

СОСТАВИТЕЛИ СБОРНИКА

Редакционный совет:

Акимов В.Г. – д.м.н., профессор
Бобкова И.Н. – к.м.н.
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.
Резайкина А.В. — д.м.н., профессор
Самсонов В.А. — д.м.н., профессор
Смольяникова В.А. — д.м.н.
Степанова Ж.В. — д.м.н., профессор
Терман О.А. — к.м.н.
Фриго Н.В. — д.м.н.

Ответственные за выпуск:

Васильева М.Ю.
Крячкова А.В.
Старикова Д.С.
Цыганова Е.М.

СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ:	
Старые традиции и новые технологии — залог эффективного решения проблем отрасли, А.А. Кубанова	3
I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	5
II. ДЕРМАТОЛОГИЯ	19
III. МИКОЛОГИЯ	56
IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	62
V. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	74

Старые традиции и новые технологии — залог эффективного решения проблем отрасли

Академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации А.А. Кубанова

Сразу после окончания гражданской войны (1921г.) **Коллегия Народного комиссариата здравоохранения** под руководством министра **Н.А. Семашко** приняла решение о создании Государственного венерологического института (ГВИ). Началась 85-летняя история головного отечественного учреждения, этапами существования которого явились выдающиеся и знаменательные события, без сомнения, вошедшие в список достижений советской, а затем и российской медицины.

Драматическое начало организации и становления дерматовенерологической службы было сопряжено с непростой обстановкой в стране и последствиями войны и разрухи. Сыпной тиф, венерические болезни и многие другие социально значимые заболевания инфекционной и соматической природы поставили работников службы и всего молодого советского здравоохранения перед простым выбором: победить эпидемии и взять под контроль распространение инфекций либо захлебнуться в многочисленных неконтролируемых вспышках болезней, обрекая нацию на страдания и медленное вымирание. Плеяда выдающихся организаторов и руководителей здравоохранения, врачей-практиков и ученых с успехом, как мы теперь можем констатировать, справилась с грозными инфекционными проблемами 20–30-х годов, несмотря на относительную эффективность антибактериальных препаратов и незначительное финансирование здравоохранения целиком и дерматовенерологии, в частности.

Что обусловило прогрессивное развитие дерматовенерологии в то время и обусловит ее развитие в недалеком будущем? Ответ, как нам кажется, очень прост: **опора на старые традиции и максимально эффективное использование новых технологий и инноваций для скорейшего решения стоящих и стоящих сегодня перед отраслью задач.**

Анализ богатой истории дерматовенерологии показывает, что эта область медицины, сопряженная с лечением трудноизлечимых заболеваний, требовала от врачей полной самоотдачи и использования новейших препаратов и методов диагностики во все времена. Каковы же сегодня основные направления развития дерматовенерологии? Как в ближайшей перспективе изменится технологический и идеологический профиль работы КВД для улучшения качества услуг, оказываемых населению, и обеспечения эффективности работы всей службы в целом? Постараемся ответить на эти вопросы и отобразить для широкой медицинской общности те события, которые происходили в отрасли с 2000 года по настоящее время.

Первым этапом нашей деятельности было восстановление и полная реконструкция вертикально-интегрированной системы сбора и анализа информации о ИППП и, что явилось самым главным итогом деятельности прошедших пяти лет, — вовлечение областных и городских КВД в работу по выделению и характеристике гонококка на территории нашей страны. Возбудитель гонореи был выбран нами неслучайно — во многих странах мира существовали и существуют национальные программы по мониторингу антибиотирезистентности гонококка и рационального планирования терапии гонорейной инфекции с учетом особенностей возбудителя. Поэтому главная задача, которая была решена, несмотря на наши огромные географические пространства и загруженность диагностических подразделений КВД, — организация быстрого и эффективного сбора материала со всей территории нашей страны и транспортировка этого материала в ЦНИКВИ. Параллельно с налаживанием системы сбора и выделения возбудителя гонореи сотрудники ЦНИКВИ приступили ко второму этапу реализации намеченной программы — разработке и внедрению методов высокопроизводительного типирования гонококка и определения параметров его устойчивости к антибактериальным препаратам на молекулярно-генетическом уровне. В этой работе были использованы новейшие разработки биотехнологии — биочипы и времяпролетная масс-спектрометрия макромолекул (нуклеиновых кислот и белков). Естественно, что для решения этой сложной задачи потребовалась коренная модернизация парка оборудования и обучения персонала новым методам.

Второй этап нашей деятельности состоял в реализации программы по федеральному мониторингу антибиотикорезистентности гонококка и выработке на основе проводимых исследований региональных рекомендаций. Следует особо подчеркнуть, что выполняемая программа имеет статус Федеральной, так как в ней в настоящее время участвуют 36 региональных специализированных лечебно-профилактических учреждений и в самое ближайшее время мы планируем довести количество этих учреждений до 50, охватив таким образом все населенные районы нашей страны. Как уже упоминалось выше, разработанные и освоенные технологии по генетическому и протеомному типированию гонококка послужили основой принципиально новой научно-исследовательской платформы, которые сотрудники ЦНИКВИ планируют использовать для изучения других ИППП в наступающем пятилетнем цикле. Следует отметить, что параллельно с освоением и внедрением новых молекулярно-биологических, генетических и протеомных технологий мы возродили микробиологическую службу института, являвшуюся некогда одной из лучших в СССР. Сегодня микробиологическая лаборатория представляет собой мощный хорошо оснащенный комплекс, входящий в состав Лабораторного Центра, где проводятся клинические и научные исследования согласно международным протоколам и регламентам. Данные, полученные нашими микробиологами во главе с **Н.В. Фриго** легли в основу построенной эпидемиологами карты резистентности гонококка, а также явились надежным источником информации для отработки молекулярно-генетических тестов. Сегодня прогресс, достигнутый в области молекулярной микробиологии, позволяет сотрудникам ЦНИКВИ определять профили резистентности гонококка без его выращивания на агаризованной среде в течение нескольких часов! Такие разработки являются ярким примером того, как разумное сочетание традиций микробиологической практики с новейшими технологиями позволяют создавать принципиально новые диагностические тесты и диагностические схемы для клинического и эпидемиологического применения.

Третий этап нашей деятельности как головной организацией неразрывно связан с функцией управления и контроля распространения ИППП на территории нашей страны и выработкой аналитических рекомендаций территориальным подразделениям и вышестоящим органам управления здравоохранением. Речь пойдет о **географических информационных системах**, разрабатываемых сотрудниками нашего института совместно с отделом биоинформатики института цитологии и генетики СО РАН (рук. **Академик РАН, проф. Н.К. Шумный**), а также сотрудниками Института физико-химической медицины Росздрава (рук. **Академик РАМН проф. В.И. Сергиенко**)

Использование компьютерных алгоритмов в диагностике при автоматизации лабораторной деятельности — мировая практика в здравоохранении. Нет ничего удивительного в том, что на смену лабораторным журналам пришли мощные вычислительные комплексы и компьютерные алгоритмы для анализа массива лабораторных данных и выработки прогнозов и адекватных мероприятий. Прекрасно понимая действительность, ЦНИКВИ вместе с соисполнителями включился в работу по созданию первой национальной системы компьютерно-аналитического надзора, прогнозирования, анализа и хранения всех данных по генотипированию клинических изолятов гонококка, данных анамнеза, традиционной диагностике.

В связи с этим необходимо отметить очень важную особенность работы научного и клинического коллектива нашего института за прошедшие пять лет — тесное сотрудничество с передовыми технологическими научными центрами в России и за рубежом

(речь прежде всего идет о CDC — американском центре по контролю за распространением инфекционных заболеваний) для обеспечения конкурентоспособности проводимых исследований и максимально эффективного решения стоящих перед отраслью задач. Успешная реализация масштабной программы по молекулярному мониторингу антибиотикорезистентности и типированию гонококка является ярким тому примером. Использование новых принципов управления отраслью, координация усилий научных организаций, занятых разработкой новых эффективных средств диагностики, мониторинга, анализа и хранения информации и лечебно-практических учреждений нашей службы, обеспечивающих первичный материал для анализа с обязательной обратной связью, позволяет сегодня констатировать — мы способны создавать национальные стандарты диагностики и лечения в кратчайшие сроки, являясь достойными продолжателями дела выдающихся ученых и организаторов дерматовенерологической службы 20–50-х годов.

Подводя итог этого раздела деятельности института, следует отметить, что в настоящее время ЦНИКВИ располагает самым современным высокотехнологичным оборудованием для проведения работ в области молекулярного типирования микроорганизмов вирусной и бактериальной природы и мощным научно-исследовательским потенциалом, который состоит из подготовленных высококвалифицированных медицинских кадров, связанных в своей работе с несколькими ведущими научными отечественными и международными центрами.

Какая перспектива ожидает нас в ближайшем будущем, какие задачи стоят перед коллективом и как они будут реализовываться нами?

