМВИ органов малого таза. При осмотре выявлены обильные выделения слизисто-гнойного характера, цервицит. С помощью ПЦР обнаружены ВПГ1/2 типа, ВПЧ, при бактериоскопии лейкоцитоз в уретре, вагине и цервикальном канале, мицелий грибов *Candida*. При исследовании интерфероновом статусе отмечалось снижение продукции ИНФ альфа, в иммунограмме наиболее часто определялись: лимфоцитоз, процентное снижение естественных киллеров и их функциональной активности.

С целью оценки эффективности лечения пациенты были разделены на 2 группы по 75 женщин. В первой группе больные получали ронколейкин 500000МЕ подкожно 1 раз в 7 дней 5 инъекций на курс и валтрекс 1 г 2 раза в сутки на 15 дней, во 2-й наряду с общей терапией рекомендовали эпиген — препарат растительного происхождения, для местного лечения, действующим веществом которого является глицирризиновая кислота, получаемая из корня солодки. Эпиген обладает противовирусным, интерферонотропным действием, ускоряет процесс эпителизации кожи и слизистых, что имеет важное значение при сочетанной генитальной вирусной патологии. Препарат назначали по 1–2 дозы 3 раза в течение 15 дней.

При контрольном осмотре клиническое улучшение у пациентов 2-й группы наступало на 5–7 дней раньше, чем в первой. Явления цервицита купировались у 53 женщин 1-й группы и 67 второй. При исследовании методом ПИФ и ПЦР через 21–28 дней после лечения на фоне нормализации мазков на микрофлору ЦМВ, ВПЧ и ВПГ1/2 типа не обнаруживались у 132 человек, лечение было более эффективным у больных второй группы.

Выводы:

1. Комплексная терапия с применением эпигена снижает активность генитальной вирусной инфекции.
2. Использование эпигена способствует ускорению репарации слизистых оболочек шейки матки и влагалища.

Электрокардиографические (ЭКГ) изменения у больных скрытым сифилисом

Юлдашев К.А., Раджапова Р.С.

НИИ Дерматологии и венерологии МЗРУз, г. Ташкент

Цель: изучить поражение сердечно-сосудистой системы при сифилисе.

Материалы и методы: нами изучено состояние сердечно-сосудистой системы у больных ранним скрытым сифилисом электрокардиографическим (ЭКГ) исследованием. Анализ ЭКГ кривой у больных скрытым ранним сифилисом и в контрольной группе включал: определение источника ритма сердца, регулярность ритма, частоту сердечных сокращений, амплитуды, направления и формы зубцов, характер сокращения сегмента ST, продолжительность предсердно-желудочковой (P–Q) и внутрижелудочковой (QRS) проводимости, электрической систолы (QT). ЭКГ синдром включали: а) нарушение ритма сердца; б) нарушение проводимости; в) нарушение возбудимости; г) гипертрофия миокарда желудочковых предсердий; д) повреждение миокарда (ишемия, дистрофия, некроз, рубец).

Результаты: ЭКГ исследование было проведено 59 больным ранним скрытым сифилисом. Из них мужчин было 40 человек, женщин — 19. В возрастном аспекте больные распределялись: от 20 до 30 лет — 34 пациента, от 31 до 40 лет 19, от 41 до 50 лет — 5.

При анализе ЭКГ-данных отклонение выявлено у 31 (52,3 %) из числа 59 обследованных, страдающих ранним скрытым сифилисом. Нарушения автоматизма сердца выявлены в 54,8 % случаев из 31 патологических состояний ЭКГ. Синусовая тахикардия отмечена — у 4 человек, брадикардия — у 8, синусовая аритмия — у 5.

У больных скрытым сифилисом нарушения со стороны возбудимости отмечены не были.

Нарушения проводимости отмечены в 36,4 % случаев, из них: блокада пучка Гисса отмечена у 5, замедление внутрижелудочковой проводимости (увеличение QRS больше 0,09 секунд без его деформации) — у 5 и ускорение проводимости PQ до 3,11 секунд у одного больного.

О неполноценной функции миокарда судили по увеличению электрической систолы Q–T, которое отмечены у 6 больных сифилисом. Поражение миокарда характеризовалось изменениями зубца T и сегмента S–T. Снижение S–T, формирование сглаженного зубца T в отведенных от конечностей меньше 15–17 мм отмечалось в 3 случаях.

Диффузные изменения миокарда зарегистрированы в 35,5 % случаев. Признаки гипертрофии левого желудочка наблюдались в 15,2 % случаев.

Надо отметить, что после проведенного противосифилитического лечения ЭКГ–кривые через 3–6 месяцев нормализовались, параллельно негативировались серологические реакции крови. Следует отметить, что в зависимости от длительности существования сифилиса в организме ЭКГ–изменения носят выраженный характер.

Вывод: резюмируя, необходимо отметить, что сифилис, являясь системным заболеванием, поражает различные органы и системы, и изучение в этом аспекте является актуальной задачей венерологии.

Состояние электроэнцефалографических, реоэнцефалографических и эхоэнцефалографических исследований головного мозга у больных ранним скрытым сифилисом

Юлдашев К.А., Турсунов С.С.

НИИ Дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: изучить состояние биоэлектрической активности и сосудистой архитектоники головного мозга у больных скрытыми формами сифилиса. Для этого были применены методы: электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ) и эхоэнцефалография (ЭхоЭГ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 35 больных ранним скрытым сифилисом. Возраст их колебался от 26 до 48 лет. Женщин среди обследуемых было 12 человек, мужчин — 23.

Биоэлектрическая активность и сосудистая архитектоника головного мозга больных была изучена в неврологическом отделении ТашМА.

Результаты: электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования у 24 больных выявили диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с явлениями корково–подкорковых взаимосвязей, у трех — выявлена умеренная внутричерепная гипертензия, у двух — деформированный L–ритм, у остальных — общемозговые диффузные изменения.

Реоэнцефалографические (РЕГ) исследования у 24 обследуемых больных выявили дистонию тонуса мозговых сосудов; у девяти — гипертенус сосудов головного мозга, а также элементы застоя и дисциркуляции в каротидной и вертебробазиллярных отведениях.

Эхоэнцефалографические (ЭхоЭГ) исследования у 28 обследуемых больных не выявили нарушений: отсутствовали смещение и внутричерепная гипертензия, у 7 больных отмечена легкая внутричерепная гипертензия.

Выводы: наши результаты подтверждают данные о том, что при скрытых формах сифилиса отмечается частое поражение нервной системы. Выраженные классические формы нейросифилиса в последнее время регистрируются редко, чаще встречаются стёртые, малосимптомные, долго не вызывающие у большинства пациентов субъективных расстройств, а следовательно, и поздно диагностированные поражения нервной системы у больных скрытым сифилисом.

Ликвор и нервная система при скрытом сифилисе

Юлдашев К.А., Турсунов С.С.

НИИ Дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент

Цель: изучить состояние ликвора и нервной системы у больных ранним скрытым сифилисом.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 22 больных сифилисом ранним скрытым. Из них — 18 мужчин и 4 женщины. Возраст их колебался от 24 до 52 лет. При этом в возрасте 21–30 лет больных было 3 пациента, 31–40 лет — 9, 41–50 лет — 8 и 51 лет и старше — 2 больных.

Ликвор исследован цитологическим и серологическим методами в лабораториях НИИ ДиВ МЗ РУз.

Результаты: при цитологическом исследовании ликвора получены следующие результаты: клеточный состав ликвора (цитоз) был увеличен — у 20 больных до 10 клеток в 1 мм³, а у 2 увеличение отмечено до 13 клеток в 1 мм³.

Увеличение содержания в ликворе общего количества белка отмечено в 20 случаях до 1,0 %, а в 2 случаях до 1,66%.

Белковый коэффициент в 20 случаях составил до 0,2, в 2 — 0,3.

Глобулиновые реакции: Панди в 17 случаях была позитивной по (1+) и в 5 случаях — (2+); Нонне–Апельта в 16 (1+), а в 4 случаях (2+).

Комплекс серологических реакций был положительным у 7 пациентов: в 3 случаях позитивность отмечена (–;–;+), в двух (–;+;2+) и в двух (+;2+3+).

Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) сомнительной (до 40%) была у одного больного, положительной (от 41% до 60%) — у 2, резкоположительной (свыше 60% отмечена) — у 2.

Реакция иммунофлюоресценции с цельным ликвором (РИФц) была у 2 пациентов сомнительной (1+), у остальных (15 больных) позитивность отмечена (3+;4+).

Патология ликвора оценена по классификации Робустова Г.В., усовершенствованной Фришманом М.П. с соавторами (1975 г). I–тип патологии отмечены — в 9 случаях, II–тип — в 8 и III–тип — в 5.

Все пациенты проконсультированы невропатологом. Отмечены субъективные расстройства: головные боли — у 3, бессонница — у 1, шум в ушах и в голове — у 2, снижение зрения — у 3, раздражительность — у 12, головокружение — у 20, тошнота — у 2 и двоение в глазах — у 3 больных.

В неврологической симптоматике выявлены: горизонтальный нистагм — у 4 больных, парез лицевого нерва — у 1, повышение сухожильных рефлексов — у 18, симптомы Якобсон–Ласка — у 4, Бриссо — у 4, рефлекс Бабинского — у 3, снижение сухожильных рефлексов — у 5, пошатывание в позе Ромберга — у 6 больных.

На основании клинических и ликворологических данных выставлены: церебральный лептоменингит — 8 пациентам, невыраженный менингит — 7, менингovasкулит — 6, менингоэнцефалит — 1.

Неврологические симптомы выявлены у больных с ликворопатологией.

Выводы: таким образом, у больных сифилисом скрытым ранним при исследовании нервной системы можно выявить различные изменения.

Диагностика урогенитального хламидиоза

Юнусова Е.И., Батыршина С.В.

КГМА, г. Казань

Цель: оптимизация методов диагностики урогенитального хламидиоза (УГХ) у женщин, больных воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Методы: клиническую группу составила 121 женщина, больная УГХ. Возбудители инфекций, передаваемых половым путем, а также условно-патогенная флора верифицировались нами с использованием методов: микроскопии, посевов с идентификацией до вида возбудителя, прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментного анализа (ИФА), полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием видоспецифических праймеров; ПЦР в режиме реального времени (Real-Time PCR, NASBA); выявлением иммуноглобулинов класса G к белку теплового шока (hsp 60) *S.trachomatis* методом иммуноферментного анализа.

Результаты: комплексное микробиологическое обследование позволило верифицировать *S.trachomatis* в варианте моноинфекции у 56 (46%), а в сочетании с другой патогенной или условно-патогенной — у 65 (54%) пациенток. Так, одновременно *S.trachomatis* верифицировались с одним из возбудителей ИППП или условно-патогенной флоры у 39 (32%) пациенток, с двумя и тремя патогенами — у 18 (15%) и 8 (7%) больных соответственно. Воспалительный процесс, вызванный УГХ, в 78% случаев протекал субъективно-асимптомно и с преимущественным поражением восходящих отделов мочеполового тракта (в 69%). Верификация хламидий осуществлялась одновременно применяемыми двумя или тремя разнонаправленного действия методами диагностики. Чувствительность методов ПЦР (Real-Time PCR, NASBA) и ИФА с определением иммуноглобулинов класса G к белку теплового шока (hsp60) *S.trachomatis* составила 100%, а ПЦР с использованием видоспецифических праймеров *S.trachomatis*, ПИФ, ИФА диагностики 97%, 93%, 77% соответственно. Положительные результаты при одновременном исследовании материала методами ПЦР в режиме реального времени (Real-Time PCR, NASBA) и ИФА с определением иммуноглобулинов к белку теплового шока (hsp60) *S.trachomatis* позволили нам не только диагностировать наличие хламидийной инфекции, но и сначала предположить, а затем и подтвердить восходящий характер заболевания у 8 (7%) пациенток при отсутствии у них клинических индикаторов воспаления, свидетельствующих о включении в воспалительный процесс органов полости малого таза. В дальнейшем в результате комплексного клинико-инструментального обследования было подтверждено осложненное течение инфекционного процесса.

Выводы: использование метода амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) — ПЦР в режиме реального времени (Real-Time PCR, NASBA), а также ИФА с определением антител к белку теплового шока (hsp60) *S.trachomatis*, позволили повысить результативность этиологической диагностики хламидийной инфекции. Опираясь на наш клинический опыт, рекомендуем сочетанное их использование для ранней диагностики восходящей хламидийной инфекции, даже при отсутствии клинических маркеров воспаления.

V. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ДЕРМАТОЗОВ

О результатах типирования штаммов *Neisseria gonorrhoeae* по *por*-гену

Абрамов О.И.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение вариабельности штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, полученных из различных регионов Российской Федерации, путем выявления генетического полиморфизма *por*-гена.

Материалы и методы: образцы 166 штаммов *N. gonorrhoeae* из 12 регионов Российской Федерации, которые были исследованы с применением модифицированной методики секвенирования по Senger et al. (1964).

Результаты: в результате проведенного исследования было установлено, что основная часть циркулирующих в регионах штаммов возбудителя гонококковой инфекции характеризуется наличием PIV-аллели — 163 из 166 изученных штаммов (98,3%), и незначительная часть — PIA аллелью, 3 штамма (1,7%). При этом внутри каждого серотипа выделяются подгруппы, характеризующиеся точечными мутациями изучаемого *por*-гена. В ходе работы было установлено, что наиболее неоднородные штаммы гонококка были получены в Санкт-Петербурге и в Москве, что объясняется, по-видимому, высокой миграционной активностью населения этих регионов.

Нами было проведено аналитическое сопоставление выявленных генетических характеристик изучаемых штаммов с международной базой данных по *N. gonorrhoeae* THE NG-MAST databases (www.ng-mast.net). Структура вариабельных нуклеотидных оснований *por*-гена изученных штаммов *N. gonorrhoeae* на 90–99% соответствовала сведениям, представленным в указанной базе данных, кроме того, было выявлено от 1 до 10% уникальных изменений нуклеотидных последовательностей в структуре *por*-гена. По совокупности вариационных изменений в области *por*-гена штаммы *N. gonorrhoeae* сходны с аннотированными в THE NG-MAST databases в среднем на 94%.

Выводы: на основании проведенных работ по изучению свойств штаммов *N. gonorrhoeae* можно с уверенностью утверждать, что *por*-типирование является наиболее предпочтительным из имеющихся в настоящее время методов типирования микроорганизмов, поскольку является не только наиболее информативным, но и дает возможность получать достоверные результаты (100% воспроизводимость результатов исследования) для сопоставления их с данными, полученными в других лабораториях, и таким образом получать комплексную картину о циркуляции возбудителя гонококковой инфекции.

Целесообразно в дополнение к типированию по *por* гену исследовать полиморфизм по *tpo* гену, что расширит возможности установления филогенетического профиля российских штаммов *N. gonorrhoeae* в сравнении с зарубежными для прослеживания динамики дрейфа генов.

Применение тест-системы «NovaТес» (Германия) для диагностики микст-инфекций, вызываемых *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Herpes simplex Virus Type 1*, *Herpes simplex Virus Type 2* у больных с патологией уrogenитального тракта

Алимбарова Л.М., Козлова А.Е., Чиркова Е.Ю.

«Медико-Диагностическая Лаборатория», ГУ НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского РАМН, г. Москва

Цель: оценить качественные показатели иммуноферментных тест-систем «NovaТес» при диагностике микст-инфекций у больных с патологией уrogenитального тракта.

Материалы и методы: проведено клинико-эпидемиологическое обследование 58 больных, 28 мужчин и 30 женщин в возрасте от 18 до 64 лет с острыми и хроническими заболеваниями уrogenитального тракта (в том числе уrogenитальным хламидиозом (УХ), сифилисом, генитальным герпесом, неспецифическим бактериальным вагинитом). Объем обследования включал проведение стандартных микробиологических и вирусологических методов, в том числе выявление специфических антител различных классов к *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Herpes simplex Virus Type 1*, *Herpes simplex Virus Type 2* в сыворотке крови больных методом ИФА с помощью тест-систем «NovaТес» (Германия) и НПО «Вектор-Бест» (РФ). Результаты ИФА регистрировались с помощью спектрофотометра с использованием фильтра 450 нм/650 нм.

Результаты: проведенные исследования позволили выявить клинически значимые титры антител к *C. trachomatis* у 70% больных, к *Tr. pallidum* у 17% больных, к HSV-1,2 — у 82% больных. У 51% больных отмечалась выраженная ассоциация УХ с другими возбудителями инфекций, передающихся половым путем, в том числе у 15% больных, УХ сочетался с сифилисом, у 45% — с ВПГ. У больных преобладал синтез специфических IgG антител или регистрировалось повышение уровня специфических IgM, свидетельствующих о реактивации хронической инфекции. При анализе результатов было выявлено также, что полученные данные коррелируют с аналогичными показателями, полученными при использовании референс тест-систем отечественных производителей на соответствующий патоген. При этом срок годности тест-систем «NovaТес» составляет 18 месяцев, что свидетельствует о большой надежности этих диагностикумов и создает дополнительное удобство при их применении.