Очередная насущная задача — **изучение патогенеза сифилиса в новых условиях**. Для медицинской аудитории не секрет, что 20–60 годы отечественная сифилидология занимала ведущие мировые позиции. Достижения в этой области были связаны в основном с именами В.В. Иванова, Н.А. Черногубова, В.М. Бронера, С.Л. Богрова, М.А. Розентула и многих других. Сегодня использование специализированных препаратов для лечения сифилиса запустило процессы изменчивости бледной трепонемы, о которых мало что известно врачам — дерматовенерологам и молекулярным микробиологам. Исходя из этого основная научно-прикладная задача коллектива ЦНИКВИ — выявить характерные закономерности иммунологических реакций современных пациентов, больных разными формами сифилиса, и самое главное — охарактеризовать самого возбудителя на предмет его генетического материала. Сложность этой задачи обусловлена тем, что единственным приемом культивирования возбудителя сифилиса — бледной трепонемы — вне организма человека является способ получения клинического изолята в лабораторных животных. Поэтому мы планируем использование геномных технологий для определения полной нуклеотидной последовательности ДНК бледной трепонемы и выявления отличий между музейными штаммами 40-х годов и современными штаммами, выделенными в настоящее время. Будет проделана скрупулезная работа по определению изменения «молекулярного портрета» спирохеты, и на этом основании будут сделаны прогнозы о потенциальной резистентности и иммунной толерантности возбудителя. Будет реализована основная задача венерологической службы — прогнозировать изменения течения хорошо известных заболеваний и предпринимать необходимые эффективные меры. Уже сейчас сотрудниками института ведутся работы по выявлению новых маркеров сифилитического процесса, проводится протеомная характеристика самого возбудителя и реакций организма на его вторжение и развитие этой грозной инфекционной патологии. Создан принципиально новый диагностический набор для серотипирования бледной трепонемы. Следует особо подчеркнуть, что опыт, полученный нами при исследовании гетерогенности штаммов гонококка, позволяет в настоящее время сотрудникам ЦНИКВИ использовать самые современные технологии при изучении сифилиса. Иммунопротеомика, геномное сканирование с использованием биочипов, высокопроизводительное определение полиморфизмов ДНК (СНИПов), автоматическое определение нуклеотидной последовательности в сочетании с хорошо отработанными традиционными экспериментальными моделями позволяет нам надеяться на успех в выполнении поставленных задач.

В заключение не могу не поделиться планами развития нашей службы по другому направлению — дерматологии. Наступивший век в биомедицине уже сегодня называют веком генетики или геномики, поскольку человечество на рубеже столетий и тысячелетий расшифровало полную нуклеотидную последовательность ДНК человека, положив начало развитию совершенно нового направления в диагностической и клинической медицине — генопредиктивной или геномной медицине. Несмотря на то что общая сумма затрат на выполнение проекта геном человека составила около 3 млрд. долларов и первый синтетический геном был сделан за 10 лет, уже сегодня, через пять лет после знаменательного события, стоимость одного генома составляет 20 млн. долларов и это сопоставимо с космическим путешествием для богатых туристов! Технологии определения нуклеотидных последовательностей развиваются и дешевеют так быстро, что уже через 3–5 лет каждый индивидуум будет способен заказать и получить полную информацию об особенностях его генетической структуры. Точечные мутации или полиморфизмы ДНК в совокупности с влиянием факторов окружающей среды способны во многом предопределять развитие соматических и инфекционных заболеваний человека, продолжительность его жизни, переносимость используемых препаратов, вредные привычки. Получить доступ к закодированной в геноме информации означает в значительной степени облегчить задачу современной и будущей медицины — диагностировать и правильно лечить пациентов с учетом их индивидуальных особенностей. Заболевания кожи — меланома, псориаз, нейродермиты и многие другие — являются наследственно обусловленными. Следовательно, задача коллектива ЦНИКВИ — разрабатывать и внедрять новые генетические или геномные тесты для своевременной дифференциальной диагностики кожных болезней и для адекватного контроля проводимой терапии. Кроме этого, знание механизмов повреждения наследственной информации и, следовательно, молекулярных механизмов патогенеза позволяет разрабатывать новые лекарственные соединения, чем научные подразделения ЦНИКВИ и будут заниматься в ближайшее время.

Особое внимание хочу обратить на проблему кадров в дерматовенерологии и, в частности, в нашем институте. Привлечение новых технологий в диагностическую практику работы института позволило нам создать новую атмосферу в коллективе и обеспечить приток молодых энергичных сотрудников разных специальностей: дерматовенерологов, микробиологов, химиков, биохимиков и биофизиков. Сегодня ЦНИКВИ является учреждением науки, где собран уникальный молодой мультидисциплинарный коллектив, проводящий исследования в различных областях дерматовенерологии. Мы помним традиции, привнесенные в отечественную дерматовенерологию выдающимися учеными и практиками предыдущих поколений, и стараемся модернизировать нашу работу, придать ей больший динамизм и обеспечить высокий уровень научных и практических разработок.

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Анализ деятельности стационара УрНИИДВИИ

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

За период с 1999г. по 2005 г. ежегодное число больных, пролеченных в клинике УрНИИДВИИ, варьировало от 2319 до 2898 в отдельные годы. При некотором увеличении числа ежегодно госпитализированных больных к 2005 г. произошло снижение общего количества койко-дней, проведенных больными с 74373 до 64031, что свидетельствует о снижении средней длительности пребывания на койке больных, в частности среднее количество койко-дней при лечении пациентов в дерматологическом отделении уменьшилось с 31,4 в 1999 г. до 22,2 в 2005 г. (в основном за счет следующих нозологий: атопический дерматит, пиодермия, крапивница, лимфомы). На долю больных дерматозами в структуре госпитализаций приходилось от 59,5% до 70,2 % и 65,3 — 72,5 % койкодней, удельный вес больных ИППП возрос за этот период с 19,9 % до 26,3 %, что соответственно отразилось на увеличении доли койкодней с 14,8 % до 20,2 %. Удельный вес больных грибковыми заболеваниями за пять лет (2000–2004 гг.) уменьшился в 1,8 раза.

Анализ нозологической структуры и динамики случаев госпитализации показывает, что удельный вес больных дерматозами аллергического и атопического генеза был наибольшим и характеризовался тенденцией к росту с 33,0 % в 1999г. до 43,7 % в 2004 г., в основном за счет пациентов с атопическим дерматитом, доля которых за исследуемый период возросла в 2,1 раза (с 9,9 % до 20,4 %). Но в 2005 году доля больных аллергодерматозами несколько снизилась и составила 37,7 %. На втором месте по частоте госпитализации находился псориаз (все формы заболевания), доля которого в структуре всех госпитализаций также возросла с 19,8 % в 1999 г. до — 34,8 % в 2005 г. Удельный вес в структуре госпитализаций пациентов с угревой болезнью (папуло-пустулезными и конглобатными формами) — варьировал в отдельные годы от 5,0 % до 9,9 %. Больные злокачественными лимфомами кожи (все морфологические типы) составили 0,2–2,4%, пузырьными дерматозами — 1,9–2,6% от всего числа госпитализаций.

Таким образом, анализ общей структуры дерматозов за период 1999–2005 гг. выявил преобладание и неуклонный рост удельного веса больных заболеваниями аллергического и атопического генеза, а также тяжелыми формами псориаза в структуре госпитализаций в дерматологическое отделение клиники института. При этом значительная (19,2 — 26,8 койкодней) длительность пребывания пациентов с тяжелыми формами заболеваний на госпитальном этапе лечения обуславливает высокую ресурсоемкость случаев лечения. Эффективная терапия этих контингентов больных может быть осуществлена с применением высокотехнологических видов медицинской помощи, обеспеченных дополнительным федеральным финансированием и возможностью перераспределения ресурсов с улучшением оказания медицинской помощи пациентам с другими нозологическими формами.

Анализ заболеваемости и особенности течения сифилиса в ленинградской области за последние 60 лет

Заславский Д.В., Никифоров Б.Н., Оловянишников О.В.

Педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург
Ленинградский областной кожно-венерологический диспансер

В 1946 году первичная заболеваемость сифилисом (табл. 1) возросла в 1,6 раза и составила 13,7 на 10 тыс. населения, однако, начиная с 1947 года, стала снижаться: 1947г. — 10,6, 1948 г. — 9,3 на 10 тыс. К 1950 году уровень первичной заболеваемости снизился до 4,0, а к 1960 году до 0,4 на 10 тыс. Начиная с конца 60-х годов заболеваемость сифилисом вновь стала постепенно расти и к 1970 году достигла 1,1, к 1975 году — 2,0, к 1980 году 2,5 на 10 тыс.

Динамика первичной заболеваемости сифилисом населения Ленинградской области за период 1945 — 2005 г.г. (на 10 тыс.)

К началу периода перестройки (1989 год) первичная заболеваемость сифилисом сократилась до уровня 0,5 на 10 тыс. Параллельно с ростом социально-экономического кризиса 90-х годов в Ленинградской области был отмечен катастрофический рост

Год	1945	1946	1947	1948	1950	1960	1970	1975	1978
Показатель	8,6	13,7	10,6	9,3	4,0	0,4	1,1	2,0	2,3
Год	1980	1989	1994	1996	1998	2000	2001	2003	2005
Показатель	2,5	0,5	11,0	24,6	29,2	15,0	13,3	9,1	6,9

заболеваемости сифилисом — 1994 г. — 11,0, 1996 г. — 24,6, 1998 г. — 29,2 на 10 тыс. И только с начала нынешнего века обстановка с сифилисом стала несколько улучшаться и заболеваемость стала снижаться достигнув в 2005 году уровня 6,9 на 10 тыс.

Проведенный исторический анализ показал, что первичная заболеваемость сифилисом населения Ленинградской области в период социально-экономического кризиса 90-х годов более чем в 2 раза превышала показатели тяжелейшего исторического периода страны — периода послевоенной разрухи. Рост заболеваемости сифилисом был связан с целым комплексом негативных тенденций, которые стали накапливаться в обществе в 90-х годах:

- раннее начало половой жизни, мотивацией которого выступает социальное экспериментирование на себе;
- простота приобретения препаратов для лечения ЗППП, широкая реклама и бесконтрольная деятельность коммерческих медицинских фирм венерического профиля, что позволяет заниматься самолечением либо получать помощь платно, но без последующей реабилитации репродуктивной функции (этим частично и объясняется снижение регистрируемой заболеваемости гонореей в последние годы);
- распространение проституции и беспорядочные половые связи, которые стали широко распространяться в обществе.

Заболееваемость нейросифилисом в Калужской области

Беликов А.Н., Демидов Н.А., Комлева Л.Ф.

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

В целях изучения данных по выявлению и лечению нейросифилиса в Калужской области, нами проанализированы все случаи заболевания за последние 10 лет.

С 1997 года по сентябрь 2006 года нами зарегистрировано 55 случаев нейросифилиса, причем 23 случая (42%) за последние три года. В данной группе мужчины составляли 63,6 %, женщины 46,4 %, что можно объяснить большей сексуальной активностью, злоупотреблением алкоголя, вредными привычками, психическими и физическими травмами мужского населения. 62% больных приходилось на возрастную группу от 40 до 60 лет; 22% — до 40 лет, 16% — от 60 до 90 лет. В ОКВД выявлено 22 больных нейросифилисом, в неврологическом отделении горбольницы №4 — 14 больных, в областной больнице — 10 больных, в психиатрической больнице — 9 больных.

Диагноз нейросифилиса выставлялся на основании положительных серологических реакций крови, патологических изменений в спинно-мозговой жидкости, наличия неврологических и психических симптомов, которые выявляются врачами смежных специальностей (невропатолога, психиатра, окулиста).

В 36 случаях (65%) у больных зарегистрированы ранние формы нейросифилиса: сифилитический менингит, церебральный менингovasкулярный нейросифилис. Поздние формы представлены в виде прогрессивного паралича, позднего менингovasкулярного сифилиса, атрофии зрительного нерва и позднего неуточненного нейросифилиса, что составило 35% или 19 случаев.

Наряду с классической клинической картиной в виде головокружения, головной боли, тошноты, шума в ушах, изменение поведения, изменения личности, а так же гемипарезов или гемиплегии, афазии, судорожных припадков и др. в некоторых случаях отмечалась «стертость» клинической картины и укорочение сроков развития нейросифилиса.

При активном обследовании предполагаемых источников заражения и половых контактов выявлено 7 случаев сифилиса, 19 контактов лиц оказались здоровы.

Лечение больных нейросифилисом проводилось в венерологическом отделении ОКВД, психиатрической больнице и неврологическом отделении городской больницы. Основным препаратом при лечении являлась натриевая соль бензилпенициллина, вводимая внутривенно, а при непереносимости препаратов пенициллинового ряда использовали цефтриаксон внутримышечно.

Учитывая, тот факт, что в 1997 году был пик подъема заболеваемости сифилисом в настоящее время возможность появления больных с признаками нейросифилиса имеет важное значение в работе дерматовенерологической службы Калужской области.

Заболееваемость инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), в республике Таджикистан

Касымов О. И., Янова Л. А., Таджибаев У. Р.

Кафедра дерматовенерологии института последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

С 90-ых годов прошлого века во всех странах СНГ, в том числе и в Таджикистане, отмечается рост инфекций, передающихся половым путем. В 1997 году по сравнению с 1991 годом заболеваемость сифилисом в целом в Таджикистане увеличилась в 15 раз (в г. Душанбе — в 11, в Согдийской области — в 44, в районах республиканского подчинения — в 17,5, в Хатлонской области — в 22, ГБАО — в 10). Это данные официальной статистики. Фактически, по мнению экспертов, заболеваемость сифилисом по стране увеличилась более чем в 100 раз. Интенсивный показатель заболеваемости сифилисом на 100 000 населения по республике составил 23,5 (в г. Душанбе — 73,6, в РРП — 14,0, в Хатлонской области — 17,2, в Согдийской области — 23,7, в ГБАО — 6,1). Начиная с 1998 года наблюдается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом как в целом по республике, так и по различным областям, хотя она продолжает оставаться высокой. Уровень заболеваемости сифилисом в 2005 году в республике составил 12,1 на 100 000 населения, за последние 5 лет в г. Душанбе — в среднем 45,9.

В 90-ые годы как в целом по республике, так и по регионам отмечалось уменьшение количества больных гонореей. В 1999 году по сравнению с 1993 годом заболеваемость гонореей по республике уменьшилась в 3 раза (в г. Душанбе — в 6,6 раза, в Хатлонской области — в 4). В первые годы нового века наблюдается некоторое увеличение количества больных гонореей (в г. Душанбе — более чем в 3 раза, составив в среднем 41,8 на 100 000 населения), но показатели заболеваемости продолжают значительно уступать данным начала 90-ых годов XX века. Снижение заболеваемости гонореей в последнее десятилетие не отражает истинную картину. На самом деле, больных гонореей и другими венерическими уретритами значительно больше, так как большинство больных лечатся у врачей других специальностей или занимается самолечением.

Нами изучены контингент и возрастной состав больных сифилисом и гонореей за 2000–2005 гг. в сравнении с 1991 годом. За этот период женщин, больных сифилисом, выявлено больше, чем мужчин (соответственно 56% и 44%, соотношение 1,3:1), в 1991 году среди больных сифилисом женщины составили 39,6%. Гонореей чаще болели мужчины, чем женщины (соответственно 58,8% и 41,2%, соотношение 1,4:1), что не отличается от данных 1991 года.

Если рассмотреть контингент больных сифилисом и гонореей, то за последние годы резко возросла доля женщин-домохозяек и временно неработающих. Так, если в 1991 году домохозяйки и временно неработающие в структуре больных сифилисом и гонореей составили соответственно 2,5% и 2%, в 1997 году — 32,8% и 20,8%, то в 2005 году — 40% и 42%. Рост заболеваемости сифилисом и гонореей среди домохозяек объясняется тем, что у большинства из них мужья уезжают на заработки в другие страны СНГ, где заражаются ИППП, и возвращаясь домой инфицируют своих жен. Кроме того, немалая часть домохозяек занимается «челночным» бизнесом и может заразиться ИППП от других мужчин или вынуждена зарабатывать «коммерческим» сексом.

Что же касается возрастного состава больных сифилисом и гонореей, то за последние годы ими в возрасте от 0 до 14 лет болели 2,6% больных, в возрасте 15–19 лет — 10,5%, в 20–29 лет — 43,3%, в 30–39 лет — 28,6%, старше 40 лет — 15%. Настоятельно растет больных среди детей. Из 2,5% больных в возрасте от 0 до 14 лет 1,0% приходится на детей с врожденным сифилисом и гонобленнореей, 1,9% — на детей в возрасте от 12 до 14 лет с приобретенным сифилисом и гонореей, 83,3% из которых составили девочки.

Диагностика других ИППП (хламидиоз, гарднереллез и др.) в республике начала проводиться только с 1999 года в г. Душанбе. За 7 лет функционирования этой лаборатории были обследованы в подавляющем большинстве жители г. Душанбе. Анализ результатов лабораторных исследований у впервые обратившихся больных показал, что заболеваемость уреаплазмозом на 100 000

населения в г. Душанбе составляет в среднем 81,5, микоплазмозом — 73,8, гарднереллезом — 67,2, хламидиозом — 72,7. Нужно отметить, что хламидиоз чаще выявлялся у мужчин, а микоплазмоз и уреаплазмоз — намного чаще у женщин. Как видно, эти ИППП в г. Душанбе встречаются намного чаще, чем сифилис и гонорея.

Что же касается ВИЧ-инфекции, то если в начале 2000 года в республике было выявлено только 4 больных, то в середине 2006 года — уже 6271, т.е. за 6 лет количество больных ВИЧ-инфекцией в Таджикистане увеличилось в 157 раз! Основная масса (75%) ВИЧ-инфицированных безработные. Мужчин (520 человек) значительно больше, чем женщин (107). 68,6% ВИЧ-инфицированных заболели при использовании инъекционных наркотиков, 28,4% — половым путем, 3% — при переливании крови. Следует отметить, что 119 (19%) ВИЧ-больных находятся в местах лишения свободы.

Таким образом, в последние годы в Республике Таджикистан отмечается рост ИППП, особенно ВИЧ-инфекции. Изучение социального состава больных сифилисом важный фактор снижения ИППП

Беликов А.Н.

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

Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости сифилисом в Калужской области число регистрируемых больных остается высоким. В 2002 году зарегистрировано 1017 случаев сифилиса, в 2003 г. — 731 случай, 2004 г. — 648 случаев, 2005 г. — 563 случая.

Для выработки комплекса мер по дальнейшему снижению ИППП нами проведено исследование социального состава лиц больных сифилисом. В связи с этим было выделено семь основных групп, средние показатели которых за последние 4 года распределились следующим образом: в процентном отношении к общему числу зарегистрированных больных сифилисом в период 2002–2005 г.г. рабочие составили 16,73 %, служащие — 8,91 %, сельскохозяйственные рабочие — 4,87 %, учащиеся — 7,23 %, прочие — 3,91 %, пенсионеры — 4,72 %, не работающие — 52,7 %. Таким образом наибольшее число составили лица «нигде не работающие» — 52,7 %, т.е. больше половины из числа больных сифилисом не имеют постоянного (легального) места работы и стабильных доходов, однако имеют постоянное место жительства.