Выводы:

1. Тест-системы «NovaТес» (Германия) информативны, просты и доступны для использования в работе. Результаты анализа выражаются в количественном формате, что позволяет оценить динамику изменения уровня антител в крови пациентов.

2. Тест-системы «NovaТес» (Германия) обладают достаточно высокими показателями качества, чувствительности (не менее 97%) и специфичности (не менее 99,7%).

3. Полученные результаты позволяют рекомендовать данные тест-системы для мониторинга смешанных уrogenитальных инфекций.

Разработка первого отечественного контрольного штамма *Neisseria gonorrhoeae*

Аль-Хафаджи Н., Вахнина Т.Е., Полевицкова С.А., Соломка В.С.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: получение контрольного штамма возбудителя гонококковой инфекции *Neisseria gonorrhoeae*.

Материалы и методы: материалом исследования являлись клинические изоляты *N. gonorrhoeae*, выделенные от пациентов с клинически и лабораторно подтвержденным диагнозом неосложненной гонококковой инфекции. При выделении и аттестации штаммов *N. gonorrhoeae* были применены регламентированные методы исследования: бактериоскопический, культуральный, методы видовой идентификации, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, методы генетического типирования.

Результаты: в отделе лабораторной диагностики ИППП и кожных болезней ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» в рамках выполнения подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 гг.)», проведена работа по созданию и регистрации первого отечественного контрольного штамма *N. gonorrhoeae*.

Контрольный штамм *N. gonorrhoeae* был получен из клинического материала (соскоб слизистой оболочки уретры) больного неосложненной гонококковой инфекцией, жителя г. Санкт–Петербурга, до начала его лечения антимикробными препаратами.

Штамм был выделен на плотной селективной питательной среде GC II Agar Base с питательными добавками «Isovitalex», бычьим гемоглобином и селективной добавкой «VCAT» (компания «Vecton Dickinson», США), в условиях инкубации в термостате в атмосфере повышенной концентрации углекислого газа (8% — CO₂) при температуре 35,5°C. Рост культуры был отмечен через 24 часа. В результате исследования свойств выделенной культуры путем окраски мазков по Граму, постановки оксидазного теста, определения ферментативного профиля микроорганизма на приборе BBL–Crystal (Vecton Dickinson, США) установлена его видовая принадлежность — *N. gonorrhoeae*.

При определении профиля антибиотикорезистентности методом серийных разведений в агаре было установлено, что данный штамм чувствителен по отношению к пенициллину (МПК 0,015 мг/мл), тетрациклину (МПК 0,12 мг/мл), ципрофлоксацину (МПК 0,002 мг/мл), спектиномицину (МПК 2 мг/мл) и цефтриаксону (МПК 0,002 мг/мл).

Изучения генетического профиля штамма гонококка подтвердило отсутствие мутаций, ответственных за развитие антибиотикоустойчивости.

Штамм был депонирован в коллекции культур микроорганизмов ГИСК им. Л.А. Тарасевича, для его государственной регистрации была подготовлена научно–техническая документация.

Заключение: таким образом, в ходе выполнения комплексной работы по мониторингу свойств клинических изолятов *N. gonorrhoeae*, циркулирующих среди больных в различных регионах Российской Федерации, был получен первый отечественный контрольный штамм *N. gonorrhoeae*, который может быть использован для осуществления внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных исследований в диагностике гонореи. Заявленные свойства позволяют рекомендовать его применение в качестве эталонного штамма при проведении видовой идентификации *N. gonorrhoeae* и определении чувствительности *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам.

Клинико–anamнестические данные больных гонореей в Калужской области (2004–2005 годы) и результаты изучения чувствительности выделенных штаммов гонококка к антимикробным препаратам

Беликов А.Н., Аль-Хафаджи Н., Полевщикова С.А., Вахнина Т.Е., Соломка В.С., Фриго Н.В.
ОКВД, г. Калуга, ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить клинико–anamнестические показатели больных острой неосложненной гонококковой инфекцией (мужчин) – жителей Калужской области — и показатели чувствительности штаммов *N.gonorrhoeae*, выделенных от этих пациентов, к применяемым для лечения гонореи АМП.

Материалы и методы: в 2004–2005 годах, в рамках мониторинга антибиотикорезистентности *N.gonorrhoeae* к АМП, проводимого под руководством ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» в рамках «Подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», в Калужской области проведено клинико–anamнестическое обследование 71 больного (мужчины) с неосложненной гонококковой инфекцией. Методом серийных разведений в агаре изучена чувствительность *N.gonorrhoeae* к АМП (пенициллин, тетрациклин, ципрофлоксацин, спектиномицин, цефтриаксон), традиционно применявшимся для лечения гонококковой инфекции.

Результаты: клинико–anamнестическое обследование пациентов выявило, что подавляющее большинство пациентов — мужчин с установленным диагнозом гонококковой инфекции было жителями города (81,7%) и имело среднее либо среднее специальное образование (82,3%). Большая часть пациентов (40,8%) не имела постоянной работы. Подавляющее большинство больных (66,2%) жило вне брака (холостые, разведенные мужчины), не имело постоянного полового партнера (95,8%), начинало половую жизнь в раннем (до 17 лет) возрасте (84,5%), при половых контактах не применяло (36,6%) средств барьерной контрацепции или использовало их нерегулярно (63,4%). На наличие ИППП в прошлом указали 15 человек (21,1%), при этом большинство из них (73,3%) отметило перенесенную в прошлом гонококковую инфекцию, остальные — трихомоноз (20%) и урогенитальный хламидиоз (6,7%). Ведущими клиническими симптомами неосложненной гонококковой инфекции были: выделения из уретры (у всех пациентов), которые у большинства больных были обильными (80,3%) и имели гнойный характер (95,1%), гиперемия и отек (у всех пациентов) наружного отверстия уретры, крайней плоти и головки полового члена; боль при мочеиспускании (95,1%), жжение (84,5%) и зуд (64/8%) в уретре.

Изучение чувствительности *N.gonorrhoeae* к антимикробным препаратам показало, что абсолютное большинство штаммов *N.gonorrhoeae* было не чувствительно к пенициллину (78% штаммов) и тетрациклину (80,5% штаммов), более половины исследованных штаммов оказались не чувствительными к ципрофлоксацину (51,3% штаммов) При этом показатели чувствительности *N.gonorrhoeae* к пенициллину и ципрофлоксацину существенно не отличались от аналогичных показателей, полученных в 2005 году при изучении резистентности *N.gonorrhoeae* в рамках мониторинга антибиотикорезистентности гонококка в целом по Российской Федерации (не чувствительно к пенициллину 78,4%, к ципрофлоксацину — 49,2%, штаммов). Уровень штаммов, не чувствительных к тетрациклину (80,5%), был существенно выше, чем в целом по России (65,2%, $p < 0,05$). Наиболее высокие показатели чувствительности *N.gonorrhoeae* были получены по отношению к спектиномицину (97,6%) и цефтриаксону (100% чувствительных штаммов), что позволяет отнести эти препараты к препаратам выбора для лечения гонореи в Калужской области; при этом число штаммов *N.gonorrhoeae*, не чувствительных к спектиномицину, в Калужской области (2,4%) было несколько выше, чем в целом по России (1,4%).

Выводы:

1. Основным резервуаром гонококковой инфекции являются лица, ведущие беспорядочную половую жизнь, с низким уровнем образования, не применяющие при половых контактах средств барьерной контрацепции.
2. Наиболее частыми симптомами неосложненной гонококковой инфекции у мужчин являются: обильные гнойные выделения из уретры, боль и жжение при мочеиспускании, гиперемия и отек наружного отверстия уретры, крайней плоти и головки полового члена.
3. Штаммы *N.gonorrhoeae*, выделенные от больных гонореей мужчин в Калужской области, в большом проценте случаев не чувствительны к пенициллину, тетрациклину и ципрофлоксацину, что требует исключения этих препаратов из схем терапии гонореи на территории Калужской области. Препаратами выбора для лечения гонореи в Калужской области являются спектиномицин и цефтриаксон.
4. Различия в уровне чувствительности штаммов *N.gonorrhoeae* к АМП, выявленные в Калужской области в сравнении с показателями по Российской Федерации, доказывают необходимость не только общенационального, но и регионального мониторинга резистентности гонококка к антимикробным препаратам.

Изучение специфичности тест–системы «Амплисенс *N.gonorrhoeae* — РИБОТЕСТ» для выявления РНК *N.gonorrhoeae* на основе реакции транскрипционной амплификации НАСБА при исследовании материала из ротоглотки

Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Цеслюк М.В., Шипулин Г.А.
ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

Цель: изучение специфичности тест–системы «Амплисенс РИБОТЕСТ» и отсутствия перекрестной реакции с различными представителями рода *Neisseria*.

Материалы и методы: материалом для исследования служили образцы отделяемого орофарингеальной области, полученные с помощью ватного тампона от 81 взрослого человека, которые помещались в транспортную среду, входящую в состав тест–системы. Из полученного материала были выделены нуклеиновые кислоты (НК). Каждый образец НК был исследован с помощью реакции транскрипционной амплификации НАСБА. Параллельно была проведена ПЦР каждого образца с использованием праймеров, обеспечивающих амплификацию фрагментов 16S–рибосомальной ДНК всех видов, входящих в род *Neisseria*. С помощью реакции секвенирования определяли нуклеотидные последовательности полученных ПЦР–фрагментов, после чего проводили филогенетический анализ с использованием международного банка генетической информации GenBank и программного обеспечения BLAST.

Результаты: исследования показали, что продукт ПЦР–реакции с родоспецифическими праймерами был получен из 80 (99%) орофарингеальных образцов. Секвенирование и последующий филогенетический анализ показали, что ни в одном образце не присутствовала ДНК *N.gonorrhoeae*. В то же время была обнаружена ДНК *N.meningitidis* в 4 (5%) образцах, а в других образцах присутствовала ДНК *N.flava*, *N.sicca*, *N.mucosa*, *N.perflava*, *N.subflava* и др., причем преимущественно в виде полимикробных ассоциаций. Все результаты, полученные с помощью тест–системы «Амплисенс *Neisseria gonorrhoeae* — РИБОТЕСТ», были отрицательными, т. е. ни в одном случае не было зарегистрировано перекрестной реакции амплификации с РНК негонококковых видов нейссерий.

Выводы: полученные результаты показывают высокую специфичность тест–системы «Амплисенс *Neisseria gonorrhoeae*–РИБОТЕСТ» и дают основание для дальнейшего изучения возможности ее использования при диагностике гонококковой инфекции экстрагенитальной локализации.

Применение реакции транскрипционной амплификации НАСБА для верификации диагноза хламидийной инфекции, основанного на результатах ПИФ и ПЦР

Гущин А.Е., Ширинова Е. В., Цеслюк М.В., Кисина В.И., Шипулин Г.А.
ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель: изучение возможности объективной оценки достоверности лабораторного диагноза уrogenитальной хламидийной инфекции, основанного на результатах ПИФ и ПЦР.

Материалы и методы: материалом для исследования служили образцы отделяемого уретры, полученные от 36 мужчин с клиническими и лабораторными признаками негонококкового уретрита. От каждого пациента одновременно были получены два образца, один из которых анализировался методом ПИФ, другой — методом ПЦР. При получении положительного результата методом ПИФ (или) ПЦР, материал, предназначенный для ПЦР–исследования повторно исследовался на наличие РНК *C.trachomatis* с помощью тест–системы «Амплисенс *Chlamydia trachomatis* РИБОТЕСТ».

Результаты: положительный результат на *C.trachomatis* методом ПИФ был получен для 13 образцов. Методом ПЦР ДНК *C.trachomatis* была обнаружена в 11 образцах. Однако положительные результаты обоих методов совпали только в трех случаях. Кроме того, для 10 образцов, протестированных методом ПИФ, результаты были интерпретированы, как сомнительные. С помощью реакции транскрипционной амплификации НАСБА РНК *C.trachomatis* была обнаружена во всех образцах, в которых методом ПЦР была обнаружена ДНК возбудителя. Во всех остальных образцах РНК *C.trachomatis* не определялась. Таким образом, совпадение результатов ПЦР и реакции транскрипционной амплификации НАСБА было в 100% случаев.

Выводы: проведенное исследование показало, что метод ПЦР не только более чувствительный, но и более специфичный, чем метод ПИФ при диагностике уrogenитальной хламидийной инфекции. Использование реакции транскрипционной амплификации НАСБА как независимого лабораторного метода позволило объективно обосновать достоверность установление диагноза уrogenитальной хламидийной инфекции, основанного на результатах ПЦР.

Факторы, влияющие на качество лабораторной диагностики ИППП

Домейка М.

Уппсальский университет, Уппсала и Восточно-Европейский Комитет, г. Стокгольм, Швеция

Цель: проанализировать факторы, влияющие на качество лабораторной диагностики при обследовании на ИППП.

Методы: с 1998 по 2006 г. в рамках Российско-Шведского проекта по улучшению контроля и профилактики ИППП в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области проводился анализ факторов, влияющих на качество лабораторной диагностики при обследовании на ИППП.

Данные для настоящего сообщения получены во время проведенных наблюдений, анкетирования лабораторий, изучения клинических образцов, полученных от пациентов с подозрением на ИППП, опроса сотрудников лабораторий и клиницистов.

Результаты: установлено, что при заборе клинического материала от лиц с подозрением на ИППП часто не соблюдаются требования надлежащей лабораторной практики (GLP). Например, из 500 образцов, взятых из уретры у мужчин, лишь в 350 содержались эпителиальные клетки слизистой уретры; в 65% случаев из них было отмечено, что образец нанесен на стекло чрезмерно толстым слоем. В 2/3 случаев при исследовании образцов, полученных из уретры у женщин, на стекле не было найдено материала из уретры. В 30% случаев, вследствие неправильно осуществленного забора клинического материала и исследования вместо цервикальных — вагинальных образцов, пациенткам был неправомерно поставлен диагноз цервицита.

В ряде случаев в диагностическую лабораторию для сдачи анализов направляется пациент, а не проба. В результате нарушения правил транспортировки клинических образцов, субоптимальной окраски и субъективной оценки препаратов часто имеет место гипердиагностика трихомоноза, основанная на обнаружении неподвижных, безжгутиковых, т. е. атипичных трихомонад. Лишь небольшое количество лабораторий проводит культуральную диагностику гонореи. Многие лаборатории не имеют стандартных протоколов для оформления результатов исследований, бланки лабораторных заключений не отвечают потребностям врачей. В большинстве лабораторий используются непригодные для проведения исследований предметные и покровные стекла. Применение пробирок из стекла для культуральной диагностики гонореи вместо стандартизованных по диаметру чашек Петри приводит к неравномерному распределению питательной среды и препятствует созданию оптимальных условий для роста микроорганизма. Селективные среды для выделения гонококков используются редко. Отмечается значительная внутри- и межсерийная вариабельность качественных показателей при использовании для культуральной диагностики ИППП питательных сред российского производства, что объясняется отсутствием системы контроля качества диагностических наборов и сред, соответствующей международным стандартам. Отмечена различная чувствительность диагностикомов, получаемых от разных производителей. Система внутрилабораторного контроля качества в большинстве клиничко-диагностических и бактериологических лабораторий не соответствует международным стандартам. Отсутствует практика обмена референс-штаммами и система методической поддержки лабораторий. Внешний контроль качества наталкивается на те же проблемы, что и в остальных странах Восточной Европы: отсутствуют учреждения, которые предоставляли бы контролируемым лабораториям сертифицированные контрольные образцы и оценивали бы качество проведения диагностических тестов с учетом международно признанных стандартов.

Выводы: для улучшения качества лабораторной диагностики ИППП необходимо принятие ряда организационных мер как на преаналитическом, так и на аналитическом этапах диагностики: (а) разработка и внедрение стандартизованных способов забора клинического материала от пациентов и его обработки на преаналитическом этапе исследования; (б) внедрение эффективной системы контроля качества диагностических наборов и сред; (в) организация системы внутрилабораторного и внешнего контроля качества; (г) создание сети референс-центров.

Значение секреторных специфических иммуноглобулинов в диагностике хронического уrogenитального хламидиоза

Дробченко С.Н., Ришук С.В., Мирский В.Е.

ЗАО «Биоград», ГМА им. И.И. Мечникова, Северо-Западный институт андрологии, г. Санкт-Петербург

Цель: улучшение диагностики хронических форм уrogenитального хламидиоза путём определения местных специфических секреторных иммуноглобулинов (IgA) в цервикальном канале у женщин и эякуляте у мужчин.