На втором месте по численности социальная группа рабочих, состоящая из работников промышленности, транспорта, строительства — 16,73 % значительно уступает первой группе (в 3,15 раза). На третьем месте находятся «служащие», в данную группу включены работники торговли, бытового обслуживания, здравоохранения, т.е. лица проходившие периодические медицинские осмотры. На четвертом месте находятся учащиеся — 7,23 %, это студенты ВУЗов, средних специальных учебных заведений, ПТУ и школ, причем последние превышают по численности студентов в 1,5 раза и составляют 2/3 численного состава группы. Низкий процент заболеваемости у работников дикретированных профессий в данной группе связан с периодическими медицинскими осмотрами (2–4 раза в год), позволяющими выявить ИППП на ранних стадиях.

Лица не имеющие определенного места жительства (БОМЖи), пребывавшие ранее в местах лишения свободы и наркоманы регистрируются в единичных случаях и составляют менее одного процента.

Таким образом изучение социального состава больных с впервые выявленным сифилисом, зарегистрированных в Калужской области в 2002–2005 г.г. позволило установить следующее:

- социальной основой эпидемического роста ИППП в настоящее время являются лица имеющие постоянное место жительства в регионе и не работающие официально на момент заболевания,
- все большее значение в структуре заболеваемости занимает группа учащейся молодежи, которой в силу возрастных особенностей свойственны социальные эксперименты в виде промискуитетного поведения.

Установленные факты являются крайне важными при разработке комплекса мер по снижению уровня ИППП в Калужской области, т.к. требуют изменений акцентов деятельности не только дерматовенерологической службы, но и образовательных служб в комплексе за счет усиления педагогической составляющей и активизации работы в образовательных учреждениях территории, а также расширения скрининговой диагностики в ЛПУ при обращении неработающего населения за оказанием медицинской помощи по любому поводу.

Информированность молодежи и подростков по вопросам сексуальной жизни, контрацепции и инфекций, передаваемых половым путем

Кузнецова Ю.Н.

г. Екатеринбург

С целью изучения информированности учащейся молодежи по вопросам сексуальной жизни, контрацепции и знаний об инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП) на базе Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии было проведено анкетирование молодежи и подростков в возрасте 16 — 19 лет, учащихся ВУЗов и колледжей г. Екатеринбурга, обратившихся в Центр контроля и профилактики ИППП для детей и подростков «Доверие». Было выявлено достаточно лояльное отношение молодежи и подростков к раннему сексуальному опыту. Почти четверть (24,2 %) опрошенных отметили возможность сексуального дебюта до 15 лет, а 72,6 % — не позднее 16 — 17 лет. Причем девушки чаще отрицательно оценивали возможность ранних половых контактов, чем юноши (34,2 % и 22,6 % соответственно) и более чем в четыре раза чаще указывали на регулярные сексуальные отношения с одним партнером. Наряду с этим молодые люди продемонстрировали достаточно низкую информированность, как о клинических проявлениях, так и путях передачи ИППП. В то же время, несмотря на то, что 57,1 % опрошенных не доверяют своему партнеру, постоянно используют барьерные методы контрацепции лишь 18,4 % молодых людей. Причем в большинстве случаев мотивацией для выбора презерватива является предохранение от беременности, а не от ИППП. Не используют совсем или используют неэффективные методы, такие как прерванный coitus или циклический метод, которые предохраняют не столько от инфекций, сколько от наступления нежелательной беременности — 36,7 % молодых людей. Помочь разрешить эту проблему можно путем правильного полового воспитания подрастающего поколения навыков и формирования ответственного отношения к вопросам семьи и сексуальных отношений, к планированию беременностей, гарантирующих рождение здорового ребенка и сохранение здоровья женщины. Необходимо предоставление широкой, доступной и объективной информации об ИППП. Своевременное выявление, лечение и профилактика с одновременными знаниями по контрацепции позволят не только предотвратить распространение ИППП, но и сохранить репродуктивное здоровье молодежи и подростков.

Исследование мнений врачей–экспертов по вопросам развития дерматовенерологической службы Калужской области

Беликов А.Н.

г. Калуга. ГУЗ «Калужский областной кожно–венерологический диспансер»

В целях получения объективной характеристики деятельности дерматовенерологической службы Калужской области с помощью экспертной карты в 2005 году проведен опрос 80 врачей работающих в ОКВД и кожно–венерологических кабинетах ЦРБ, а также врачей других специальностей и организаторов здравоохранения.

В опросе приняли участие 51 женщина (63,75%) и 29 мужчин (36,25%), дерматовенерологов было 24 человека (30%) организаторов здравоохранения — 11 человек (13,75%), врачи других специальностей (лаборанты, гинекологи, педиатры, терапевты, невропатологи, хирурги, стоматологи) — 45 человек (56,25%), из них: ординаторы — 53,75%, заведующие отделениями — 26,25%, зам. главных врачей — 8,75%, главные врачи — 5%. 37 врачей–экспертов имели высшую категорию, 24 врача — первую категорию, 5 врачей — вторую, 14 врачей не имели квалификационную категорию. Таким образом среди опрошенных полностью представлен весь спектр медицинских учреждений области.

В своей оценке врачи опирались на отзывы пациентов в 22,5 % экспертных карт, учитывали мнение коллег в 12,5 % ответов, основывались на собственном опыте в 12,5 % карт, использовали другие источники в 52,5% случаев.

Подавляющее большинство опрошенных 72 человека (80,9%) считают, что уровень и качество дерматовенерологической помощи изменились, что выразилось в уменьшении числа стационарных коек и увеличении количества современных методов диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний. Вместе с этим, только 68,75% врачей отмечают улучшение амбулаторной помощи, 26,25% респондентов не видят особых изменений, а 40% даже указывают на ухудшение состояния службы.

На повышение уровня обследования стационарных больных указывают лишь 57,5% специалистов, отмечают улучшение качества лечения в стационарах 44,1% опрошенных.

Наиболее значимыми причинами повышения уровня оказания помощи эксперты считали: внедрение современных методов обследования (1 ранговое место), повышение квалификации врачей (2 место), освоение современных технологий лечения больных (3 место). К причинам, приведшим к ухудшению оказания специализированной помощи отнесены недостаточное финансирование и медико–техническое оснащение. Наиболее удовлетворяет специалистов амбулаторное обследование пациентов на ИППП, лечение больных сифилисом в специализированном отделении ОКВД, амбулаторное лечение больных ИППП по сравнению с женскими консультациями и урологическими кабинетами.

При общей оценке службы 67,8% экспертов отмечают, что она соответствует современному уровню, 21,9% — отрицают данный факт, 9,3% — затрудняются ответить. По мнению экспертов улучшить специализированную помощь можно за счет увеличения финансирования ЛПУ (55,0%), повышения квалификации медперсонала (43,75%), расширение стационарозамещающего лечения (27,5%), открытие новых кабинетов анонимного обследования и лечения (41,25%).

Исходя из полученных ответов видно, как врачи требовательно подходят к проблемам дерматовенерологии, что позволило определить наиболее важные направления развития дерматовенерологической службы Калужской области.

Некоторые аспекты профилактической работы среди учащейся молодежи г. Калуги

Беззубова О.А.

г. Калуга. ГУЗ «Калужский областной кожно–венерологический диспансер»

В Калужской области за период эпидемии заболеваемости подростков и детей составляла 12–15% от числа всех больных ЗППП. Особенно напряженной была ситуация с больными сифилисом. Число заболевших сифилисом подростков с 1993 по 2005 г. составило 1948 человек, а среди детей 0–14 лет заразились сифилисом половым путем 108 человек.

В сложившейся обстановке медико–гигиеническое просвещение было акцентировано на работе с подростками и родительскими коллективами.

С целью повышения эффективности просветительской деятельности врачами диспансера в течение нескольких лет проводилось анкетирование среди учащихся вузов и школ.

Основной целью анкетирования было получение информации об элементарной грамотности аудитории в вопросах здорового образа жизни, безопасного сексуального поведения, степени влияния общепризнанных взглядов на принятие ответственных решений в сфере интимных отношений.

В результате вопросов выявлялась высокая степень вульгаризации взглядов подростков за последние 3–4 года на межполовые отношения (в сравнении с данными, полученными ранее).

Кроме того, можно отметить, что более 30% студентов ориентированы на сексуальные отношения, основанные на эмоциональной привязанности и ответственности, тогда как школьники, (особенно мальчики) допускают вульгарные выражения и одобрительные высказывания в пользу случайных и добрых половых контактов.

Подростки, в целом, имеют слабое представление о безопасном сексуальном поведении принимая во внимание только средства индивидуальной защиты, не придавая значения характеру общения со случайными людьми, влиянию наркотиков и алкоголя, умению предварительно оценивать ситуацию и принимать обдуманные решения.

Учитывая, что в последние годы семья все более утрачивает свою роль в воспитании гармоничных отношений личности, медицинские работники вынуждены взять на себя несвойственные им функции «воспитания», а не только пропаганды медицинских знаний.

В свете представленной информации мы планируем на октябрь–ноябрь 2006 годы проведение крупных акций с участием инспекции по делам несовершеннолетних, сотрудников органов милиции, врачей–наркологов, психологов, венерологов. Эти акции рассчитаны не только на учащуюся молодежь, но и на тех подростков, которые не работают и не учатся, поскольку именно они чаще всего входят в «группу риска».

Итоги работы новой формы дерматовенерологической помощи

Сивак В.П., Качура Л.В., Петибская Е.А., Фоменко В.И., Сивак Д.В.
г. Краснодар

Правительством России и администрацией Краснодарского края уделяется большое внимание проблемам охраны здоровья, внедрению новых медицинских технологий, оснащению медицинских учреждений современным диагностическим и лечебным оборудованием.

Наряду с государственными лечебными учреждениями активно развивается хозрасчетная, в том числе негосударственная система здравоохранения.

Одним из первых негосударственных медицинских учреждений в Краснодарском крае 14 лет назад было организовано ООО «Медико-фармацевтическое объединение «Клиника «На здоровье». За прошедшее время Медико-фармацевтическое объединение выросло в крупное лечебно-профилактическое объединение, состоящее из 3х лечебных учреждений, клиничко-диагностической лаборатории и сети аптек. Все структурные подразделения клиники оснащены как отечественным, так и американским, французским, японским, немецким, чешским диагностическим и лечебным оборудованием. В клинике работают 2 доктора медицинских наук, 6 кандидатов медицинских наук, 4 заслуженных работника здравоохранения Кубани, 2 заслуженных врача России. Высшую квалификационную категорию имеют 85% врачей. За 5 лет опубликовано 113 научных работ, как в отечественных, так и в зарубежных журналах и сборниках. За последние 4 года защищено и утверждены высшей аттестационной комиссией 4 кандидатских и одна докторская диссертации. В 2005 году была открыта семейная Клиника «Тургеневская» — амбулаторно-поликлиническое подразделение МФО. В семейной клинике организованы дневной стационар и консультативные приемы врачей специалистов. Созданный контроль качества позволяет судить о работе объединения в целом и каждого сотрудника в отдельности, оценить результаты проведенного лечения по законченному случаю, соответствие медицинским стандартам и методикам лечения, качество работы специалиста.

ООО МФО «Клиника «На Здоровье» оказывает постоянную весомую материальную помощь, как консультативную, так и медикаментозную женщинам, находящимся в условиях изоляции от общества и детям дома ребенка при исполнительной колонии.

К вопросу о стоимости медицинских услуг дерматовенерологического профиля

Зильберберг Н.В.

В Уральском НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии была апробирована Методика расчета затрат на медицинские услуги производился в соответствии с Инструкцией по расчету стоимости мед.услуг, утвержденной МЗ РФ и РАМН 10.11.99г., № 01-23/4-10, 01-02/41 в ценах бюджетного финансирования. Расчет производился с использованием программы персонализированного учета медицинских услуг и лекарственных средств, позволяющей проводить мониторинг и анализ спектра и объема лечебно-диагностических услуг, схем терапии, основанный на оценке расходов и доходов, полученных на лечение одного пациента. Так продолжительность стационарного этапа лечения больного распространенной формой атопического дерматита, осложненного пиодермией составляет 14 дней, при этом сформированная расчетная стоимость затрат на 1 УЕТ — 14,8 руб. Расчетная стоимость 1 койкодня — 261,02 руб. Общая сумма затрат на 1 законченный случай лечения в объеме гос.гарантий — 6168,69 руб. При этом расчет затрат на простую медицинскую услугу производился по формуле:

$$C_{\text{мму}} = \frac{\sum P_p + \sum H_p}{\Phi_{p.вр.} * K_{эф.вр.} + \Phi_{p.ср.} * K_{эф.ср.}} *$$

Пр — прямые расходы ЛПУ за анализируемый период времени;
Нр — накладные расходы ЛПУ за тот же период времени;
Фр.вр. и Фр.ср. — фонд рабочего времени врачей и ср. медперсонала
Кэф. — нормативный коэффициент использования рабочего времени
твр. и тср. — время, затрачиваемое врачами и ср.медперсоналом

По результатам наших исследований в структуре материальных затрат на оказание медицинских услуг в объеме одного законченного случая лечения больного атопическим дерматитом (осложненным вторичной инфекцией) 59,3 % составляла стоимость койко-дней, включающая ежедневное посещение лечащего врача и минимальное лекарственное обеспечение (табл. 1).

Таблица 1. Структура затрат на различные медицинские услуги в объеме одного законченного случая лечения

Медицинские услуги	Стоимость услуг (руб.)	Удельный вес услуг (%)
Койко-день (включая однократное ежедневное посещение врача, лекарственное обеспечение)	3654,25	59,3
Консультации дерматовенеролога и врачей других специальностей	550,21	8,9
Врачебные манипуляции включая комплекс общетерапевтических исследований	142,00	2,3
Лабораторная диагностика	1319,5	21,4
Физиолечение	32,95	0,5
Медсестринские манипуляции	469,48	7,6
Всего (в базовых ценах финансирования, без использования современных лекарственных средств и диагностических методик)	6168,69	100,0

Следует отметить безусловное увеличение материальных затрат на один случай лечения больного при использовании более современных и дорогостоящих лекарственных средств.

К вопросу организации взаимодействия дерматовенерологов со специалистами смежных служб

Платонов А.В., Меркулова С.А.

г. Благовещенск

Амурским областным кожно-венерологическим диспансером в условиях реорганизации медицинской помощи и разграничения полномочий продолжается поиск путей взаимодействия со смежными медицинскими специалистами государственных и негосударственных лечебно-профилактических учреждений области по вопросам оказания качественной помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем, острыми и хроническими дерматозами, заразными кожными заболеваниями.

Одним из эффективных путей взаимодействия остается стажировка на рабочем месте в областном кожно-венерологическом диспансере таких специалистов как дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, урологи, лаборанты (врачи и фельдшера), занимающиеся диагностикой ИППП и заразных кожных заболеваний. При прохождении стажировки, в течение 5 дней, специалисты работают с врачами диспансера, осваивают практические навыки, методике взаимодействия по вопросам диагностики, взятия и снятия с учета, предоставления отчетной документации, знакомятся с действующими инструктивно-методическими материалами, имеют возможность тиражировать их для себя.

Нами проведен анализ эффективности такой работы за десятилетний период с 1996 по 2005 гг. За это время стажировку прошли 468 специалистов, в среднем до 50 человек в год. Наиболее востребованным такой вид стажировки стал для акушеров-гинекологов, как наиболее активно занимающихся проблемами инфекций, передаваемых половым путем. За 10-летний период стажировку прошли 159 акушеров-гинекологов, что составило 34,0% от всех обученных. Учитывая тот факт, что лаборатория Амурского областного кожно-венерологического диспансера является еще и организационно-методическим центром диагностики ИППП и заразных кожных болезней, владеющая современным оборудованием и методиками, обучение на ее базе стало вторым по востребованности — 26,9% от всех прошедших стажировку составили врачи и фельдшера-лаборанты. Для дерматовенерологов ЛПУ области такой вид подготовки тоже приемлем, их за данный период обучилось — 12,6% из общего числа обученных, врачей педиатров — 13,2%, урологов — 9,6%, врачей терапевтов приемных отделений крупных ЛПУ — 1,7%, врачей терапевтов, проводящих освидетельствование доноров при массовых заборах крови — 1,1%, медицинских сестер дерматовенерологических кабинетов ЦРБ — 0,6%.

Стаж работы специалистов, прошедших стажировку составил от 1 до 40 лет, возраст от 25 до 67 лет. Отзывы по окончании обучения только положительные. Необходимой и своевременной стажировку сочли 100,0% специалистов. Наиболее достаточной кратностью повторных стажировок 1 раз в 5 лет считают 73,0% специалистов, 17,0% — 1 раз в 3 года, 10,0% — ежегодно.

В результате этих и других организационных мероприятий в Амурской области за период с 1996 по 2005 год удалось снизить заболеваемость ИППП с 1396,7 случаев на 100 тысяч населения в 1996 году до 740,5 случаев на 100 тысяч населения в 2005 году, т.е. в 1,9 раза.

Эффективностью проводимой работы также можно считать и тот факт, что высокий уровень заболеваемости ИППП и заразными кожными заболеваниями в Амурской области в сравнении с другими территориями РФ обусловлен достаточно полной регистрацией инфекций, выявленных смежными медицинскими специалистами.

Лепра в России: реалии и перспективы

Дуйко В.В., Гридасов М.И.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», г. Астрахань

Терский лепрозорий, Ставропольский край

Лепра в России никогда не имела широкого распространения. Общее число зарегистрированных больных лепрой достигло максимума в 1964 г. — 2505 чел., 84% (2095 чел.) которых приходилось на южные регионы и только 16% (410 чел.) на все центральные области Российской Федерации, Сибирь и Дальний Восток. Основными зонами распространения лепры были Астраханская обл. (1174 чел.), Ставропольский край со всеми автономными обл. и республиками Северного Кавказа (315 чел.), Краснодарский край (304 чел.), Ростовская обл. (302 чел.). В настоящее время первичная заболеваемость лепрой в России носит спорадический характер. За последние десять лет вновь выявлено 14 чел., из них 8 чел. — в Астраханской обл. Несмотря на то, что в отдельные годы больные не регистрировались, выявление новых, даже единичных, случаев подтверждает необходимость проведения активных противолепрозных мероприятий. Особенностью является преобладание лиц пожилого возраста с многобактериальными (LL, BL, BB) типами лепры, давностью заболевания 10 и более лет. В России состоит на учете около 600 больных лепрой. Из них госпитализированы 40%, остальные находятся под диспансерным наблюдением. По эпидемиологическим показателям госпитализировано 10% больных, остальные — с сопутствующими заболеваниями и для проведения реабилитационных мероприятий, часть — по социальным показаниям. Учитывая пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний и инвалидности, за этими больными необходимо постоянное наблюдение и уход. Важное значение имеет ранняя диагностика, лечение и профилактика заболевания, начало всесторонней медицинской и социальной реабилитации больных, улучшение качества жизни. Увеличение среди вновь выявленных больных лиц в запущенной стадии говорит о слабых знаниях начальных проявлений лепры, об отсутствии настороженности у медработников и о необходимости совершенствования санитарно-просветительной работы, подготовки кадров по лепре, более частого и квалифицированного освещения современных вопросов лепрологии в печати. Это будет способствовать и борьбе с лепрофобией. С целью сохранения достигнутого относительного благополучия необходимо и дальше не снижать объем и качества проведения противолепрозных мероприятий. Очевидно возрастание роли диспансеризации при лепре. Сохраняется значимость эпидемиологической работы. Особая роль отводится созданию методов ранней, доклинической диагностики лепры и выявлению «групп повышенного риска» заболевания среди контактных лиц с помощью новейших технологий (ПЦР, ИФА и др.). Важнейшей задачей является диагностика, профилактика и лечение инвалидизирующих последствий лепрозного процесса. Нельзя допустить роста заболеваемости лепрой, осуществляя комплекс практических противолепрозных мероприятий в полном объеме.