Материалы и методы: исследование сыворотки крови (10–25 мкл) на IgG и IgA к хламидиям, а также определение секреторных специфических иммуноглобулинов А к хламидиям в эякуляте (25 мкл) у 89 мужчин и эндоцервикальной слизи (25 мкл суспензированной в физрастворе эндоцервикальной слизи с цито-щетки) у 86 женщин проводили на бесприборных ИФА тест-системах ИммуноКомб®II Chlamydia trachomatis IgG и ИммуноКомб®II Chlamydia trachomatis IgA (Organics — Биоград), зарегистрированных в России с 1992 года и зарекомендовавших себя как наиболее чувствительные и специфичные тесты. При исключительной простоте постановки анализа данные тесты позволяют за непродолжительное время (40 минут) определить титры IgG и IgA к Chlamydia trachomatis. Использование фосфатазно-щелочного конъюгата в тестах Иммунокомб позволяет достичь наиболее высокой чувствительности по сравнению с тестами, основанными на пероксидазной реакции; нанесение на твердую фазу (зубец гребня) высокоочищенного серотипа L2 антигена Chlamydia trachomatis позволяет минимизировать перекрестные взаимодействия с Chlamydia pneumoniae и достичь более высокой специфичности.

Результаты: все пациенты были распределены на 4 группы по результатам сывороточных (определение IgG, IgA в сыворотке крови) и секреторных (определение IgA постановка ПЦР в эякуляте и эндоцервикальной слизи) тестов: I — сывороточные: IgG (+) IgA (+), секреторные: IgA (-), ПЦР (-/+); II — сывороточные: IgG (+) IgA (+), секреторные: IgA (+), ПЦР (-/+); III — сывороточные: IgG (+/-) IgA (-), секреторные: IgA (+), ПЦР (-); IV — сывороточные: IgG (-) IgA (-), секреторные: IgA (-), ПЦР (-).

В указанных группах были сопоставлены положительные результаты лабораторных тестов и клинические проявления инфекции у женщин (хронический сальпингоофорит, хронический эндоцервицит, вагинит, бактериальный вагиноз, бесплодие, спаечный процесс в малом тазу, наличиеотягощенного акушерского и гинекологического анамнеза) и у мужчин (хронический простатит, хронический уретрит, хронический орхозэпидидимит, хронический пиелонефрит, субфертильность). В результате было выявлено, что у пациенток группы III с диагнозом хронического уrogenитального хламидиоза, подтвержденным с помощью обнаружения секреторных IgA в цервикальной слизи, в 3–8 раз чаще, чем у остальных больных, диагностировались хронические воспалительные процессы в придатках матки, а также в 3 раза чаще имели место осложнения в виде бактериального вагиноза и бесплодия. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, вагинит и спаечный процесс в малом тазу с одинаковой частотой встречались в рассматриваемых группах больных.

Мужчины с выявленными специфическими IgA к хламидиям в эякуляте (группа III), по сравнению с остальными группами, характеризовались в 1,5 раза меньшей частотой встречаемости воспалительного процесса в предстательной железе и более частым (в 3 раза) нарушением спермогенеза.

Выводы: исходя из выше представленного материала можно предположить, что наличие специфических IgA к хламидиям в эндцервиксе является показателем тяжести и распространенности хламидийного процесса у женщин; наличие специфических IgA к хламидиям только в эякуляте отражает локализацию патологического процесса в органах малого таза с преимущественным вовлечением в воспаление герминативного эпителия яичек, об этом же свидетельствует и более частое нарушение спермограммы в этой группе мужчин.

Новая медицинская технология диагностики TORCH-комплекса

Дробченко С.Н., Савичева А.М., Шипицына Е.В., Шалено К.В., Ткаченко С.Б.

ГУ НИИ АГ им. Д. Отта РАМН, г. Санкт-Петербург; РМАПО, г. Москва, ЗАО «Биоград», ООО «Микробиомед», г. Санкт-Петербург

Цель: разработка медицинской технологии для достоверной экспресс-диагностики TORCH-инфекций, позволяющей дифференцировать различные фазы заболеваний.

Материалы и методы: для ускорения лабораторных исследований и упрощения технических средств были выбраны высокотехнологичные ИФА БПТ ИммуноКомб (комплектация ЗАО «Биоград» из реагентов фирмы «Orgenics»), позволяющие определять в сыворотке, плазме или цельной крови пациента титр антител класса G, M, A к соответствующему возбудителю инфекции. Методика не требует дополнительного оборудования, БПТ ИммуноКомб содержит все необходимые для проведения анализа реагенты. Набор рассчитан на любое количество определений от 1 до 36. Время анализа 40 минут. ИммуноКомб позволяет проводить анализ на различные заболевания по единому плану, варьируя только количество исследуемого образца, длительность и температуру инкубации в зависимости от вида инфекции. Результат учитывается визуально или автоматически. Уровень видоспецифических антител в каждом образце оценивается количественно или визуально с помощью цветной шкалы КомбСкейл, входящей в состав набора, или автоматически на приборе КомбСкан. В тесте предусмотрен внутренний контроль, подтверждающий достоверность проведенного анализа.

Результаты: при скрининге на TORCH-инфекции анализировалась кровь с помощью динамических ИФА БПТ ИммуноКомб одновременно на присутствие антител класса IgM, IgA, IgG к соответствующему возбудителю. Для уточнения стадии заболевания анализировались парные сыворотки. Наличие низких уровней IgG к возбудителю в сыворотке человека рассматривалась как ранее перенесенная инфекция или проведенная терапия антибиотиками (антитела в крови могут сохраняться до 3–6 месяцев после излечения). Существенное нарастание титра антител класса G в парных сыворотках (в 4–8 раз от первоначального уровня) свидетельствовало об активной фазе инфекции. В этом случае проводилось параллельное исследование на IgM или на IgA, в случае хламидийной инфекции. Высокий уровень антител класса M или A подтверждал активное течение инфекции или рецидив заболевания. Чтобы исключить инфекцию или своевременно начать лечение новорожденных от матерей, инфицированных во время беременности, их обследовали с помощью ИФА БПТ ИммуноКомб. Если мать перенесла заболевание TORCH-комплекса в период беременности, но плод не был инфицирован, то материнские IgG-антитела передаются плоду уже с 12–16-й недели, тогда как материнские IgM-антитела обычно через плаценту не проходят. В тех случаях, когда произошло внутриутробное инфицирование, у зараженного плода, наряду с появлением материнских IgG антител, на 16–24-й неделе развития начинают вырабатываться собственные вирусоспецифические IgM-антитела. Таким образом, обнаружение специфических IgM-антител у новорожденных позволяет диагностировать внутриутробное инфицирование.

Выводы: тесты ИммуноКомб сочетают достоинства классического ИФА — высокий уровень специфичности и чувствительности с простотой и быстротой постановки анализа, они сконструированы на основе высокоочищенных видоспецифических антигенов, благодаря чему удается избежать перекрестных реакций при обнаружении антител к соответствующему возбудителю и диагностировать заболевания на ранней стадии. Ранняя диагностика инфекции позволяет назначить своевременное адекватное лечение. Новая медицинская технология «Быстрые простые методы в диагностике заболеваний TORCH-комплекса» (рег. № ФС–2006/002), основанная на применении ИФА БПТ ИммуноКомб, зарегистрирована Минздравсоцразвития. Данная технология может использоваться во всех без исключения лечебно-профилактических учреждениях стационарного и амбулаторно-поликлинического типа, включая первичное звено здравоохранения, выездные кабинеты.

Использование метода амплификации с вытеснением цепи (SDA; BD ProbeTec ET System) для диагностики ИППП среди осужденных

Ешимов А.Е., Хабижанов А.Б., Казыбаева Э.А.

ОКВД, г. Алматы, Казахстан

Цель: разработать алгоритм диагностики ИППП с использованием амплификации с вытеснением цепи в диагностике гонореи и уrogenитального хламидиоза в условиях уголовно-исполнительной системы.

Материалы и методы: методика SDA основана на свойстве ДНК-полимеразы, лишенной экзонуклеазной активности, синтезировать новую цепь ДНК, вытесняя рестрицированную цепь. Предварительно в ходе иницирования реакции с использованием специальных праймеров создается сайт рестрикции для эндонуклеазы. Смещенные цепи связываются с индикаторной молекулой, содержащей флуоресцирующую и погашающую молекулы. Индикаторная молекула разворачивается с помощью ДНК-полимеразы и разделяется рестрикционным энзимом. В результате пространственного разъединения наблюдается явление флуоресценции. Исследования проводились на базе лаборатории Алматинского областного кожно-венерологического диспансера в течение 2006 – 2007 гг. В качестве биологического материала служили соскобы эпителиальных клеток мочеполовых путей, моча. Постановка реакции амплификации с вытеснением цепи (SDA — Strand Displacement Amplification) проводилась в комплексе лабораторного оборудования BD ProbeTec ET. Реактивы: комплект реактивов Chlamydia trachomatis (CT)/Neisseria gonorrhoeae (GC) BD ProbeTec ET; комплект контроля BD ProbeTec ET (CT/GC) — позитивный и негативный; разбавитель ProbeTec ET (CT/GC).

Результаты: составленный алгоритм постановки реакции был следующим: реактивы УЗЦ просушивали в двух отдельных одноразовых микроотсековых полосках; обработанные лизированные образцы биоматериала добавляли в прайминговый микроотсек, содержащий праймеры усиления, флуоресцентно-меченную детекторную пробу; после инкубирования реакционную смесь

помещали в микроотсек усиления, содержащий ферменты — ДНК–полимеразу и рестрикционную эндонуклеазу; микроотсеки герметизировали и инкубировали в термически контролируемом флуоресцентном считывающем устройстве. Присутствие или отсутствие СТ и GC, определяли по методу, отличному от ускорения BD ProbeTec ET для образца к предварительно определенным предельным значениям. При исследовании 572 образцов биоматериала получены положительные результаты на выявление ДНК *Chlamydia trachomatis* в 26 (4,5±4,1%), *Neisseria gonorrhoeae* — в 9 (1,6±4,2%) случаях. Объективность результатов подтверждалась соответствующими данными положительных и отрицательных контролей BD ProbeTec ET (СТ/GC).

Выводы: применение метода диагностики амплификации с вытеснением цепи с использованием системы BD ProbeTec ET может быть рекомендовано для обследования на гонококковую и хламидийную инфекции. Метод SDA дает следующие преимущества: повышение чувствительности и применимость к множеству видов образцов. Кроме того, в отличие от других молекулярно–генетических методов диагностики амплификация с вытеснением цепи на лабораторном оборудовании BD ProbeTec ET автоматизирована, что сводит к минимуму риск контаминации. Все это дает возможность использовать данный метод в условиях пенитенциарной системы.

Использование моноклональных антител в экспериментальном исследовании эффективности воздействия на кожу раствора изотретиноина при наружном применении

Жучков С.А., Крутых Е.Г., Белоусова Т.А., Ноздрин В.И., Альбанова В.И.

ГОУ ВПО «Орловский государственный университет», Медицинский институт, г. Орел, ЗАО «Ретиноиды», г. Москва

Цель: методами доказательной медицины изучить динамику экспрессии маркера пролиферации Ki–67 в кератиноцитах интрафолликулярного эпидермиса экспериментальных животных в условиях кожных аппликаций 0,025% раствора изотретиноина для наружного применения (ретасол), используемого для лечения угрей.

Материалы и методы: исследование проводили на крысах–самцах популяции Вистар. 0,025% и 0,05% растворы изотретиноина ежедневно наносили на предварительно выстриженные участки кожи межлопаточной области спины в течение 2 недель; контролем служила кожа интактных животных и крыс, получавших аппликации основы раствора. Материал для исследования брали из области аппликаций сразу после последнего нанесения, а также через 2 и 5 недель. Фиксацию, проводку и изготовление блоков делали по стандартной методике. После депарафинирования срезов проводили высокотемпературную демаскировку антигенов кипячением образцов в 10 мМ цитратном буфере на водяной бане. Для оценки пролиферативной активности использовали моноклональные антитела к белку Ki–67 (Clone SP–6) фирмы Labvision (США), который экспрессируется только делящимися клетками; визуализацию результатов проводили с помощью непрямой стрептавидин–биотинной пероксидазной реакции с использованием UltraVision Detection System HRP/DAB той же фирмы, после чего срезы докрашивали гематоксилином К. О пролиферативной активности кератиноцитов судили по индексу Ki–67 (IKi–67), который рассчитывали по формуле $IKi-67(\%) = (NKi-67+/N) \cdot 100$, где NKi–67+ — количество меченых ядер, а N — общее число ядер в базальном и шиповатом слоях в поле зрения микроскопа.

Результаты: установили, что ежедневные в течение 2 недель аппликации 0,025% и 0,05% растворов изотретиноина достоверно увеличивают по сравнению с обеими контрольными группами число Ki–67 — позитивных ядер: IKi–67 с контрольных значений 26,66±0,63 и 29,40±0,52 возрастает до 49,12±0,59 и 63,65±0,98 соответственно; т. е. эффект носит дозозависимый характер. Через 2 недели после окончания воздействия ретасола индекс Ki–67 снижается незначительно (с 49,12±0,59 до 47,20±0,55), в то время как этот же показатель у животных, получавших аппликации 0,05% раствора изотретиноина, уменьшается достоверно (с 63,65±0,98 до 43,00±0,69). Индекс Ki–67 популяции кератиноцитов животных обеих контрольных групп за это время несколько увеличивается по сравнению с исходными показателями (с 26,66±0,63 до 33,47±0,51 у интактных животных и с 29,40±0,52 до 32,31±0,56 у крыс, получавших аппликации основы раствора), что отражает, по–видимому, возрастные изменения. Через 5 недель после окончания воздействия изучаемый показатель у всех животных (контрольных и опытных) практически одинаковый.

Выводы: кожные ежедневные в течение 2 недель аппликации растворов изотретиноина вызывают усиление пролиферативной активности эпидермальных кератиноцитов, что является одним из важных критериев дерматотропной активности препаратов, содержащих ретиноиды. Эффект носит пролонгированный характер, исчезая только через 5 недель после окончания воздействия. Темп возвращения пролиферативной активности кератиноцитов к показателям контрольных животных оказался более медленным при применении препарата ретасол, что объясняется, по–видимому, лучшей сохранностью клеток–предшественников в условиях воздействия раствора с меньшей концентрацией изотретиноина.

Частота выявления трепонемоспецифических антител класса IgM у больных различными формами сифилиса

Китаева Н.В., Ротанов С.В., Фриго Н.В., Катунин Г.Л., Рубцов А.Б.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: определение клинической эффективности применения наборов реагентов для выявления трепонемоспецифических антител класса IgM методом ИФА при диагностике сифилитической инфекции.

Материалы и методы: материалом исследования явились 304 образца сыворотки крови, полученные от больных разными формами сифилиса до начала специфического лечения, депонированные в банке генетических материалов ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий». Среди них имелось 55 образцов сыворотки крови от больных первичным сифилисом половых органов (А.51.0), 159 — вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек (А.51.3), 64 — ранним сифилисом скрытым (А.51.5), 26 — скрытым сифилисом, неуточненным как ранний или поздний (А.53.0).

При выполнении диагностических лабораторных исследований применяли набор реагентов для выявления трепонемоспецифических антител класса IgM методом ИФА «РекомбиБест антипаллидум–IgM» (D–1858) производства ЗАО «Вектор–Бест» (пос. Кольцово Новосибирской области, Россия), зарегистрированный в Российской Федерации.

Результаты: при исследовании 55 образцов сыворотки крови, полученных от больных первичным сифилисом половых органов, антитела класса IgM к антигенам *T.pallidum* выявлены в 50 случаях (89,1%). Анализ анамнестических и клинико–лабораторных данных 5 пациентов, с сывороткой крови которых в ИФА IgM были получены отрицательные результаты, показал, что в 3 случаях диагноз первичного сифилиса был установлен только на основании клинической картины и обнаружения возбудителя

заболевания — *Tr.pallidum* — в серозном отделяемом из клинических проявлений (микроскопия в темном поле); у этих пациентов были получены отрицательные результаты серологического обследования.

При изучении образцов сыворотки крови 159 больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек наличие антител класса IgM к антигенам *Tr.pallidum* было установлено в 131 случае (82,4%). При этом обнаружение IgM-антител отмечалось у больных вторичным сифилисом с разной давностью инфицирования.

Исследование 64 образцов сыворотки крови больных сифилисом скрытым ранним в ИФА позволило выявить антитела класса IgM к антигенам *Tr.pallidum* в 22 случаях (34,4%), в то время как из 26 образцов сывороток крови больных сифилисом скрытым, неуточненным как ранний или поздний, положительные результаты были получены только в 4 случаях (15,4%). Анализ анамнестических данных больных скрытыми формами инфекции не позволил установить какой-либо закономерности между давностью заболевания и положительными или отрицательными результатами обследования в ИФА IgM.