Об обеспеченности квалифицированными кадрами СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ КОЖНО–ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ в субъектах Российской Федерации.

Ротанов С.В.

ГУ «ЦНИКВИ Росздрава», Москва

Для обеспечения качественного выполнения лабораторных исследований, направленных на первичный скрининг и диагностику сифилитической инфекции, необходима комплектация серологических лабораторий квалифицированными специалистами, имеющими высшее и среднее специальное образование. В соответствии с действующим законодательством (Приказ МЗ РФ №380) в Российской Федерации (РФ) предусмотрена система первичной подготовки и последующего регулярного повышения квалификации врачей и лаборантов клинической лабораторной диагностики (КЛД), регламентирован допуск специалистов с непрофильным образованием (биологов) для выполнения исследований.

Целью работы явилось изучение обеспеченности квалифицированными кадрами серологических лабораторий при кожно–венерологических диспансерах (КВД) субъектов РФ.

При анкетировании 84 КВД, проведенном ГУ «ЦНИКВИ» в 2005 году в рамках мероприятий Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (подпрограмма «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», 2002–2005 гг.), были получены данные о кадровом составе 66 (78,6%) серологических лабораторий КВД субъектов РФ.

По данным анкетирования количество штатных врачебных единиц в серологических лабораториях КВД колебалось от 1 до 12, всего 296,25 единиц ($M=4,77\pm 0,22$; $n=62$); на указанных должностях работало от 1 до 12 физических лиц, всего 232 врача ($M=3,81\pm 0,24$; $n=62$). Коэффициент укомплектованности составлял 0,78, а средняя нагрузка на 1 врача КЛД — 1,28 ставки. Среди 232 лабораторных работников с высшим образованием имелось 15 специалистов с биологическим образованием, что составило 6,5%. Все врачи–лаборанты (100%) в течение 2000–2004 годов повышали свою специальную подготовку в государственных учреждениях последилового повышения квалификации, что позволило 164 врачам (70,7%) быть аттестованными: 67 (40,8%) — на первую категорию, 40 (24,4%) — на вторую категорию и 57 (34,8%) человек — на высшую категорию. Восемь врачей КЛД (3,4%) имели научную степень кандидата медицинских наук.

В этих же лабораториях имелось 461,5 штатных единиц лаборантов со средним образованием, от 0 до 22 ($M=7,44\pm 0,38$; $n=62$), и работало 336 физических лиц, от 0 до 17 ($M=5,42\pm 0,28$; $n=62$). По представленным данным все лаборанты КЛД также временно повышали уровень своих профессиональных знаний и навыков, что нашло отражение в результатах аттестации: 191 (56,84%) средний лаборант из 336 имел категорию: 78 (40,8%) — первую, 47 (24,6%) — вторую, 66 (34,6%) работников — высшую.

Примечательным оказалось почти полное совпадение пропорции различных аттестационных категорий, присвоенных врачам–лаборантам и лаборантам со средним образованием. При анализе полученных сведений обратило на себя внимание наличие серологических лабораторий, в которых не оказалось ни одного аттестованного специалиста с высшим (8 лабораторий; 12,1%) или со средним специальным образованием (15 лабораторий; 22,7%). В 5–ти серологических лабораториях (7,6%) аттестованные специалисты отсутствовали вообще.

Таким образом, данные анкетирования серологических лабораторий 66 КВД субъектов РФ показали, что укомплектованность кадрами и уровень подготовки специалистов КЛД в серологических лабораториях 61 КВД субъектов Российской Федерации (92,4%) позволяют обеспечивать необходимое качество диагностики при обследовании пациентов на наличие сифилитической инфекции. Вместе с тем, в целом ряде лабораторий отсутствуют аттестованные специалисты, что заставляет более внимательно относиться к результатам выполнения контрольных заданий в циклах внешнего контроля качества, предоставленных этими учреждениями.

О некоторых проблемах современной лепрологии

Ющенко А.А.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», г. Астрахань

Осуществлявшаяся под руководством ВОЗ с начала 80 годов XX столетия программа элиминации лепры (Elimination of Leprosy) «К миру без лепры» на основе охвата всех зарегистрированных больных комбинированной терапией (КТ ВОЗ) привела к искусственному занижению общего числа больных лепрой за счет изменения подхода к статистическому учету: все больные лепрой, получившие полный курс КТ ВОЗ, волевым решением снимаются с учета, считаются здоровыми и дальнейшую медицинскую помощь получают в учреждениях общей сети здравоохранения. Этот мнимый «успех элиминации» привел к серьезным негативным для развития лепрологии результатам — резкому сокращению финансовых поступлений из различных источников на проведение научных исследований. В то же время, как отмечалось в итоговых документах XVI Международного конгресса по лепре (Бразилия, 2002), «лепра не собирается исчезать, и мы все еще плохо понимаем фундаментальные проблемы лепры человека». Действительно, программа «элиминации» практически не сказалась на снижении заболеваемости: по–прежнему в мире ежегодно регистрируется не менее 500 тысяч случаев лепры. Не снизилось и число инвалидов среди больных лепрой, что связано с тропностью *M. leprae* к тканям периферической нервной системы (ПНС). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние годы в изучении механизма поражения ПНС при лепре, молекулярные основы этого процесса нераскрыты, а следовательно и задачи физической реабилитации больных лепрой–инвалидов решаются не в полном объеме.

На фоне нарастания случаев полирезистентности *M. leprae* к используемым медикаментам весьма актуальными остаются, с одной стороны, вопросы совершенствования существующих методов лечения, а с другой — проблема развития рецидивов заболевания у больных, получивших «полный» курс КТ ВОЗ.

Поскольку все еще не существует воспроизводимого метода культивирования *M. leprae* *in vitro* остается нерешенной разработка диагностических тест–систем, а также лечебных и профилактических вакцин. Продолжается обсуждение роли вакцины БЦЖ в противолепрозных программах. Остаются нераскрытыми тонкие механизмы развития иммунных нисходящих и восходящих (реверсивных) реакций при лепре, которые имеют важное значение как для эпидемиологии, так и для клиники лепрозного процесса. Несомненно страдают от такой «элиминации» сами больные, т.к. им приходится сталкиваться с отказами в оказании медицинской помощи на основе лепрофобии и из–за отсутствия специалистов. Даже авторы программы «элиминации» начали борьбу за соблюдение прав человека по отношению к больным лепрой, «освобожденным из–под контроля».

Возможно, самым болезненным следствием программы «элиминации» для мировой лепрологии явилось прекращение, из-за недостатка финансовых средств, издания органа Международной ассоциации лепрологов International Journal of Leprosy (IJL), издававшегося с 1933 г., в составе редакционного совета которого нашу страну представляли В.И.Кедровский (1933–1937), А.А.Штейн (1939–1947), Н.А.Торсуев (1961–1978), А.А.Ющенко (1981–2005). Извещая о прекращении издания, редактор журнала David M.Scollard в статье «Elimination of (the International Journal of) Leprosy» (IJL, 2005, т.73, №4, P.303) заявил: «Мы не удивимся, если через несколько десятилетий те, кто будет анализировать усилия по ликвидации лепры в начале третьего тысячелетия, придут к выводу, что мы следовали ошибочными путями, уже пройденными в недавних программах «ликвидации» других болезней, таких как туберкулез и малярия».

Определение осведомленности о иппп/вич–инфекции учащихся средних учебных заведений оренбургской области

Поршина О.В., Шерман Ю.Ф., Воронина Л.Г., Малахова Е.И.
г. Оренбург

Целью данной работы явилось определение уровня осведомленности и заинтересованности в вопросах ИППП/ВИЧ–инфекции в средних учебных учреждениях Оренбургской области, определение отношения учащихся к проблемам распространения ИППП/ВИЧ, выявление наиболее востребованных источников информации. Исследование проводилось в Октябрьском, Саракташском, Соль–Илецком районах Оренбургской области. В работе нами был использован метод анонимного анкетирования. Анкета включала в себя 15 вопросов. В анкетировании приняло участие 200 учащихся, возраст которых составил 14–21 год.

Анализ результатов анкетирования показал, что 100% респондентов относят к ИППП: ВИЧ–инфекцию, 87% — сифилис, 69,5% — гонорею, 15% — хламидиоз. Возможность заражения ВИЧ–инфекцией, сифилисом и гонореей при бытовом контакте отметили 45% респондентов. К первым проявлениям ИППП 75% анкетированных относят зуд, гнойные выделения и болезненность при мочеиспускании, в то же время 35,5% к перечисленным относят и головную боль, тошноту, кашель, насморк, чихание. По мнению большинства учащихся ВИЧ–инфекция протекает без проявлений, хотя 38% учащихся считают, что проявлениями является выпадение волос, изменение голоса, снижение массы тела, головную боль. К мерам защиты 100% респондентов относят презервативы, 78% — гормональные контрацептивы. При заражении ВИЧ–инфекцией близкого человека 27% учащихся прекратят с ним общение, 18% — «будут с ним осторожны», 47% — продолжат отношения, 8% — ответить затруднятся. Резюмируя полученные данные проведенного исследования, можно сделать вывод о низком уровне осведомленности о заболеваемости ИППП/ВИЧ–инфекции учащихся средних учебных заведений в Оренбургской области. Однако, несмотря на низкий уровень осведомленности, потребность в знании о данных заболеваниях, как показало анкетирование довольно высокая.

Необходимо для повышения уровня осведомленности предоставление достоверной информации о ИППП/ВИЧ, организация программ, ориентированных на районные населенные пункты с учетом местных особенностей.

Опыт организации дерматовенерологической помощи в Уральском Федеральном округе

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург

В настоящее время организационная структура кожно–венерологических учреждений (КВУ), принцип их работы и управления, а именно — финансирования и подчиненности изменены в рамках Федеральных законов № 95, 120, 122, 131, в соответствии с которыми специализированная мед.помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных мед.технологий. Финансирование осуществляется за счет средств бюджета субъекта Федерации и целевых программ.

Основными задачами, определенными перед дерматовенерологической службой в рамках Национального проекта «Здоровье» и подпроекта «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» (ВМП) является:

- обеспечение равных прав граждан на своевременно доступную специализированную медицинскую помощь
- приведение в соответствие объемов медицинской помощи и объемов финансовых средств на ее оказание Повышение удовлетворенности пациентов от общения с медицинской средой и удовлетворенности медицинских работников результатами своей профессиональной деятельности и условиями труда

Реализация поставленных задач невозможна без разработки и утверждения учрежденческих стандартов в территориях, в том числе:

- выделения технологий для госпитального и амбулаторного этапов;
- утверждения индикаторов медицинской, экономической и социальной результативности деятельности КВУ (базовых и уточняющих)
- внедрения системы мониторинга индикаторов качества, позволяющей объективно характеризовать состояние специализированной медицинской помощи и оперативно определить пути ее оптимизации
- утверждения стандартов ресурсного обеспечения КВУ, отражающих следующие аспекты:

Кадры — потребность во врачах, врачах–лаборантах, среднем мед.персонале с учетом оптимальных норм нагрузки и врачебной функции

Специализированные койки — потребность в койках интенсивной и восстановительной терапии, койках дневного пребывания и социальных

Техническое оснащение лечебной и диагностической базы — потребность в оборудовании, основных расходных материалах (тест–системы, диагностикумы), в лекарственных средствах

В рамках реализации проекта «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» УрНИИДВиИ проводится работа по совершенствованию нормативно–методических документов, регламентирующих организацию и доступность ВМП. Организована оперативная обратная связи с КВУ, направляющими больных, путем персонального мониторинга пациентов, получивших лечение по программе ВМП. Готовится научное обоснование совершенствования стандартов оказания ВМП за счет расширения по нозологическим формам, включения новых технологий.

Таким образом, приоритетной задачей на 2007 год является разработка и внедрение в регионах УрФО управляемой модели организации дерматовенерологической помощи населению, эффективной с точки зрения медико-социальной и экономической результативности и обеспечивающей: доступность, своевременность и качество медицинских услуг.

Организация специализированной дерматологической помощи детям и подросткам в Калужской области

Беззубова О.А., Ермакова М.Н.

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

Проблема аллергодерматозов у детей в последние годы приобрела большую медико-социальную значимость. Такие распространенные тяжелые аллергодерматозы как атопический дерматит, экзема, токсикодермия приводят к социальной дезадаптации ребенка и снижению качества жизни.

По данным медицинской статистики в Калужской области за 2005 год зарегистрировано около 22620 случаев кожных заболеваний у детей и подростков, в том числе более 15000 аллергодерматозов, среди которых атопический дерматит составляет 20%.

На сегодняшний день в Калужской области у врачей разных специальностей наблюдаются около 3000 детей 0–18 лет, страдающих атопическим дерматитом, а на диспансерном учете во всех ЛПУ области состоят 1040 детей.

Однако, в поле зрения дерматовенерологической службы попадают не более 50% детей с атопическим дерматитом. Оказание качественной медицинской помощи в данном случае без участия врача-дерматолога невозможно. Многие дети необоснованно длительное время получают гормональную терапию, неадекватно проводится общее и противорецидивное лечение, что приводит к развитию тяжелых форм экземы и нейродермита.

Следует обратить внимание и на юридические аспекты этого вопроса. Атопический дерматит дает право на освобождение от армии. Военно-врачебная комиссия принимает акты с диагнозом атопический дерматит только из специализированного лечебного учреждения, то есть из кожнодиспансера. При отсутствии наблюдения ребенка, а следовательно и медицинской документации в системе дерматовенерологической службы, подтвердить или отвергнуть данный диагноз не представляется возможным.

На основании вышеизложенного, необходимо усовершенствовать систему оказания медицинской помощи детям с атопическим дерматитом.

Областной кожнодиспансер должен располагать информацией о диспансеризации всех детей с атопическим дерматитом, периодически осуществлять консультацию больных с тяжелыми формами заболевания и обязательно подтверждать диагноз при взятии на диспансерный учет будущих призывников, то есть мальчиков.

В поликлиническом отделении диспансера прием детского дерматолога организован в две смены. Для жителей г. Калуги работает стационар дневного типа при поликлинике, качественно улучшая оказание амбулаторной медицинской помощи, в том числе детям.

В 2005 году после ремонта открыто детское кожное отделение на 25 коек, где имеются все условия для оказания современной высококвалифицированной медицинской помощи.

С целью осуществления преемственности всех специалистов ГУЗ «Калужский областной кожно-венерологический диспансер» считает необходимым создание единой системы оказания медицинской помощи детям с аллергодерматозами, максимально используя лечебно-диагностические возможности, а также законодательную базу дерматовенерологической службы.

Особенности эпидемиологии болезней кожи в Российской Федерации

Мартынов А.А.

г. Москва

Ежегодно в стране регистрируется более 200 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими болезнями, из которых свыше 100 млн. — с впервые установленным диагнозом.

Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки отличается волнообразным течением и постоянным увеличением, что соответствует тенденции уровня заболеваемости населения Российской Федерации в целом.

Так, за период с 1993 по 2005 г.г. уровень заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки увеличился в среднем на 16 %. Наибольшие показатели первичной заболеваемости дерматозами наблюдались в 1995 г.; в последующем наблюдалось их незначительное уменьшение вплоть до 1998 г. В настоящее время регистрируется продолжающийся рост первичной заболеваемости дерматозами, хотя темпы прироста данного показателя незначительны.

Показатель общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки за вышеуказанный период также характеризуется волнообразным течением. Пик заболеваемости зарегистрирован в 1995 г. с последующим постепенным снижением уровня заболеваемости до 1999 г., а с 2000 г. отмечается постепенное увеличение данного показателя.

Лидирующую позицию по уровням первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки занимают Приволжский, Дальневосточный и Уральский федеральные округа, что несколько отличается от структуры заболеваемости в целом. А наименьшие показатели первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки регистрируются на протяжении более 10 летнего периода в Центральном федеральном округе. Показатели заболеваемости, сходные с Центральным федеральным округом, регистрируются в Южном федеральном округе.

Возрастные составы в структуре общей и первичной заболеваемости дерматозами схожи между собой: значительное превышение уровня заболеваемости в группе детей от 0 до 14 лет; в группе подростков в возрасте от 15 до 17 лет отмечается незначительное уменьшение данного показателя с сохранением неблагоприятной динамики, как и в группе больных детей в возрасте до 14 лет.

А в группе лиц старше 18 лет отмечается значительное уменьшение уровня общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки: причем, он в 2 раза меньше показателя в группе детей, и на 20 % меньше среднестатистического показателя заболеваемости дерматозами в целом.

Первые итоги оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росздрава»

Кунгуров Н.В., Гришаева Е.В., Кохан М.М., Нехамкин П.Б., Гириш В.А.
г. Екатеринбург

Согласно Приказу Минздравсоцразвития № 220 от 29.03.2006 г Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии (УрНИИДВиИ) в 2006 г. оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета. За период с мая по октябрь 2006г. комплексное обследование и лечение по программе ВМП в клинике УрНИИДВиИ проведено 122 пациентам Свердловской области. Из них больные с тяжелыми формами псориаза в том числе, осложненном эритродермией, псориатической артропатией составили 86 человека (70,5%), atopическим дерматитом, диффузной формой (АД) — 23 (18,9%), распространенным красным плоским лишаем (КПЛ) — 8 (6,5%), акантолитической пузырьчаткой — 3 (2,5%), бляшечной склеродермией — 2 (1,6%).

Лечебно-диагностические мероприятия осуществлялись в соответствии с федеральными стандартами оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Длительность пребывания больных в стационаре составила: с псориазом — 25,7±2,4 койко-дней, псориатической эритродермией — 31,4±3,6, АД— 23,8±1,8, КПЛ— 28,1±2,1, бляшечной склеродермией— 26,0 койко-дней. Средняя длительность пребывания больных в стационаре (по всем нозологическим формам) составила 26,7±3,2 койко-дней. Среднее пребывание в стационаре пациентов с псориатической эритродермией в 2005г составило 38,5, диффузной формой АД— 32,6 койко-дней. В процессе лечения состояние клинической ремиссии достигнуто у 35 (28,7%) пациентов, значительное улучшение — у 71 (58,2%), улучшение — 16 (13,1%).