Выводы: результаты проведенного исследования позволили уточнить клиническую эффективность использования ИФА IgM в диагностике различных периодов течения сифилитической инфекции: при ранних манифестных формах сифилиса клиническая чувствительность теста составила от 82,4% до 89,1%, при скрытых — от 15,4% до 34,4%.

Указанное обстоятельство позволило рекомендовать данный метод лишь в качестве дополнительного диагностического теста при обследовании на сифилис.

Опыт применения протеомных технологий в изучении сифилитической инфекции

Китаева Н.В., Фриго Н.В., Кубанов А.А., Зиганшин Р.Х., Говорун В.М., Лазарев В.Н.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ФГУ НИИ ФХМ Росздрава, ИБХ РАН, г. Москва

Цель: проведение протеомного профилирования сывороток крови больных сифилисом и лиц, свободных от сифилитической инфекции, и выявление отличий между исследуемыми образцами двух групп пациентов.

Материалы и методы: материалом исследования явились 64 сыворотки крови больных сифилисом и лиц, свободных от сифилитической инфекции, депонированные в банке генетических материалов ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий». Из них 32 образца — от больных ранними формами сифилиса, среди которых 30 — до начала специфического лечения, в том числе 17 — от больных с манифестным и 13 — скрытым течением заболевания, и 2 образца — после специфического лечения. 32 образца сыворотки крови получены от лиц, не страдающих сифилисом (доноры).

Методом, используемым в протеомных исследованиях, являлась MALDI-TOF масс-спектрометрия с предварительным фракционированием сыворотки крови в системе ClinProt (компания Bruker, Германия). Обсчет результатов проводился с помощью компьютерной программы ClinProtTools, версия 1.0 («Bruker», Германия).

Результаты: в результате протеомного профилирования сывороток крови 17 больных манифестными формами сифилиса (класс 1), у которых поставленный диагноз не вызывал сомнения, и 32 лиц, свободных от сифилитической инфекции (доноров) (класс 2), определены масс-спектры, отличающие исследуемые группы пациентов, которые могут быть расценены как протеомные маркеры сифилитической инфекции.

При классификации в данной модели масс-спектров 13 сывороток крови больных ранним скрытым сифилисом 9 (69,2%) образцов биологического материала были отнесены к классу 1 (больным сифилисом), а 4 (30,8%) — классу 2 (здоровым). Анамнестические данные (отягощенный соматический статус) и низкая степень позитивности серологических тестов у пациентов, сыворотки которых были отнесены к классу 2, не исключают наличия у данной категории обследуемых «ложноположительных» результатов серологических реакций.

При исследовании сывороток крови 2 пациентов до начала специфического лечения образцы биологического материала были отнесены к классу 1 (больные сифилисом), а образцы сывороток крови этих же пациентов сразу после терапии — к классу 2 (здоровые), что позволяет говорить о возможности применения данного метода для оценки эффективности терапии больных сифилисом.

Выводы: результаты исследования показали различия масс-спектрометрических профилей сывороток крови больных ранними формами сифилиса и пациентов, свободных от сифилитической инфекции, что может явиться основой для создания новых высокочувствительных и специфичных тест-систем для диагностики сифилитической инфекции, а также поможет оценить эффективность проведенного специфического лечения заболевания.

Новые рекомбинантные антигены: использование в серодиагностике сифилиса

Корогодин Д.В., Беневоленский С.В., Богуш П.Г., Редченко Е.Б., Алимбарова Л.М., Чиркова Е.Ю.

«Медико-диагностическая лаборатория», КВД № 1 Департамента здравоохранения, г. Москва

Цель: создать новые рекомбинантные белки, соответствующие антигенам *Treponema pallidum*, и разработать на их основе тест-системы для диагностики сифилиса (СФ).

Материалы и методы: рекомбинантные антигены *Treponema pallidum* — p15, p17, p45, p47 получали на основе генно-инженерной технологии с использованием дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*. Определение специфических антител к *Treponema pallidum* проводили в образцах сывороток крови, полученных от больных с различными формами СФ, с применением иммуноферментного анализа (ИФА) и реакции пассивной гемагглютинации (РПГА). Результаты ИФА учитывали спектрофотометрически.

Результаты: созданы новые рекомбинантные белки (НРБ), соответствующие антигенам *Treponema pallidum* с молекулярной массой 15 kDa, 17 kDa, 45 kDa и 47 kDa, признанным в качестве основных мишеней иммунного ответа на всех стадиях различных клинических форм СФ. Для этого впервые в качестве вектора использован ретротранспозон дрожжей *Saccharomyces cerevisiae* и созданы гибридные белки из матрикса и соответствующей антигенной детерминанты *T.pallidum*, которые легко очистить и концентрировать. Особая пространственная конфигурация позволяет значительно увеличить число активных сайтов связывания. Проведено сравнительное изучение активности рекомбинантных антигенов *Treponema pallidum* и их сорбционной емкости с нативными антигенами, а также отработаны условия их иммобилизации на поверхности полистироловых пластин. На основе комбинации четырех НРБ создан диагностический набор — система иммуноферментная для выявления антител классов IgG и IgM «Амеркард Анти-LUES». Чувствительность тест-системы оценивается как 100%, специфичность — 96,8–99,2%, что соответствует наиболее известным зарубежным аналогам («Trepanostika», Organon; «ISE Syphilis», Murex Diagnostics),

а по чувствительности даже превосходит их. Создан экспериментальный вариант тест–системы для ИФА типа «ловушка» для выявления антител класса М. На основе НРБ разработаны экспериментальные варианты диагностикума эритроцитарного для РПГА (жидкие и лиофилизированные). Проведена сравнительная сенсбилизация эритроцитов барана, курицы и индюка. На основе оптимального варианта создана экспериментальная тест–система для РПГА. Анализ разработанных нами систем (ИФА и РПГА) показал схожесть результатов, однако тест–система для ИФА имела преимущества по показателям производительности и информативности.

Выводы:

1. Впервые для производства диагностических антигенов применена транспозонная модель гибридного белка.
2. Установлено, что применение рекомбинантных антигенов повышает результативность серологических методов исследования.
3. Продемонстрирована возможность создания на основе НРБ качественных, недорогих и безопасных для потребителя тест–систем (ИФА, РПГА) для различных уровней серодиагностики СФ.

Опыт применения ПЦР в реальном времени с гибридационно–флуоресцентной детекцией для обнаружения *Candida albicans* в соскобах со слизистых оболочек урогенитального тракта

Кухарева Е.Н., Терман О.А., Фриго Н.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: исследование диагностической эффективности метода полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с гибридационно–флуоресцентной детекцией для обнаружения ДНК *Candida albicans* в клинических образцах.

Материалы и методы: материалом для исследования служили соскобы со слизистых оболочек урогенитального тракта 50 пациенток с кандидозным вульвовагинитом, 54 пациенток с поражением слизистых оболочек урогенитального тракта неканди–дозной этиологии и клинически здоровых испытуемых. Исследования также проводили на 35 образцах, полученных из чистых культур грибов *Candida albicans*, *Candida kefyr*, *Sacharomyces cerevisiae*. Выделение ДНК из клинического материала и чистой культуры грибов проводили сорбентным методом (по методике Boom с соавт.). Для выявления ДНК *Candida albicans* методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с гибридационно–флуоресцентной детекцией была использована тест–система «АмплиСенс *Candida albicans* — FL». В качестве подтверждающего теста использовали культуральный метод. Для посева *Candida albicans* применяли селективную питательную среду «Candi selekt» (BIO–RAD, France).

Результаты: в ходе исследования клинических образцов пациенток опытной группы в 49 из 50 случаев отмечено совпадение результатов культурального и молекулярно–биологического методов. В 1 случае возбудитель не обнаруживался методом ПЦР при положительном результате культурального метода. Таким образом, чувствительность ПЦР при исследовании образцов клинического материала составила 98%. При анализе соскобов, взятых от 54 пациенток с поражением урогенитального тракта неканди–дозной этиологии и клинически здоровых испытуемых, все 54 образца показали отрицательный результат, что указало на 100%–ную специфичность метода. При 3–кратном повторном исследовании 20 образцов биологического материала воспроизводимость метода составила 94%.

При постановке ПЦР на 30 образцах, полученных из чистой культуры грибов *Candida albicans*, тест–система для проведения ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией показала 100%–ную диагностическую чувствительность и 100%–ную специфичность.

Выводы: таким образом, при исследовании образцов клинического материала для выявления ДНК *Candida albicans* методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с гибридационно–флуоресцентной детекцией с использованием тест–системы «АмплиСенс *Candida albicans* — FL» чувствительность метода составила 98 %, а специфичность — 100%.

Оценка устойчивости к антибактериальным препаратам популяции *N. gonorrhoeae* (Калужская область) с использованием молекулярно–биологических методов

Кухарева Е.Н., Беликов А.Н., Терман О.А., Абрамов О.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва, ОКВД, г. Калуга

Цель: оценка маркеров резистентности штаммов гонококка, выделенных от больных гонореей (Калужская область), молекулярно–биологическими методами.

Материалы и методы: объектом исследования служила чистая культура гонококка, выделенная от 72 больных гонореей (Калужская область).

Выделение ДНК проводилось термокоагуляционным методом с использованием набора реагентов «ДНК–экспресс» (НПФ «Литех»).

В работе использовались молекулярно–биологические методы: полимеразная цепная реакция с последующей детекцией продуктов амплификации методом горизонтального электрофореза в 2% агарозном геле, реакция минисеквенирования с последующей идентификацией продуктов амплификации на время — пролетном масс–спектрометре — MALDI TOF MS (Bruker Daltonics), определение нуклеотидной последовательности с использованием технологии секвенирования, анализатор Genetic Analyzer 3130 (Applied Biosystems).

Результаты: 8 штаммов *N. gonorrhoeae* (11,1%) несли в себе ген bla, что свидетельствовало об их высокой резистентности к Я–лактамным антимикробным препаратам (плазмидный механизм развития резистентности); в 64 (88,8%) штаммах ген bla не был обнаружен. О формировании резистентности к пенициллинам говорило также и наличие мутаций по гену ropA (хромосомный механизм развития антибиотикоустойчивости) в 47 (65,3%) штаммах, в 25 (34,7%), мутация не была обнаружена. Присутствие tet детерминанты указывало на резистентность штаммов *N. gonorrhoeae* к тетрациклинам (плазмидный механизм формирования резистентности) у 3 штаммов (4,2%) и на ее отсутствие у 69 (95,8%) штаммов. Обнаружение мутантного генотипа по гену gps в сочетании с изменениями в гене mtrR говорило о формировании резистентности к тетрациклинам у 21 (29,2%) штамма. Отсутствие мутации по генам gps и mtrR указывало на чувствительность изолятов к тетрациклинам у 51 (42,8%) штамма. Наличие мутантного генотипа по генам gyrA (33 штамма; 45,8%) и parC (22 штамма; 30,5%) свидетельствовало о формировании резистентности у данных штаммов к фторхинолонам.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой генетической гетерогенности штаммов *N. gonorrhoeae*, циркулирующих на территории Калужской области, и о формировании устойчивости к пенициллинам, тетрациклинам и фторхинолонам.

Исследование микробного состава вагинального содержимого с использованием ДНК-чипов

Плахова К.И., Гомберг М.А., Атрошкина М.Е., Ильина Е.Н., Говорун В.М.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ФГУ НИИ ФХМ Росздрава, г. Москва

Цель: изучить микробный состав вагинального содержимого у пациенток с жалобами на патологические выделения из влагалища.

Методы и материалы: проведено клинико-лабораторное обследование 103 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Основную группу составили 88 пациенток с жалобами на патологические выделения из влагалища. Подгруппу из 70 человек составили пациентки, у которых был установлен диагноз бактериальный вагиноз (БВ), согласно критериям Амсела. Из них у 16 (22,8%) пациенток в анамнезе имеются указания на эпизоды обострения БВ в течение года и более. Подгруппу из 18 человек составили пациентки, у которых при культуральном исследовании были выявлены генитальные микоплазмы (*U. urealyticum*, *M. hominis*) как единственная причина патологических выделений из влагалища. Группу контроля составили 15 пациенток, обратившихся для профилактического обследования на ИППП и с жалобами на выделения не предъявлявших. Для исследования с использованием ДНК-чипа, который позволяет одновременно выявлять 40 различных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, было отобрано 30 проб. Как вспомогательный метод использовали ПЦР.

Результаты: с использованием ДНК-чипа и ПЦР (для идентификации *Atopobium vaginae* и *Gardnerella vaginalis*) нам удалось идентифицировать 27 различных условно-патогенных микроорганизмов в исследованной группе пациенток, обратившихся с жалобами на выделения из влагалища (n=30). В этой группе чаще всего обнаруживали *A. vaginae* (22 (73,3%) случаев) и *G. vaginalis* (20 (66,6 %) случаев). *Lactobacillus fermentus* обнаруживали в 12 (40 %) случаях, *Lactobacillus brevis* выявляли несколько реже — в 5 случаях (16,6 %). Среди представителей рода *Bacteroides* мы чаще всего выявляли *Bacteroides distasonis* — в 10 (33,3 %) случаях и *Bacteroides caccae* — в 9 (30 %) случаях. Реже обнаруживали *Bacteroides uniformis* и *Bacteroides stercoris* в 3 (10 %) и 1 (3,3 %) случаях соответственно. Генитальные микоплазмы (*U. urealyticum*, *M. hominis*) идентифицировали в 8 случаях (26,6 %). *Mobiluncus curtisii* были выявлены в 3 (10 %) случаях, а *Mobiluncus mulieris* — в 2 (6,6 %) случаях.

При исследовании методом ПЦР подгруппы пациенток с диагнозом БВ (n=70) *A. vaginae* были выявлены в 60 (85,7 %) случаях, причем *A. vaginae* были зарегистрированы у всех 16 пациенток в подгруппе с длительным периодом рецидивирования БВ. В группе контроля (n=15) *A. vaginae* выявлены не были.

Выводы:

1. ДНК-чип позволяет идентифицировать широкий спектр микроорганизмов, в т. ч. труднокультивируемую флору. Дальнейшие исследования позволяют сформировать спектр маркерных микроорганизмов, характеризующих разные формы (стадии) нарушения вагинального нормоценоза.
2. Отмечена высокая корреляция обнаружения *A. vaginae* с БВ, причем этот микроорганизм чаще всего выявляли при БВ с рецидивирующим течением или у пациенток с жалобами на патологические выделения из влагалища.
3. Обнаружение *A. vaginae* может являться дополнительным критерием диагностики БВ.

Значение специфических лабораторных тестов при хронизации хламидийной инфекции

Рицук С.В., Костючек Д.Ф., Дробченко С.Н.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, ЗАО «Биоград», г. Санкт-Петербург

Цель: изучение значимости серологических тестов и определение *Chlamydia trachomatis* в ПЦР у женщин и мужчин при хронизации инфекционного процесса.

Методы: обследовано 490 женщин и 377 мужчин репродуктивного возраста, из которых у 56 были выявлены острые воспалительные процессы в органах мочеполовой системы, у остальных 557 — хронические воспалительные очаги в различных сочетаниях.

Серологическое исследование проводили на бесприборных ИФА тест-системах ИммуноКомб®II *Chlamydia trachomatis* IgG и ИммуноКомб®II *Chlamydia trachomatis* IgA (Organics — Биоград), зарегистрированных в России с 1992 года и зарекомендовавших себя как наиболее чувствительные и специфичные тесты. Хламидии в половых путях идентифицировали с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием диагностических систем НПФ «Литех» (Москва).

Результаты: все обследуемые женщины распределились на 5 групп: I группа — 24 пациента с острыми воспалительными процессами с предполагаемой давностью заражения до 3 месяцев; II — 270 пациентов с хроническими эндоцервицитами; III — 125 пациентов с хроническими сальпингоофоритами; IV — 185 пациентов с хроническими вагинитами; V — 125 пациентов без выше названной патологии (контрольная группа). Сочетание двух серологических показателей (IgG и IgA) наиболее часто имело место у больных III группы (40,0%), почти в 1,7 раза реже — в остальных группах с хронической органной патологией, а также в контрольной (p<0,01). Только в 2-х случаях (8,3%) указанное сочетание было идентифицировано у женщин I группы. Специфические IgG и IgA в сыворотке крови и положительная на *C. trachomatis* ПЦР чаще сочетались у женщин II группы (5,2%). У остальных пациенток с хронической органной патологией определялись единичные случаи указанного сочетания и отсутствовали в I и контрольной группах. Хламидии только в ПЦР чаще всего определялись у больных I группы (45,8%), единичные случаи (от 0,5 до 1,8%) выявлялись в остальных группах (в том числе контроле) при p<0,001.

Все обследованные мужчины распределились на 5 групп: I группа — 32 пациента с острым уретритом; II — 29 пациентов с хроническим уретритом, III — 107 пациентов с хроническим простатитом; IV — 67 пациентов с сочетанием хронического уретрита и простатита; V — 142 пациента без вышеуказанной патологии (контрольная группа). Специфические иммуноглобулины класса G в сыворотке крови примерно с одинаковой частотой определялись во всех рассматриваемых группах пациентов с патологией. Одновременно два серологических теста (IgG и IgA) одинаково часто идентифицировались у пациентов II, III, и IV групп, в 3 раза реже — в I группе и в 2 раза — в контрольной (p<0,05–0,01). Кроме того, имели место единичные случаи сочетания двух серологических (IgG, IgA) и положительного на *C. trachomatis* ПЦР-теста у больных всех групп, за исключением мужчин с хроническим уретропростатитом, у которых указанные лабораторные показатели были положительными в 19,4% случаев.

Одновременное сочетание IgG в сыворотке крови с положительным ПЦР–тестом по частоте преобладало в I группе (12,5%), однако достоверно отличалось только от данных контрольной группы ($p < 0,01$). Изолированное обнаружение хламидий в ПЦР имело место значительно чаще, чем в остальных группах, у мужчин с острым уретритом (18,8%).

Выводы: при остром инфекционном процессе одновременно выявляются как возбудитель хламидийной инфекции, так и иммунный ответ к нему; при подтверждении диагноза хламидиоза и хронизации инфекции наибольшее значение имеют серологические исследования. Использование для этих целей тестов ИммуноКомб позволяет за 40 минут определить титры IgG и IgA к *Chlamydia trachomatis* при исключительной простоте постановки анализа. Применение фосфатазно–щелочного конъюгата в тестах ИммуноКомб позволяет достичь наиболее высокой чувствительности по сравнению с тестами, основанными на пероксидазной реакции; нанесение на твердую фазу (зубец гребня) антигена *C. trachomatis* линии L2 позволяет минимизировать перекрестные взаимодействия с *C. pneumoniae* и достичь более высокой специфичности.

Развитие системы внешнего контроля качества серодиагностики сифилиса в 2004–2006 годах

Ротанов С.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение показателей, характеризующих развитие Системы ВКК, при проведении циклов ВКК в дерматовенерологических учреждениях (ДВУ) субъектов Российской Федерации (РФ) за период 2004–2006 годов.

Материалы и методы: материалом исследования служили протоколы с результатами исследований КМ, выполненных в серологических лабораториях ДВУ субъектов РФ в циклах 2004–2006 годов. Участникам ВКК предлагалось в течение 7 дней после получения образцов КМ провести их изучение в трех реакциях из числа наиболее стандартизуемых лабораторных методик (РМП, РПР, РПГА, РИФаБс/200 и ИФА). Результаты исследований оценивали на основании критериев, в числе которых важное место было отведено формальному соблюдению условий контрольного цикла: полное проведение контрольных исследований (не менее 3 контролируемых реакций) и оперативности предоставления протоколов.

Результаты: развитие Системы ВКК осуществлялось путем постепенного привлечения новых участников. В контрольных мероприятиях в 2004 году приняли участие 31 (83,8%) из 37; в 2005 году — 59 (81,9%) из 72, а в 2006 году — 70 (87,5%) из 80 серологических лабораторий ДВУ субъектов РФ, в чей адрес были направлены посылки с КМ. Число контролируемых лабораторий за указанный период времени увеличилось в 2,25 раза. К 2006 году Система ВКК охватывала подавляющее большинство — 70 (82,4%) из 85 специализированных ДВУ субъектов РФ, функционировавших на момент проведения работ.

На фоне постоянного пополнения числа контролируемых лабораторий при проведении контрольных циклов была установлена положительная динамика показателей, характеризующих выполнение формальных требований ВКК. Так, в 2004 году формальные условия контрольного цикла успешно выполнили 23 (74%) из 31, в 2005 году — 43 (73%) из 59, в 2006 году — 58 (83%) из 70 серологических лабораторий. В то же время в 8 (26%), 16 (27%) и 12 (17%) серологических лабораториях КВД субъектов РФ за те же годы соответственно не было обеспечено своевременного исследования предоставленных КМ (материалы исследованы спустя 10 и более дней после их получения) или не был выполнен необходимый объем исследований на сифилис (менее трех контролируемых методик).

За истекший период времени прослежена динамика изменения набора серологических методик, включенных во внешний контроль качества. Так, в 2004 году РМП применили в 31 (100%), РПР — в 7 (22,5%), РПГА — в 24 (77,4%), ИФА — в 26 (83,9%), РИФаБс — в 23 (74,2%) и РИФ200 в 13 (41,9%) из 31 лаборатории, принявшей участие в цикле ВКК.

При исследовании панели КМ в рамках цикла ВКК 2005 года РМП использовали 58 (98,3% лабораторий), РПР — 11 (18,6%), РПГА — 51 (86,4%), ИФА — 55 (93,2%), РИФаБс — 37 (62,7%) и РИФ200 — 24 (40,6%) из 59 участников мероприятия.

В контроль качества серологических методов диагностики сифилиса 2006 года большинство из 70 лабораторий–участниц включило: РМП — 68 (97,1%), РПГА — 61 (87,1%), ИФА — 59 (84,3%) и РИФаБс — 37 (52,8%) лабораторий; другие реакции были использованы в небольшом числе лабораторий: РИФ200 — в 25 (35,7%) и РПР — в 13 (18,6%).

Выводы: разработка и практическая реализация мероприятий Системы ВКК за период 2004–2006 годов позволили привлечь к участию во внешнем контроле качества до 82,4% серологических лабораторий специализированных ДВУ субъектов РФ. Осуществление контрольных циклов за указанный период времени увеличило число лабораторий, которые выполнили формальные условия контроля, с 74% до 83%. Кроме того, в лабораториях были выявлены тенденции к увеличению использования современных медицинских диагностических технологий: число учреждений, внедривших в рутинную практику лабораторных исследований РПГА увеличилось на 9,7%, ИФА — на 0,5%. Одновременно уменьшилось число лабораторий, применявших для диагностики сифилиса трудоемкие лабораторные методики с низким уровнем автоматизации: РИФаБс (на 21,4%) и РИФ200 (на 6,2%).

Программа добровольного контроля качества наборов реагентов, применяемых для диагностики инфекций, передаваемых половым путем

Ротанов С.В., Соломка В.С., Фриго Н.В., Кубанов А.А.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение возможности организации в рамках действующего законодательства добровольного контроля качества производственных серий изделий медицинского назначения (ИМН), применяемых для лабораторной диагностики ИППП в Российской Федерации; разработка Программы добровольного контроля качества ИМН, применяемых для диагностики ИППП, и вовлечение основных отечественных производителей указанной группы ИМН к участию в мероприятиях, проводимых под эгидой ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий».

Материалы и методы: при составлении программы были использованы нормативные акты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Нормативные документы и ТУ на наборы реагентов, разработанные промышленными предприятиями с целью производственного выпуска ИМН; Инструкции по применению соответствующих ИМН. Методы клинических лабораторных исследований, регламентированные для применения с целью диагностики ИППП.

Результаты: в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 30.10.2006 г. № 735 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения» приемочные технические и медицин-

ские испытания в рамках государственной регистрации наборов реагентов для лабораторного применения осуществляются на договорных условиях в соответствии с утвержденным перечнем испытательных учреждений. ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» включено в список упомянутых испытательных организаций.

В соответствии с новым регламентом срок действия регистрационного удостоверения на изделие медицинского назначения не ограничен временными рамками. На этапе производственного выпуска ИМН контроль качества выпускаемых серий ИМН осуществляется исключительно силами ОБТК предприятия изготовителя; проведение внешнего контроля качества отдельных производственных серий ИМН законодательно не прописано.

ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» была разработана Программа добровольного контроля качества наборов реагентов, применяемых для диагностики инфекций, передаваемых половым путем, в Российской Федерации. Целью Программы определено повышение качества лабораторных исследований на основе использования в клинико-диагностических и бактериологических лабораториях учреждений здравоохранения Российской Федерации наиболее эффективных и качественных наборов реагентов, диагностикумов и расходных материалов. Для достижения этой цели планируется выполнение на регулярной основе сравнительных исследований производственных серий ИМН, добровольно предоставляемых производителем в независимую лабораторию ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» для проведения испытаний. Формат испытаний будет согласован в соответствии с Протоколом испытаний, а результаты внешнего контроля будут предоставляться для ознакомления как представителям производственных предприятий, так и учреждений здравоохранения. В разработанной Программе определен порядок взаимодействия производственных предприятий и независимой лаборатории, проводящей исследования.

Заключение: в адрес основных отечественных производителей ИМН, применяемых в лабораторных подразделениях дерматовенерологических учреждений Российской Федерации, были направлены информационные письма с приглашением принять участие в мероприятиях разработанной Программы. Основные положения Программы добровольного контроля качества наборов реагентов, применяемых для диагностики инфекций, передаваемых половым путем, в Российской Федерации были заслушаны и утверждены на Ученом совете ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» (протокол № 6 от 08.05.07 г.).

Материалы Программы размещены для ознакомления на сайте ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий»: <http://www.cnikvi.ru>.

О результатах проведения внешнего контроля качества серологических исследований, направленных на диагностику сифилиса, в 2004–2006 годах

Ротанов С.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучение влияния мероприятий внешнего контроля качества в Системе ВКК, проведенных в период 2004–2006 годов, на состояние лабораторной диагностики сифилиса в дерматовенерологических учреждениях (ДВУ) субъектов Российской Федерации (РФ).

Материалы и методы: материалами для исследования являлись протоколы с результатами контрольных заданий, выполненных в серологических лабораториях ДВУ субъектов РФ в циклах ВКК 2004–2006 годов. Контрольное задание в циклах ВКК включало тестирование 4–х образцов зашифрованных контрольных материалов (КМ) из экспертной панели «ЭП СИФИЛИС», которые было необходимо исследовать с использованием наиболее стандартизуемых лабораторных методик, применяемых при обследовании на сифилис: преципитационных тестов с кардиолипидным антигеном — РМП и РПР, а также трепонемных тестов — РПГА, РИФабс/200 и ИФА. Набор контролируемых серологических методов каждая лаборатория определяла по своему усмотрению. Качество выполнения контрольного задания оценивали путем сопоставления результатов исследования, предоставленных контролируемой лабораторией по каждому тесту, с аттестационными характеристиками каждого КМ, полученными в референс-лаборатории ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий».

Результаты: в мероприятиях ВКК в 2004 году приняли участие 31, в 2005 году — 59, а в 2006 году — 70 серологических лабораторий ДВУ субъектов РФ.

По итогам исследования образцов КМ в РМП в циклах 2004, 2005 и 2006 годов было предоставлено по 124, 231 и 271 результату (по 4 из каждой лаборатории). При этом установленным критериям оценки результатов соответствовали 96 (77,4%), 168 (72,7%) и 198 (73,1%) результатов соответственно.

В тех же циклах с применением РПР было проведено 28, 44 и 52 исследования образцов КМ, из них с аттестационными характеристиками совпал 28 (100%), 39 (88,6%) и 41 (78,8%) результат соответственно.

Протоколы исследований содержали также 98 (2004 г.), 203 (2005 г.) и 243 (2006 г.) результата исследования КМ с применением РПГА; качество исследований, соответствовавшее установленным критериям, было отмечено в 88 (91,6%), 182 (90,7%) и 238 (97,9%) случаях.

По всем КМ в ИФА было выполнено 104, 219 и 238 исследований в 2004, 2005 и 2006 годах соответственно. Удовлетворительные результаты контроля были получены соответственно в 88 (84,6%), 215 (98,2%) и 236 (99,2%) случаях.

По итогам исследования КМ в тесте РИФабс/200 за 2004–2006 годы был получен 92, 148 и 151 результат соответственно. Из всего объема предоставленных сведений критериям контроля качества в указанные годы удовлетворяли 54 (78,3%), 133 (89,9%) и 148 (98,0%) результатов соответственно.

Выводы: при сопоставлении данных, полученных в циклах ВКК за период 2004–2006 годов (с учетом различия числа участников проекта), уровень качества исследований сыворотки крови в РМП и РПР (наиболее часто применяемых при серодиагностике сифилиса тестах на основе кардиолипидного антигена) нельзя признать удовлетворительным, так как из общего числа полученных результатов по состоянию на 2006 год только 73,1 — 78,8% соответствовали предъявленным критериям качества. При этом за указанный период не было отмечено положительной динамики в эффективности применения преципитационных тестов. Установлено, что наибольшие затруднения возникали при полуколичественном определении титра антител в образцах с низким уровнем реактивных антител, так как предоставленные протоколы содержали данные с чрезвычайно широким вариационным разбросом данных.

При внешнем контроле качества лабораторных методик, выявляющих трепонемоспецифические антитела (РПГА, ИФА и РИФабс/200), были получены результаты, свидетельствующие о более высокой диагностической эффективности их применения: результаты исследования в контролируемых лабораториях совпадали с аттестационными характеристиками более чем в 90% случаев и выявлена тенденция стабильного повышения этих показателей за контролируемый период. При этом методики с

использованием ручного труда (РПГА, РИФаbc/200) и частичной автоматизацией процесса исследования (ИФА) показывали высокую надежность при использовании.

Для закрепления полученных результатов и повышения качества лабораторной диагностики необходимо продолжить проведение мероприятий ВКК на регулярной основе, обеспечить контролируемые лаборатории методическими материалами, разработать более сложные контрольные задания на основе зарегистрированных КМ.

Иммуночип для серодиагностики сифилиса

Смердова М.А., Маркелов М.Л., Судына А.Е., Шишова А.В., Гуцин А.Е., Шутулин Г.А.
ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

Цель: разработка тест-системы в формате иммуночипа для серологической диагностики сифилиса, не уступающей по показателям чувствительности и специфичности общепризнанным методам (ИФА, РПГА, иммунный блоттинг). Предполагается, что такой иммуночип повысит эффективность обследования пациентов, совместив одновременно скрининг и выявление спектра антител благодаря отдельной иммобилизации антигенов на слайде.

Материалы и методы: для иммобилизации на слайдах нами были получены 4 рекомбинантных иммуногенных белка *Treponema pallidum* (Tr 47, Tr 17, Tr 15, TrpA), экспрессированных в *Escherichia coli* и очищенных методами аффинной и ионообменной хроматографии. С целью приготовления иммуносорбента антигены были отдельно сорбированы на активированные слайды с помощью роботов для микропечати. Каждому антигену соответствовал индивидуальный спот (пятно). Принцип работы тест-системы был построен на непрямом методе выявления специфических антител к возбудителю с помощью флуоресцентной детекции. На одном эррее (аналог лунки планшета, стрипа) в нашей тест-системе возможно одновременно детектировать антитела как IgG, так и IgM, используя смесь антивидовых конъюгатов человека, модифицированных TRITC или FITC соответственно.

Результаты анализировали с помощью сканера ScanArray Express (Perkin Elmer) и прилагаемого программного обеспечения. Определяли абсолютные значения флуоресценции спотов. Для каждого антигена рассчитывали ОП крит = $2 \times K$, где K – значение флуоресценции отрицательного контрольного образца. Образец считали положительным, если значения сигналов флуоресценции по двум и более спотам превышали или были равны ОП крит. Образец считали неопределенным (сомнительным) при выявлении положительного сигнала флуоресценции для одного из спотов. Образец считали отрицательным, если значения сигнала флуоресценции для всех спотов были меньше значения ОП крит.

Для оценки чувствительности экспериментальной тест-системы в формате иммуночипа были исследованы 200 сывороток крови от больных сифилисом. Для анализа специфичности тест-системы была сформирована контрольная группа, включающая 100 сывороток от больных другими патогенными спирохетозными инфекциями (50 — от больных Лайм-боррелиозом, 50 — от больных лептоспирозом), а также 100 сывороток крови здоровых доноров.

На первом этапе в качестве методов сравнения нами были использованы следующие тесты: вариант иммуноферментного анализа с применением хемилюминесцентной детекции (тест-система «Syphilis TP», Abbott, Япония) и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) с использованием набора «TRHA TESRS», «BIO-RAD», Франция. Сыворотки, для которых были получены дискордантные результаты, дополнительно характеризировали методом иммунного блоттинга с применением набора «INNO-LIA Siphilis Score» производства фирмы «Innogenetics», Бельгия.

Результаты: при анализе образцов сывороток крови, отнесенных к контрольной группе, была установлена 100%-ная специфичность тест-системы в формате иммуночипа. В ряду 200 положительных сывороток крови получены дискордантные результаты по 5 образцам, которые были охарактеризованы нами как сомнительные, т. к. в экспериментальной тест-системе показали положительный результат только по одному антигену Tr 17. Эти же сыворотки давали слаборезультатные результаты в тест-системах ИФА и РПГА. При анализе дискордантных образцов методом иммунного блоттинга на стрипах «INNO-LIA Siphilis Score» были также выявлены антитела только к Tr17, что сопоставимо с результатами, полученными в тест-системе в формате иммуночипа.

Выводы: разработана экспериментальная тест-система для дифференциальной серологической диагностики сифилиса в формате иммуночипа, которая продемонстрировала высокую чувствительность и специфичность.

Исследование эффективности метода иммуноблоттинга (тест-система линейного иммуноферментного анализа «INNO-LIA™ SYPHILIS SCORE») у больных ранними формами сифилиса и у лиц, бывших в половом контакте с больными сифилисом

Фриго Н.В., Дударева Л.А., Ротанов С.В., Топоровский Л.М., Иванов А.М.
ФГУ ЦНИКВИ Росмедтехнологий, ГКБ №14 им. В. Г. Короленко, ВМА им. С. М. Кирова.

Цель: сравнительное изучение чувствительности метода иммуноблоттинга (ИБ) и других серологических реакций (РМП, РСК, РПГА, ИФА, РИФ) при диагностике начальных периодов сифилитической инфекции и у лиц, находящихся в возможном инкубационном периоде. Исследование проведено на базе референсной серологической лаборатории ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий».

Материалы и методы: протестированы сыворотки крови 210 пациентов. Часть из них (110 человек) составила опытную группу, в которую вошли больные первичным (46 человек), вторичным (25 человек) и скрытым ранним сифилисом (25 человек), а также лица, бывшие в половом контакте с больными заразными формами сифилиса (ЛБПК, 14 человек). Группу контроля (100 человек) составили лица, свободные от сифилитической инфекции: 50 больных дерматозами и 50 доноров. Диагноз сифилиса был подтвержден результатами клинического обследования, положительным результатом комплекса серологических реакций (РМП, РСК, РПГА, РИФ, ИФА) и данными темнопольной микроскопии (ТПМ). Параллельно проводились исследования методом иммуноблоттинга (коммерческая тест-система «ИННО-Лиа Сифилис усовершенствованный» «INNO — Lia™ Syphilis Score» производства фирмы «Innogenetics N.V.», Бельгия).

Результаты: при обследовании больных первичным сифилисом стандартными серологическими методами наименее чувствительной оказалась РСК с кардиолипидным антигеном (положительный результат получен в $65 \pm 7,6\%$ случаев). Несколько более чувствительными оказались другие реакции комплекса серологических реакций: РСКт ($87,5 \pm 5,3\%$) и РМП ($88,6 \pm 4,9\%$). Наиболее чувствительными из серологических тестов оказались трепонемные тесты: РИФаbc — 100%, ИФА — $97,7 \pm 2,3\%$ и РПГА — $97,4 \pm 2,6\%$. Чувствительность иммуноблоттинга при первичном сифилисе первоначально была определена как $97,8\%$.

При этом у 1 пациента с отрицательным результатом ИБ был выявлен факт неправильного хранения материала перед исследованием, при повторном обследовании больного с исследованием новой порции крови был получен положительный результат ИБ, что позволило сделать вывод о 100%-ной чувствительности метода ИБ. У больных вторичным сифилисом результаты всех серологических методов (РСК, РМП, РПГА, РИФабс, ИФА, а также иммуноблоттинга оказались положительными (100%-ная чувствительность), что соответствовало современным представлениям о развитии на вторичной стадии сифилитической инфекции максимального иммунного ответа организма больных к *T. pallidum* и свидетельствовало о нецелесообразности использовать метод иммуноблоттинга для диагностики этой стадии инфекции. При скрытом раннем сифилисе чувствительность РМП и РСК составила $92,0 \pm 5,5\%$, РСКт $-96,0 \pm 4,0\%$. Чувствительность РПГА, РИФабс и ИФА составила $96,0 \pm 4,0\%$. При обследовании больных скрытым ранним сифилисом методом иммуноблоттинга положительные результаты были получены у всех пациентов (100%-ная чувствительность). При обследовании лиц, бывших в половом контакте с больными сифилисом, положительный результат в иммуноблоте был получен у 36 % пациентов (5 человек). Кроме ИБ положительный результат был выявлен также в РМП (7% — 1 чел.) и ИФА (21% — 3 чел.), в то время как другие реакции (РСКТ, РСКК РИФабс и РПГА) оказались отрицательными. Таким образом, иммуноблоттинг оказался наиболее чувствительной реакцией, позволяющей устанавливать инфицированность у лиц, бывших в половом контакте с больными сифилисом.

При тестировании сывороток крови лиц без указаний на наличие сифилитической инфекции (100) все 50 сывороток крови от больных кожными заболеваниями и 48 сывороток крови, взятых от доноров крови, показали отрицательные результаты. У двух доноров были зарегистрированы положительные результаты иммуноблоттинга с невысокими уровнями позитивности реакции с отдельными рекомбинантными белками (на уровне 1–2+). Последующее обследование этих пациентов с помощью иммуноблоттинга и других специфических реакций (ИФА, РИФабс), проведенное через 2 недели после первого обследования, позволило установить ложный характер серопозитивности. Таким образом, специфичность линейного иммуноблоттинга при использовании диагностикума «INNO–LiaTM Syphilis Score» составила 98%.

Выводы: результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать применение иммуноблоттинга на ранних стадиях сифилитической инфекции в качестве дополнения к общепринятым методам диагностики в следующих клинических ситуациях: на ранних стадиях инфекции при обследовании лиц, бывших в половом контакте с больными сифилисом; при обследовании пациентов с подозрением на первичный сифилис при отрицательных результатах стандартных серологических реакций (РМП, РСК) и высоком риске заражения сифилисом; для подтверждения диагноза сифилиса скрытого раннего при противоречивых результатах классических серологических методов и необходимости проведения дифференциальной диагностики с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.

Применение ПЦР в диагностике герпес-вируса человека 8-типа (HHV-8) у больных саркомой Капоши

Халидова Х.Р.

НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: изучение частоты выявляемости герпес-вируса человека 8-типа (Human herpes virus type 8 — HHV-8) в цельной крови у больных саркомой Капоши (СК), предположительно являющегося этиологическим моментом данного заболевания.

Материалы и методы: определение HHV-8 в цельной крови проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исследована цельная кровь 12 человек с идиопатическим типом саркомы Капоши и 10 больных контрольной группы с хронической венозной недостаточностью, псевдосаркомой, хронической экземой нижних конечностей, геморрагическим васкулитом.

Результаты: из 12 обследованных больных саркомой Капоши у 4 (33,3%) в цельной крови был обнаружен геном HHV-8, а именно у пациентов с опухолевой и начальной пятнистой стадиями заболевания. В цельной крови больных контрольной группы герпес-вирус 8 типа отсутствовал.

Выводы: проведенные исследования позволяют сделать предположения о том, что одним из значимых аспектов в этиопатогенезе СК является вирусный. Малочисленность наших наблюдений пока не позволяет ответить на вопрос, является ли правилом или случайностью обнаружение вируса только у больных с начальной и опухолевой стадиями. Возможно, он является пусковым для развития, а его персистенция в организме способствует переходу в опухолевую стадию. Полученные данные диктуют необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

Содержание гомоцистеина в сыворотке крови у больных псориазом

Цыбикова Н.М., Цыбикова Д.В.

ЧГМА, г. Чита

Цель: изучение содержания гомоцистеина в сыворотке крови здоровых людей и больных псориазом.

Методы: уровень гомоцистеина определяли в сыворотке крови здоровых людей (20 человек) и больных псориазом (20 больных) в возрасте от 20–25 лет методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (Дутов А., 2007). Привлекались для обследования добровольцы (мужчины и женщины), не имеющие хронических заболеваний, тяжелой патологии (операции, травмы, прочие госпитализации) в течение полугода, острых заболеваний (ОРВИ, ангина, грипп и пр.) в течение 2 месяцев до исследования, не получающие курсы лекарственных препаратов и биодобавок, не имеющие вредных привычек, не состоящие на диспансерном учете у врачей-специалистов. Все исследуемые принадлежали к одной возрастной группе. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для связанных и несвязанных между собой наблюдений, и вычислен показатель достоверности различий (Венчиков А. И., Венчиков В. А., 1974). Статистическая обработка осуществлена при помощи электронной программы (Windows XP Excel 2003).

Результаты: в контрольной группе у мужчин уровень гомоцистеина в сыворотке крови колеблется от 6,3 до 8,4 мкмоль/л и составляет в среднем $7,5 \text{ мкмоль/л} \pm 0,30 \text{ мкмоль/л}$ ($p < 0,05$). У женщин содержание гомоцистеина в сыворотке крови заметно ниже и находится в диапазоне от 5,6 до 8,3 мкмоль/л. Средний уровень гомоцистеина составил $6,3 \text{ мкмоль/л} \pm 0,29 \text{ мкмоль/л}$ ($p < 0,05$).

Наши наблюдения согласуются с данными Rasmussen K. et al. (1996), Шевченко О. П., 2004, Хубутя М. Ш. и соавт. (2004) и др. Уровень гомоцистеина в сыворотке крови здоровых лиц в возрасте до 30 лет по результатам различных исследователей составляет от 4,6 до 8,1 мкмоль/л. Более низкий уровень гомоцистеина у женщин по сравнению с мужчинами может быть обус-

ловлен различиями в питании и быть связан с гормональными различиями. Существует достоверная отрицательная корреляция между концентрациями эстрадиола и гомоцистеина у женщин (Jacques P.F. et al., 1999).

Содержание гомоцистеина в сыворотке крови у больных псориазом составило $13,0 \text{ мкмоль/л} \pm 0,41 \text{ мкмоль/л}$ ($p < 0,05$) — у мужчин и $11,9 \text{ мкмоль/л} \pm 0,33 \text{ мкмоль/л}$ ($p < 0,05$) — у женщин.

Выводы: у больных псориазом уровень гомоцистеина значительно выше по сравнению с контролем — у мужчин на 42,3%, у женщин на 47,1%.

Снижение уровня гомоцистеина в сыворотке крови больным псориазом можно достичь сочетанным применением витаминов B_6 , B_{12} и фолиевой кислоты.

Сравнительная оценка использования иммунологических тестов при диагностике нейросифилиса

Чепурченко Н.В., Гладышева М.В., Комарова В.Д., Обрядина А.П.

ФГУ «Нижегородский НИКВИ Росздрав», г. Н. Новгород, ООО НПО «Диагностические системы», г. Н. Новгород

Цель: оценка диагностической эффективности тестов при ликвородиагностике нейросифилиса, исследование спектров антител в СМЖ и сыворотке крови больных нейросифилисом методами ИФА и РПГА.

Материалы и методы: методами РИФц, РИТ, ИФА, РПГА (на основе рекомбинантных антигенов), РМП, РСК кард., РСК треп. проведено исследование 22 образцов ликвора от больных нейросифилисом, 17 образцов от больных сифилисом без поражений ЦНС и 4 образцов от лиц, получивших терапию по поводу нейросифилиса и находящихся на контроле. Проанализированы уровни специфических антител к отдельным рекомбинантным трепонемным антигенам в парных образцах (сыворотка — ликвор), полученных от 13 больных нейросифилисом и 1 больного с ложноположительными серореакциями (ЛПР).

Результаты исследований показали, что при использовании ликвора в качестве диагностической среды тесты ИФА и РПГА, основанные на применении рекомбинантного аналога белка TmpA *Treponema pallidum*, не уступают по чувствительности признанной в России для диагностики нейросифилиса РИФц (86,4%, 86,4%, 82,3% соответственно) и превосходят по чувствительности тесты РИТ, РМП, РСК кард., РСК треп. (62,5%, 58,8%, 60%, 60% соответственно). При тестировании образцов СМЖ диагностикумы РМП и РСК отличаются 100%-ной специфичностью по сравнению с трепонемными тестами (специфичность 75 — 84,6%). Значения диагностической эффективности рассмотренных тестов, которые определяли как совпадение полученных результатов с клиническим диагнозом пациентов, варьировали в пределах 73,1 — 85,4% и достоверно не отличались друг от друга. Повысить диагностическую эффективность до 88,4% можно путем использования комбинации тестов РИФц + ИФА + РПГА, РИФц + ИФА + РМП, РИФц + РПГА + РМП.

Исследование спектров антител к белкам бледной трепонемы в ликворе больных и переболевших нейросифилисом лиц методами ИФА и РПГА продемонстрировало преобладание иммуноглобулинов к антигену 17 kDa, вторыми по встречаемости были антитела к белку TmpA.

Показано отсутствие корреляции между соотношениями титров антител к отдельным антигенам в парных образцах у больных нейросифилисом, в то время как у больного с ЛПР соотношения между титрами антител к отдельным антигенам в образцах сыворотки и ликвора совпадали, что может свидетельствовать о пассивном переносе иммуноглобулинов через гематоэнцефалический барьер. Различия в уровнях специфических антител в ликворе и сыворотке может быть одним из критериев активного синтеза антител к *Treponema pallidum* в СМЖ.

Выводы: ни один из рассмотренных иммунологических тестов не обладает 100%-ной чувствительностью при исследовании образцов СМЖ больных нейросифилисом. Однако комбинация трех тестов может дать достаточно высокие показатели диагностической эффективности при ликвородиагностике.

Исследование углеводного обмена, инсулина и антител к антигену инсулина у больных атопическим дерматитом

Шевчук А. Ю., Рудых Н.М.

ГОУ ВПО Медицинский университет, г. Иркутск

Цель: ввиду того что атопический дерматит (АД) может провоцироваться метаболическими триггерами, в частности нарушением углеводного обмена, исследовали эндокринную функцию поджелудочной железы у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: обследовано 104 больных АД: 34 мужчины и 70 женщин в возрасте от 5 до 25 лет. Давность заболевания составляла от 4,7 до 24,5 лет ($9,18 \pm 2,68$). Средний индекс SCORAD — $33,24 \pm 1,8$. У обследуемых отсутствовали клинические симптомы гипо- и гипергликемии. Группу сравнения составили 27 практически здоровых лиц. Для оценки эндокринной функции поджелудочной железы проводили пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ) с определением базального уровня глюкозы в периферической крови, а также через 30, 60 и 120 минут после нагрузки глюкозой из расчета 1,75 г на 1 кг массы тела. Методом ELISA исследовали содержание базального иммунореактивного инсулина (ИРИ) и антител (АТ) к антигену инсулина (Ig G) в сыворотке крови.

Результаты: при исследовании стандартного ПТТГ ирритативный тип гликемических кривых с чрезмерным подъемом уровня глюкозы через 30 минут после нагрузки, по сравнению со здоровыми, наблюдался у 78 (75%) больных АД. Торпидный (плоский) тип гликемических кривых с пониженным уровнем глюкозы через 30 и 60 минут после нагрузки, по сравнению со здоровыми, был выявлен у 22 человек (21,2%). Нормальный тип гликемических кривых был отмечен только у 4 (3,8%) больных АД. Ирритативный и торпидный тип гликемических кривых может являться признаком субклинической инсулинорезистентности. Среднее содержание ИРИ у больных АД было выше, чем у здоровых лиц, соответственно $148,9 \pm 9,49 \text{ пмоль/л}$ и $98,3 \pm 2,12 \text{ пмоль/л}$ ($p < 0,001$). АТ к антигену инсулина в сыворотке крови были выявлены у 43 (41,3%) больных АД и у 3 (11,1%) здоровых лиц, что является статистически значимым признаком отличия ($\chi^2 = 6,95$; $p < 0,01$).

Выводы: таким образом, полученные нами данные (измененные гликемические кривые, повышенный базальный уровень инсулина по сравнению со здоровыми, выявление антител к антигену инсулина при отсутствии клинических симптомов инсулинорезистентности) позволяют предположить формирование субклинической инсулинорезистентности у больных атопическим дерматитом.

Количественный подход в выявлении условно-патогенных микробов, ассоциированных с дисбактериозом влагалища

Шитулина О.Ю., Насонова В.С., Шитулин Г.А.

ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва

Цель: разработка методик количественного определения ДНК *Lactobacillus* sp., *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma* sp., *Mycoplasma* sp. в отделяемом влагалища и оценка ассоциативной связи этих микроорганизмов с бактериальным вагинозом (БВ).

Материалы и методы: для количественного определения ДНК *Lactobacillus* sp. и *Gardnerella vaginalis*, а также *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma* sp. использовалась полимеразная цепная реакция с детекцией в реальном времени, на основе которой были разработаны тест-системы «Амплисенс *Gardnerella vaginalis*/*Lactobacillus* sp.–Титр–FRT», «АмплиСенс *Ureaplasma* sp.–Титр–FRT», «АмплиСенс *Mycoplasma hominis*–Титр–FRT». Количественное определение основано на использовании стандартных образцов с известной концентрацией ДНК выявляемых микроорганизмов. Результат выражали в геномных эквивалентах бактерий (ГЭ) на мл вагинального отделяемого (ВО) при условии стандартного забора материала (стандартный объем ВО в стандартном объеме транспортной среды). Также определяли коэффициент соотношения (КС) — разницу логарифма концентрации *Lactobacillus* sp. и *Gardnerella vaginalis*.

Оценку аналитических характеристик разработанных методик проводили на клинических образцах от 25 женщин с диагнозом БВ и от 76 женщин без БВ (норма). Диагноз БВ был поставлен на основании клинических критериев и подтвержден при микроскопическом исследовании мазка.

Результаты: данные, полученные в результате проведенных исследований, представлены в таблицах.

Таблица 1. Средние концентрации ДНК *Lactobacillus* sp. и *Gardnerella vaginalis* в исследуемых группах

Группа	Средняя концентрация (разброс значений) ДНК микроорганизмов (lg копий ДНК/мл)		Число <i>G.vaginalis</i> + (%)	Средний КС (разброс)
	<i>Lactobacillus</i> sp.	<i>Gardnerella vaginalis</i>		
БВ+	4.8 (2.5–6.9)	8.5 (6.8–10.1)	100	–3.7 (–5.4 — –2.1)
БВ–	7.9 (6.1–10.2)	4.2 (2.5–6.6)	46	5.4 (2.2–9.9)

Таблица 2. Частота выявления и средние концентрации (lg копий ДНК/мл) *Ureaplasma* sp. и *Mycoplasma hominis* в исследуемых группах

Группа	<i>Ureaplasma</i> sp.		<i>Mycoplasma hominis</i>	
	Частота выявления (%)	Средняя концентрация	Частота выявления (%)	Средняя концентрация
БВ+	50.0	5.9	33.3	6.2
БВ–	52.9	5.5	23.5	2.3

Полученные данные свидетельствуют о высокой ассоциативной связи *Gardnerella vaginalis* с БВ. При использовании основных маркеров, определяемых в тесте «Амплисенс *Gardnerella vaginalis*/*Lactobacillus* sp.–Титр–FRT», можно с высокой эффективностью диагностировать БВ. Частота выявления *Mycoplasma hominis* в БВ–положительных и БВ–отрицательных образцах достоверно не отличалась, однако средняя концентрация ДНК *Mycoplasma hominis* в образцах с БВ была значительно выше. Частота выявления и средняя концентрация ДНК *Ureaplasma* sp. не отличалась в обеих группах.

Выводы: на основе ПЦР с детекцией в реальном времени нами была разработана тест-система для количественного выявления ДНК *Gardnerella vaginalis* и *Lactobacillus* sp., которая с высокой эффективностью позволяет диагностировать бактериальный вагиноз. Использование методик количественного выявления ДНК *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma* sp. для диагностики БВ оказалось неэффективным.

Возможности применения метода амплификации с вытеснением цепи (SDA; BD ProbeТес ET System) в диагностике гонореи и уrogenитального хламидиоза у беременных

Бскак Б.Е., Ешимов А.Е., Хабижанов А.Б., Казыбаева Э.А.

ОКВД, г. Алматы, Казахстан

Цель: изучение сравнительной эффективности применения метода амплификации с вытеснением цепи (SDA; BD ProbeТес ET System) с культуральным методом и ПИФ–диагностикой при выявлении гонореи и уrogenитального хламидиоза.

Материалы и методы: исследования проводились на базе лаборатории Алматинского областного кожно-венерологического диспансера в течение мая 2007 г. Обследовались 50 беременных без клинических признаков уrogenитальных инфекций. При обследовании на гонорею проводились микроскопия мазков и культуральный посев (питательная среда для выделения и культивирования гонококка сухая ГНК–Агар, РФ); при обследовании на хламидиоз методом прямой иммунофлуоресценции выявлялись антигены возбудителя (диагностикум «ЭКОлаб–Хлами–флюороген» с использованием мышиных моноклональных видоспецифических антител, РФ). Выявление ДНК *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* путем постановки реакции амплификации с вытеснением цепи (SDA — Strand Displacement Amplification) проводилось на комплексе лабораторного оборудо-

дования BD ProbeТес ЕТ с использованием комплекта реактивов СТ/GC BD ProbeТес ЕТ; биологический материал — соскобы из уретры, эндоцервикального канала и моча.

Результаты: при исследовании на урогенитальный хламидиоз совпадение результатов ПИФ и SDA было отмечено в 44 (88,0±4,9%) случаях: результаты обоих методов отрицательные — 43 (86,0±5,3%), положительные — 1 (2,0±14,0%). В остальных 6 (12,0±13,3%) случаях результаты отличались: ПИФ «отрицательный»/SDA «положительный» — 4 (8,0±13,6); ПИФ «положительный»/SDA «отрицательный» — 2 (4,0±13,9%). В последних двух случаях из анамнеза обследованных женщин следовало, что обе прошли курс лечения по поводу хламидийной инфекции и завершение курса терапии произошло в среднем за 2–3 месяца до настоящего обследования. При обследовании на гонорею среди контингента женщин во всех 50 образцах биоматериала результаты были отрицательными как при культуральном методе, так при методе SDA.

Выводы: наряду со стандартно употребляемыми методами лабораторной диагностики хламидийной и гонококковой инфекций правомочно использование молекулярно-генетического метода амплификации с вытеснением цепи (BD ProbeТес ЕТ). Исследования показали высокую специфичность метода SDA при исследовании на гонорею, сравнимую с «золотым стандартом» (культуральный метод) при данной патологии. При диагностике урогенитального хламидиоза с использованием метода SDA отмечена более высокая чувствительность и специфичность в сравнении с иммунологическим методом ПИФ.

Сравнительное электронно-цитохимическое изучение диокси-фенилаланин-оксидазы в *Mycobacterium leprae* и *Mycobacterium «lufu»*

Юшин М. Ю., Маслов А.К., Анохина В.В.

ФГУ НИИ по изучению лепры Росздрава, г. Астрахань

Цель: изучение сходства между не культивирующимися *in vitro* *Mycobacterium leprae* — возбудителем лепры человека и культивирующимися на искусственных питательных средах почвенными *Mycobacterium «lufu»* по наличию медьсодержащего фермента диоксифенилаланин-оксидазы (ДОФА-оксидазы, тирозиназы), детекция которого используется как один из тестов идентификации *Mycobacterium leprae*, рекомендованный ВОЗ.

Материалы и методы: материалом для исследования служили *Mycobacterium leprae* в биоптатах кожи от больных лепроматозной лепрой и *Mycobacterium «lufu»*, выращенные на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена при + 370 С в течение 10 дней. В ультратонких срезах *Mycobacterium leprae* и *Mycobacterium «lufu»* методом электронной цитохимии определяли наличие специфичного для *Mycobacterium leprae* фермента ДОФА-оксидазы. В качестве субстрата применяли D-3,4-диоксифенилаланин фирмы «Sigma» (США). Контроль осуществляли путем бесубстратного инкубирования исследуемого материала, ингибирования фермента добавлением в среду 10 мМ цианида натрия, а также предварительного нагревания.

Результаты: сравнительное электронно-цитохимическое изучение выявило наличие ДОФА-оксидазы как в *Mycobacterium leprae*, так и в *Mycobacterium «lufu»*. Маркеры активности ДОФА-оксидазы — фермент-субстратные комплексы (ФСК) — были обнаружены в следующих структурах, одинаковых для каждого вида микобактериальных клеток: мембранных компонентах (в виде усиления электронно-оптической плотности плазматической мембраны и мезосом), в цитоплазме (в виде электронно-оптически плотных гранул размером 10–50 нм) и в округлых образованиях — «гомогенных тельцах», природа которых остается неизвестной, (в виде усиления их электронно-оптической плотности). В контроле ФСК в мембранных структурах, цитоплазме и «гомогенных тельцах» как у *Mycobacterium leprae*, так и у *Mycobacterium «lufu»* отсутствовали. ДОФА-оксидазная активность у других, изученных нами микобактерий (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium vaccae*), не выявлена.

Выводы: в *Mycobacterium «lufu»* обнаружена ДОФА-оксидаза — фермент, специфичный для *Mycobacterium leprae* и отсутствующий у других видов микобактерий. Наличие активности данного фермента является доказательством общности биологических свойств *Mycobacterium leprae* и *Mycobacterium «lufu»* и, в частности, необходимости фенольных соединений в метаболизме этих микобактерий. В наших предыдущих работах было продемонстрировано сходство морфологических и антигенных свойств *Mycobacterium leprae* и *Mycobacterium «lufu»*. В данной работе получено еще одно доказательство общности биологических свойств этих микобактерий, что позволяет рекомендовать культивируемые *in vitro* *Mycobacterium «lufu»* для дальнейшего изучения и использования в лепрологии.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Аброков И. М.	7
Алюшкина Н. В.	12
Амозов А. М.	17
Амозов М. Л.	4, 10
Антоненко Е. В.	10
Арутюнян Г. Б.	21, 22
Багрецова И. А.	8
Базанов Е. К.	22
Банников В. В.	5
Банников В. К.	5
Бейкин Я. Б.	25
Белов О. Ю.	9
Болезнова Е. В.	13
Бондарев И. М.	23
Брейкина О. В.	7
Бурханова Н. Р.	6
Воробейкина Н. А.	26
Воронина Л. Г.	12, 26
Воронина Л. М.	9
Выговская Т. Л.	7
Газизова Л. Р.	6
Гайворонская О. В.	26
Галембо Т. С.	25
Гафаров М. М.	7
Герасимова Н. М.	16
Гильмутдинова И. В.	7
Гильмутдинова Л. Т.	7
Гончар-Зайкин А. П.	26
Горбовая Т. В.	4, 10
Гришаева Е. В.	18
Гулиев М. О.	7
Гусарова Е. А.	11
Гусарова Е. В.	29
Гусева Н. В.	25
Гутоп Е. О.	7
Гутоп О. Е.	7
Гутянская Е. Ю.	13
Давлетьярова С. В.	12
Дадова М. В.	7
Дудко В. Ю.	8
Дуйко В. В.	9
Дукович Е. В.	9
Думченко В. В.	9
Дьяченко А. И.	10
Елистратова И. В.	21, 22
Жукова И. Ю.	6
Зацепин А. В.	27
Земцов М. А.	10
Зильберберг Н. В.	11, 17, 18
Знаменская Л. Ф.	14, 15
Иванова М. А.	14, 19
Игликов В. А.	12
Карянов В. П.	12
Кириченко Т. А.	25
Конюхова К. А.	13
Коробова Г. Г.	24
Королева М. А.	27
Корсунский А. А.	14

Кохан М. М.	11, 18
Кубанов А. А.	14, 15, 19
Кузнецов А. В.	17
Кузнецова Е. Д.	12
Кузнецова Ю. Н.	16
Кузьмин С. А.	5
Кунгуров Н. В.	11, 17, 18
Курбатов С. С.	6
Латыпов Б. Г.	6
Лашкина Н. С.	29
Лесная И. Н.	14
Литвиненко И. В.	26
Лоскутова Л. Н.	28
Малишевская Н. П.	21, 23
Мартынов А. А.	14, 18, 19
Матушевская Ю. И.	14, 15
Мелехина Л. Е.	14, 19
Меркулова С. А.	22
Метревели Г. В.	9
Надгериева О. В.	14, 15
Нехамкин П. Б.	21
Николаева Т. В.	26
Никулин Н. К.	20
Обухов А. П.	20
Озерская О. С.	20
Опарин Р. Б.	27
Пазина М. В.	21
Пашинян А. Г.	21, 22
Перцевая И. В.	29
Петибская Е. А.	25
Платонов А. А.	22
Платонов А. В.	22
Полякова А. А.	23
Попова Е. В.	23, 24
Поршина О. В.	12
Рахматулина М. Р.	24
Родин А. Ю.	30
Розова М. Н.	13
Савичева А. М.	26
Савосина О. Г.	25
Сбитнева Н. Н.	25
Сивак В. П.	25
Сивак В. В.	27
Смирнова Т. С.	26
Старкова В. А.	26
Стародубова И. Г.	25
Суворова К. Н.	27
Сударева Г. А.	25
Сысоева Т. А.	27
Табашникова А. И.	9, 17, 29
Тарасова Ю. Б.	12
Терзян В. А.	10
Тертышникова В. В.	27
Титугина А. Ю.	9
Усманов М. К.	28
Усманов Т. М.	28
Уфимцева М. А.	17
Фахретдинова Х. С.	6
Филиппова Н. М.	4
Фризин В. В.	28
Фризин Д. В.	28
Хабирова Р. Х.	9
Чеботарёв В. В.	10, 29
Чуприн А. Е.	29
Шакуров И. Г.	29

Шамова Н. В.	28
Шарова М. А.	15
Шерман Ю. Ф.	12
Шомансурова Ш. Ш.	28
Щава С. Н.	30

II. ДЕРМАТОЛОГИЯ

Абдрахманов Р.М.	106
Авдиенко И.Н.	31, 78
Адылов М. А.	31
Айвазова Т.В.	31
Айрапетова Г.С.	82
Акимов В.Г.	110
Александрова А.К.	32
Альбанова В.И.	32
Амозова И.В.	33
Анофриева Н.В.	72
Антонова И.В.	96, 97
Арифов С. С.	31
Афанасьева И.Г.	70
Ахтямов С.Н.	50
Аюпова А.К.	102
Бабакова С.В.	61
Баконина Н.В.	62
Бакулаев А.Л.	59
Бакулев А.Л.	34, 96
Балабаев Д.А.	69
Баранников В.Г.	54
Барановская Н.П.	68
Барбинов В.В.	34, 46, 47
Баскакова Д.В.	105
Батыршина С.В.	73
Бахлыкова Е.А.	35
Бахметьева Т.М.	83
Бахтина М.С.	54
Белов О.Ю.	109
Белогубова Е.В.	89
Белоусова Т.А.	32
Бердицкая Л.Ю.	100, 101
Биткина О.А.	36
Божченко А.А.	37, 38
Болотова А.А.	53
Бондарь О.И.	79
Боровая О.В.	94
Бунакова Л.К.	38
Буравкова А.Г.	83
Буслов К.Г.	89
Бутарева М.М.	39
Бутов Ю.С.	50
Быстрицкая Е.А.	39, 40
Быстрицкая Т.Ф.	39, 40
Бялик Л.Р.	83
Вавилов А.М.	62
Варданян К.Л.	40
Василенко И.А.	61
Вахитов Х.М.	107
Веремейчук Н.Ю.	33
Верхогляд И.В.	41, 86
Волгин В.Н.	41
Волнухин В.А.	42, 94
Волошин Р.Н.	48
Воробейкина Н.А.	42, 43
Воронина Л.Г.	42, 43
Выборнова О.В.	42

Гаджигороева А.Г.	43, 52	Исмагилов А.И.	105	Мельникова Н.Б.	75
Газиев А.Р.	107	Калинина Е.Ю.	97	Меснянкина О.А.	64, 80
Газиева Э.Г.	107	Каплушева И.А.	60, 107	Метелин В.Б.	61
Гайворонский Д. А.	74	Каратай Р.С.	45	Милованова М.Ю.	96
Гайдаш А.А.	60	Карачева Ю.В.	60	Минеева О.К.	52
Галимзянов Х.М.	82	Карачунов Р.А.	61	Мирзоева П.Н.	76
Галлямова Ю.А.	44	Кардава Д.М.	70	Митюшкина Н.В.	89
Гамаюнов Б. Н.	66	Кардашова З.З.	61	Михайлова Е.В.	59
Гараева З.Ш.	45	Каримова И. М.	85	Морозова Н.В.	49, 76
Гладыко В.В.	74	Карпенко Т.А.	99	Мошкалов А.В.	77, 89
Глызгольд И.З.	73	Карталов М.Г.	51	Мошнин М. В.	72
Голубцов В.И.	71	Карякина Л.А.	87, 97	Мурадян Н.Л.	42, 77
Гольцов С.В.	68	Катунина О.Р.	43, 62, 90, 95	Мюллер–Штейнманн И.	78
Гончар–Зайкин А.П.	42, 43	Кахишвили Н.Н.	74	Мясникова Г.Р.	45
Горбовая Т.В.	59	Кашутин С.Л.	62	Надгериева О.В.	78
Гордеева А.М.	45	Кениксфест Ю.В.	68	Надгериева О.В.	94
Горчакова О.А.	46	Кириенко Л.Д.	54	Назаров Р.Н.	79, 84
Горячева Т.А.	94	Клеменова И.А.	63	Наумов А.В.	79
Грашин Р.А.	46, 47	Ключарева С.В.	63	Наумов В.З.	80
Грашкин В.А.	47	Кобяков И.Г.	64	Некипелова А.В.	33
Гребеников В.А.	48	Ковалев А.Ю.	64	Неменко А.А.	92
Грибанова Т.В.	86	Ковалев В. М.	65	Нестеренко В.Г.	80
Гулиев М. О.	48	Ковалев Ю.Н.	64	Нечаева Н.П.	51, 52
Гуревич Л.Е.	106	Ковалева Е.Б.	64	Нечаева О.С.	81, 82
Гурский Г.Э.	48	Ковкова Г.Ю.	35	Никитина Л.Е.	106
Гусева С.Н.	86	Козминский Е.Б.	99	Никулина Л.Н.	82
Гуслева О.Р.	49, 76, 96, 97	Коломойцев А.В.	54, 68	Новик В.И.	52
Гусякова Л.К.	101	Корейба К.А.	107	Новикова Л. А.	83
Давидова М.Э.	49	Королькова Т.Н.	61	Новоселов А.В.	83, 93
Данилов А.О.	34	Коростовцев Д.С.	66	Ноздрин В.И.	32
Данилов С.И.	63, 86, 97	Короткий Н. Г.	66	Ольховская К.Б.	83, 84
Данилова С.И.	81	Корсакова Н.А.	106	Орехова В.П.	76
Даудова А.Д.	102	Корхмазова С. А.	71	Орешко Л.С.	97
Дегтяр Ю.С.	62	Косорокува И.М.	51	Орлов Е.В.	55
Дегтярёв О.В.	64	Котельникова А.А.	67	Пампура А.Н.	66
Дементьев С.В.	54	Кохан М.М.	68, 70	Патрушев А.В.	84
Демина О.М.	50	Крылова Е.В.	52	Перламутров Ю.Н.	31, 49, 83, 84, 85
Демьянов В.В.	83	Кубанов А.А.	31, 39, 74, 75, 78, 90	Петрова Г. А.	85
Демьянова О.Б.	83	Кубанова А.А.	68, 69	Петухова А.В.	78
Денисова Е.В.	101	Кузина З.А.	48, 70	Пинсон И.Я.	41, 86
Дерпалюк Е.Н.	50	Кузнецова Н.П.	70	Пирятинская В.А.	86, 87
Дмитрук В.С.	51	Кузьмин С.Г.	50	Письменная Е.В.	87, 88
Довжанский С.И.	51	Куклин И.А.	70	Письменный Л.Л.	87, 88
Древаль Д.А.	52, 53	Куляев К.А.	34	Плаен Т.	88
Дуйко В.В.	64	Кунгуров Н.В.	70, 71	Плотникова Е.В.	53
Думченко В.В.	90	Курдина М.И.	72	Подзорова С.А.	87
Елькин В.Д.	53, 54	Кухарева Е.Н.	110	Полинская Л.Г.	92
Енгальчев О.А.	83	Кушлинский Н.Е.	31	Пономарев И. А.	89
Ерина И.А.	54, 90	Лаврова Ю.Е.	43	Попова И.В.	103
Ермакова Т.Г.	53	Лалаева А.М.	86	Поповичева О.А.	96
Есипова Е.А.	55	Ленкин С. Г.	72	Поспеева Л.А.	90
Жданова А.И.	55	Летаева О.В.	73	Преловская И.Б.	62
Жилова М.Б.	56	Ляпон А.О.	84, 85	Прохоренков В.И.	60
Жуков А. С.	89	Мавлютова Г.И.	73	Прошутинская Д.В.	56, 89
Завадский В.Н.	56, 57	Макаренко Л.А.	72	Прядкина Е.В.	90
Зайдиева Я.З.	76	Малевская И.И.	87	Рассказов Н.И.	54, 82, 90
Захарова Е.Е.	57	Малишевская Н. П.	111	Рахимов С.В.	101
Захарова О.В.	52	Мартова Г.В.	51	Ревунова К.В.	91, 92
Знаменская Л.Ф.	58	Мартынов А.А.	98	Резайкина А.В.	62, 92
Зорькина М. В.	59	Марчук Ю. В.	111	Родоченко Е.В.	70, 92
Иванова Н.П.	59	Маслов А.К.	73	Рукша Т.Г.	93
Игнатюк М.А.	61	Масюкова С.А.	74	Рябкова М.В.	100
Игонина И.А.	59	Матвеева О.В.	104	Рябов М.В.	41
Иевлева А.Г.	89	Матусевич С.Л.	35, 67	Сабынина Е.Е.	104
Имамутдинова Г.И.	102	Матушевская Е.В.	76	Савенков В.В.	83, 93
Имянитов Е. Н.	89	Матушевская Ю.И.	74, 75	Савин Л.А.	93
Ислямова В.М.	33	Меджидова Х.М.	99	Савченко Н.Н.	110

Сазонов С.В.	70	Халидова Х.Р.	105	IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ		
Сазыкина Л.Н.	32	Хатанбаатар А.	70		Абдрахманов Р. М.	119
Самсонов В.А.	94, 107	Хафизова Т.В.	102		Абудуев Н.К.	119, 124, 131
Самцов А. В.	89	Хисматуллина И.М.	106		Александрова С.Г.	139
Сароян А.С.	94	Хлебникова А.Н.	106		Амозов А.М.	120, 128
Сароянц Л.В.	79	Цемба В.П.	80		Амозов М.Л.	120
Сафоян А.А.	80	Цисанова Н.И.	61		Андрейчев В.В.	121
Семисаженов В.А.	95	Чаплыгин А.В.	89		Аникин В.В.	122
Силина Л.В.		Чащина А.Ю.	70		Атауллаханов Р.И.	123, 147
55, 57, 87, 88, 94, 110		Чернакова Н.Н.	39, 40		Афанасьева И. Г.	121
Слепова С.Б.	73	Чигодайкин Г.П.	60		Бакулев А.Л.	122
Слесаренко Н.А.	34, 96	Чиркова Е.Ю.	88		Балашова И.Ю.	122
Служаева Н.Г.	68, 69	Чистякова И.А.	60, 107		Барденштейн Л.М.	149
Смирнова И.О.	49, 96, 97	Чуверова К.А.	103		Баткаев Э.А.	123
Смирнова О.Н.	49, 87, 96, 97	Шабалин В.Н.	61		Баткаева Н.В.	123
Смольяникова В.А.	32, 68, 69	Шамов Б.А.	107		Батыршина С.В.	124, 136, 153
Соколенко А.Г.	89	Шамова А.Г.	107		Бейкин Я.Б.	141, 142, 146
Соколова В.М.	51	Шамуров Ю.С.	64		Бердицкая Л.Ю.	148
Соколова Е.Е.	98	Шанасыров А.С.	101		Бондарева Е.В.	141, 142
Соколова Т.В.	41	Шарышева О.В.	54, 68		Бурцев О.А.	119, 124, 131
Соколовский Е.В.	98	Шахмаметова С. Р.	108		Бутов Ю.С.	125
Сорокина Е.В.	74	Шац Е.И.	80, 93		Васенова В.Ю.	125
Степанова Е.В.	69	Шлишко И. Л.	108		Васильев М.М.	131
Столяров И.А.	99	Шлыкова С.А.	109	Васильева М.Ю.	125	
Странадко Е.Ф.	41	Шмеркевич А.Б.	109	Воронина Л.Г.	139	
Стрельников А.А.	53	Шульман А.Я.	110	Воронова О. А.	125, 126	
Стрельников А.П.	67	Юрчик М.И.	79	Выговская Т.Л.	126	
Стрига Л.В.	51	Юцковский А. Д.	72	Гаджиева Х.М.	139	
Сударикова Е.А.	34	Ющенко А.А.	93, 102	Гармонов А.А.	130	
Сукманская Е.О.	66	Яковлева С.В.	58	Гафаров М.М.	126	
Суколин Г.И.	32	Ян И.А.	103	Геппенер О.Н.	149	
Суслов А.П.	80	Яцун С.М.	110	Герасимова Н.М.	125, 129	
Суспицын Е.Н.	89	Ячменёва Е. С.	111	Гильмутдинова И.В.	126	
Сухарев А.В.	79, 84			Глузгольд И.З.	136	
Сухова Л.П.	51	III. МИКОЛОГИЯ	112	Гомберг М.А.	124, 127, 149	
Счастливецва Л.В.	53	Аюпова Д.Р.	117	Гомберг М.М.	128	
Татаурова С. С.	111	Белов О.Ю.	117	Горбовая Т.В.	120, 128	
Текучева Л.В.	99, 100	Белоусова Т.А.	112	Гриценко А.А.	121	
Темников В.Е.	48	Васильева Н.В.	113, 117	Гущин А.Е.	124	
Терещенко В.Н.	100, 101	Введенская Э.В.	113	Дашевская Н.Н.	141, 142	
Терман О.А.	110	Гармонов А.А.	112	Дегтярев О. В.	128	
Тимошин С.А.	54	Дубенский В.В.	112	Дегтярева Г.Н.	141, 142	
Титугина А.Ю.	109	Дукович Е.В.	117	Дмитриева М.В.	129	
Тихомиров А. А.	66	Есенин А.А.	113	Долгих Т.И.	129	
Ткаченко Т.А.	54	Корнишева В.Г.	117	Дрождина М.Б.	133	
Того А.В.	89	Лецкалюк Ю. Ф.	114	Дружинина Е.Б.	121	
Трофимова И.Б.	101	Мельник А.П.	115	Дубенский В.В.	122, 130	
Тухватуллина З.Г.	101, 105	Мошнин М.В.	115	Жуйкова О. С.	130	
Тухватуллина Э.Ф.	101	Ольховская К.Б.	115	Зайцева Г.А.	133	
Удачина О.А.	58	Перламутров Ю.Н.	115	Зур Н.В.	130	
Улыбина Ю.М.	89	Разнатовский К.И.	113	Карянов В.П.	139	
Умнова З.Г.	80	Родин А.Ю.	116	Касаткин С.Н.	128	
Урляпова Н.Г.	102	Савицкая Т.И.	113	Каткявичене Е.В.	131	
Устинова Е.И.	106	Свиридова К.В.	117	Кириченко Т. А.	146	
Файзуллина Е.В.	38, 46	Степанова А.А.	113	Киричук В.Ф.	130	
Фассахов Р.С.	66, 106	Табашникова А.И.	117	Климова Р.Р.	128	
Фахретдинова Х.С.	102	Тверской Р.М.	115	Ключарева С.В.	131	
Федосеев А.С.	103	Титугина А.Ю.	117	Князева Я.В.	120	
Филимонкова Н.Н.	71, 73, 103	Торбина О. В.	117	Кобяков И.Г.	128	
Филиппенко Н.Г.	55	Хабирова Р.Х.	117	Ковальк В.П.	119, 124, 125, 128, 131	
Фисенко Г. И.	104	Чеботарёв В.В.	118			
Хаертдинова Л.А.	104	Шахмаметова С. Р.	118			
Хайрутдинов В. Р.	89	Яковлев А.Б.	115			
Халдин А.А.	105	Яковлев И.М.	115			
Халевина Е.И.	73					

Кожемякина Е.Ш.	147	Соловьев А. М.	147	Костючек Д.Ф.	162
Комкина Н. Г.	132	Ставропольская Л.В.	148	Крутых Е.Г.	159
Королева Ю.В.	132	Сурганова В.И.	148	Кубанов А.А.	160, 163
Коротков В.Д.	120, 128	Сырнева Т.А.	148	Кухарева Е.Н.	161
Кошкин С.В.	133	Талдибаева Г.Б.	149	Лазарев В.Н.	160
Крачевня С.С.	122	Топоровский Л.М.	123	Маркелов М.Л.	165
Кувда Д.А.	134	Турсунов С.С.	152	Маслов А.К.	169
Кузнецова Е.К.	139	Уразлин Н.У.	126	Мирский В.Е.	157
Кузнецова Н.П.	121	Уразов Ф.Ф.	135	Насонова В.С.	168
Куляш Г.Ю.	134	Утюпина Е.В.	149	Ноздрин В.И.	159
Курбаниязов Р.А.	128	Фризин В. В.	150	Обрядина А.П.	167
Куш А.А.	128	Фризин Д. В.	150	Плахова К.И.	162
Лендерман Н.Г.	149	Халдин А.А.	129, 150	Полевщикова С.А.	154, 155
Лецкалюк Ю.Ф.	135	Халевина Е.И.	136	Редченко Е.Б.	160
Ловенецкий А.Н.	129	Цеслюк М.В.	124	Рищук С.В.	157, 162
Лосева О.К.	139	Чашин А.Ю.	121	Ротанов С.В.	159, 163, 164, 165
Луцкий Д.Л.	128	Чермных Т.В.	133	Рубцов А.Б.	159
Лушкова И.П.	137	Чернова Н.И.	151	Рудых Н.М.	167
Любопытова Д.А.	135	Чернова Т.А.	129	Рыжих П.Г.	156
Мавлютова Г.И.	136	Чхатвал Н.А.	130	Савичева А. М.	158
Макаренко А.В.	148	Шерстобитова Л.А.	134	Смердова М.А.	165
Малова И. О.	137	Шилова В.П.	146	Соломка В.С.	154, 155, 163
Марченко Л.А.	137	Шипулина О.Ю.	134	Судына А.Е.	165
Масюкова С.А.	129	Юлдашев К.А.	151, 152	Терман О.А.	161
Милонова Т.И.	139	Юнусова Е.И.	124, 153	Ткаченко С.Б.	158
Минкина Г.Н.	134	Ядыкин А.А.	131	Топоровский Л.М.	165
Михайлова Е.А.	139			Фриго Н.В.	155, 159, 160, 161, 163, 165
Михайлова О.О.	139				
Михайлова Т.Н.	149			Хабижанов А.Б.	158, 168
Наводникова А.Ю.	137			Халидова Х.Р.	166
Наволоцкая Т.И.	139			Цеслюк М.В.	156
Назаренко Н.В.	132			Цыбикова Д.В.	166
Найденова А.В.	140			Цыбикова Н.М.	166
Нестерова М.В.	130			Чепурченко Н.В.	167
Нечаева И.А.	141			Чиркова Е.Ю.	154, 160
Нечаева И.А.	143			Шалепо К.В.	158
Новик Ф. К.	125			Шевчук А. Ю.	167
Новоселов А.В.	139			Шипицына Е.В.	158
Обухов А.П.	141			Шипулин Г.А.	156, 165, 168
Патрушева Н.Б.	141, 142			Шипулина О.Ю.	168
Перевалова Е.Ю.	146			Ширшова Е. В.	156
Петренко Л.А.	129			Шишова А.В.	165
Пикасова О.	134			Ыскак Б.Е.	168
Пичугин А.В.	147			Юшин М. Ю.	169
Помазанов В.В.	132				
Просовецкая А.Л.	144				
Прохоренков В.И.	144				
Раджапова Р.С.	151				
Рахматулина М.Р.	143, 144				
Резайкина А.В.	144				
Родиков М. В.	144				
Рокицкая В. Н.	145				
Ротанов С.В.	139				
Русанова Е.В.	130				
Рюмин Д.В.	123				
Рябова В.В.	133				
Сабаев М.И.	134				
Савенков В.В.	132, 139				
Савицкая К.И.	130				
Савичева А.М.	145				
Сафина Ф.Г.	145				
Сбитнева Н.Н.	146				
Севашевич А. В.	146				
Смирнова Т.С.	146				
Соколовский Е.В.	129				
		В. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ДЕРМАТОЗОВ	154		
		Абрамов О.А.	161		
		Абрамов О.И.	154		
		Алимбарова Л.М.	154, 160		
		Альбанова В.И.	159		
		Аль-Хафаджи Н.	154, 155		
		Анохина В.В.	169		
		Атрошкина М. Е.	162		
		Беликов А.Н.	155, 161		
		Белоусова Т.А.	159		
		Беневоленский С.В.	160		
		Богущ П.Г.	160		
		Вахнина Т.Е.	154, 155		
		Гладышева М.В.	167		
		Говорун В.М.	160, 162		
		Гомберг М.А.	162		
		Гущин А.Е.	156, 165		
		Домейка М.	157		
		Дробченко С.Н.	157, 158, 162		
		Дударева Л.А.	165		
		Ешимов А.Е.	158, 168		
		Жучков С.А.	159		
		Зиганшин Р.Х.	160		
		Иванов А.М.	165		
		Ильина Е.Н.	162		
		Казыбаева Э.А.	158, 168		
		Катунин Г.Л.	159		
		Кисина В.И.	156		
		Китаева Н.В.	159, 160		
		Козлова А.Е.	154		
		Комарова В.Д.	167		
		Корогодин Д.В.	160		