Таким образом, применение современных, патогенетически обоснованных методов лечения позволило достигнуть высокой клинической эффективности в терапии наиболее тяжелых клинических форм хронических дерматозов, а увеличение стоимости законченного случая за счет дополнительного финансирования позволило сократить сроки пребывания в стационаре пациентов с псориатической эритродермией и диффузной формой АД на 7,1–8,8 койко-дней.

Продолжая набор пациентов в клинику УрНИИДВиИ, для повышения эффективности выполнения программы по оказанию ВМП гражданам РФ планируется 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.

Результаты анкетирования врачей дерматовенерологов Амурской области на предмет состояния и перспектив развития дерматовенерологической службы на современном этапе

Меркулова С.А., Платонов А.В., Грищенко Т.А.
г. Благовещенск

Нами для дерматовенерологов области была предложена анкета по 15 пунктам, которые включали вопросы пола, возраста, стажа работы, повышения квалификации, взаимоотношения с пациентами и видения путей снижения заболеваемости населения ИППП.

Проведен анализ 34 анкет врачей дерматовенерологов, пожелавших ответить на вопросы. По результатам нами сделаны следующие выводы.

Средний возраст врачей дерматовенерологов составил 42 года. В возрасте от 26 до 36 лет — 35,3% анкетированных, старше 36 лет — 64,7%. Подавляющее большинство дерматовенерологов женщины — 88,2%, мужчин всего 11,8%. Стаж работы по специальности в среднем составил 17,5 лет. Дерматовенерологов со стажем работы до 1 года — 2,9%, от 1 года до 4 лет — 11,8%, от 5 лет до 25 лет — 70,6%, от 25 лет и более — 14,7%. Курсы усовершенствования своевременно проходят 97,1% дерматовенерологов. Из них: от 1 до 3 курсов прошли 57,6 %, от 4 до 8 курсов — 42,4%.

В государственной системе здравоохранения хотели бы работать 17 человек (50 %), в не государственной — 7 человек (20,6%). Совмещать работу сразу в 2 системах — 9 человек (26,5%). Не ответили — 1 человек (2,9%). Сменить место работы хотело бы 9 человек (26,5%), остаться на прежней работе — 23 человека (67,6%), не ответило 2 человека (5,9%).

Качество оказываемой дерматовенерологической помощи оценили по пятибалльной системе: на «5» — 9 человек (26,5%), на «4» — 15 человек (44,1%), на «3» — 6 человек (17,6%), на «2» — 2 человека (5,9%), не ответило 2 человека (5,9%). Основной проблемой в диагностике, лечении и профилактике ИППП и заразных кожных болезней сочли: недостаточное финансирование и плохую лабораторную базу — 47,1%, большие нагрузки на врача дерматовенеролога — 8,8%, не доступно высокая для населения области стоимость новых эффективных лекарственных препаратов — 8,8 %, не ответили — 35,3%.

За сохранение и развитие рыночных отношений в дерматовенерологии — 73,5% анкетированных, за частичное введение — 5,9%, против — 11,8%, не ответили — 8,8%.

Полностью удовлетворены своей работой 23,5% врачей, частично — 76,5%, совсем не удовлетворенных нет. Конфликты с пациентами имеют — 38,2%, из них: 1–2 раза в год — 23,5%, 2–3 раза в год — 5,9% , редко — 5,9%., до 5 раз в год — 2,9%, 1 раз в 5 лет — 2,9%.

Частота конфликтов с пациентами, по мнению опрошенных зависит в 11,8% от характера пациента, в 14,7% от не тактичного поведения пациента, в 17,6% от возраста и образования больных. Не ответило на данный вопрос — 55,9% анкетированных.

Основными путями для снижения заболеваемости ИППП по мнению опрошенных, являются: в 52,9 % усиление санитарно-просветительных мероприятий для населения, в 2,9% обследование на сифилис всего населения 2 раза в год, в 17,6% увеличение кратности медицинских осмотров, в 5,9% повышение доступности анонимного обследования, в 2,9 % легализация проституции и бесплатное лечение всех ИППП, в 23,5% за счет расширения контингентов, подлежащих медицинским осмотрам. Расширение контингента предполагается за счет лиц, устраивающихся на работу (2,9%), школьников старших классов (2,9%), работников железнодорожного транспорта (2,9%), работников сферы интимных услуг (2,9%).

Считаем, что данные результаты заслуживают внимания при планировании и проведении различных программных мероприятий по снижению заболеваемости населения Амурской области инфекциями, передаваемыми половым путем.

Роль дерматовенерологов в активном выявлении инфекций, передаваемых половым путем

Иванова М.А.

ФГУ ЦНИИОИЗ, Москва

Актуальность: Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП) остается неблагоприятной. Одним из параметров, характеризующих качество работы дерматовенеролога, является работа с контактами больных ИППП.

Материал и методы: Проведен анализ выявляемости больных ИППП в России из числа подлежавших обследованию лиц, имевших половой, либо тесный бытовой контакт с больными инфекциями, передаваемыми половым путем, по данным форм государственного статистического наблюдения №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой» за период с 2002 по 2004гг.

Результаты: В 2004г. из числа подлежащих обследованию по поводу контакта с больными сифилисом обследовано 86,6%, что несколько ниже, чем в 2002г. (87,1%), по гонококковой инфекции — 75,6% (против 72,1% в 2002 г.), трихомонозу — 69,7% (против 69,4% в 2002 г.). По гонококковой инфекции охват обследованием лиц, имевших контакт с больными вырос на 3,5%, по трихомонозу и сифилису незначительно уменьшился на 0,3 и 0,5% соответственно. Уменьшился также охват обследованием лиц, бывших в половом контакте с больными сифилисом на 3,8% (с 55,7% в 2002 г. до 51,9% в 2004). Частота обследований лиц, бывших в половом контакте с больными трихомонозом, наиболее высока и остается практически на одном уровне (91,2–93,2%) за весь изучаемый период. Среднее число обследованных контактов на одного впервые выявленного больного сифилисом незначительно повысилось (с 1,5 до 1,6), по гонококковой инфекции и трихомонозу осталось на прежнем уровне (0,7 и 0,5 соответственно). При обследовании лиц, имевших половой либо бытовой контакт с больными различными ИППП, частота выявляемости больных варьировала. Так, выявляемость больных среди лиц, имевших контакт с больными сифилисом, за период изучения колебалась от 12,8 до 14,0%, из числа обследованных, имевших контакт с больным гонококковой инфекцией — 20,0% (в 2002 г.) — 18,2% (в 2004 г.), трихомонозом — 15,8% (в 2002 г.) — 13,4% (в 2004 г.) соответственно.

Выводы: Следует отметить улучшение охвата обследованием контактов больных гонококковой инфекцией и трихомонозом. Среднее число обследованных на одного больного по всем нозологическим формам остается достаточно низким.

Система мониторинга индикаторов качества дерматовенерологической помощи

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Уфимцева М.А.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росздрава, г. Екатеринбург

В настоящее время в виду реализации федеральных законов № 95, 131, 122, 120 в Российской Федерации формируется несколько моделей организации и финансирования дерматовенерологических учреждений. Оценив эффективность их функционирования, руководителям предстоит сделать выбор путей дальнейшего развития сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих специализированную помощь пациентам, страдающим дерматозами и социально значимыми инфекциями, передаваемыми половым путем.

Эффективность деятельности кожно-венерологических учреждений включает медицинскую и социальную результативность, а также экономическую составляющую, отражающую эффективность использования трудовых и материальных ресурсов (кадровый состав, коечный фонд, оборудование, расходные материалы и т.д.). В связи с чем существующая система статистической отчетности КВУ нуждается в совершенствовании и дополнении индикаторами качества медицинской помощи — количественными показателями, отражающими ее структуру, процесс и результат оказания. Индикаторы должны отражать такие характеристики медицинской помощи как своевременность, качество, интенсивность, адекватность и доступность.

На сегодняшний день обеспечение качества медицинской помощи, а также способы ее контроля и управления (учет, анализ, оценка и финансирование) переориентируются с процесса на результат, что, несомненно, связано с постепенным вытеснением стратегии целевого управления на управление по конечным результатам. Важным элементом этого процесса является разработка и внедрение в практику системы мониторинга индикаторов качества дерматовенерологической помощи, позволяющей объективно характеризовать ее состояние, сравнить эффективность различных моделей функционирования и финансирования дерматовенерологических учреждений, определить пути их оптимизации и, в конечном счете, обеспечить соблюдение прав пациентов на гарантированный объем качественной и доступной медицинской помощи.

Сексуальное поведение учащейся молодежи и проблема профилактики ИППП

Захаров М.А., Маликова Н.Н., Рогачева Т.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Уральский государственный университет, Екатеринбург

Проводилось изучение кризисных установок сексуального поведения студентов-первокурсников 16–18 лет методом анкетирования. Были опрошены 278 студентов: 156 юношей (56,1%) и 122 девушки (43,9%). Инфантильное представление о межличностных отношениях и завышенная самооценка в сексуальной сфере привели к заявлению 68% подростков о допустимом возрасте сексуального дебюта не старше 17 лет. Группа риска по развитию инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), которая составила 27,3% студентов, допустила возможное начало половой жизни до 15 лет. Определялась та же группа риска и при уточнении частоты половых связей с разными партнерами: 22% опрошенных имели сексуальные отношения с разными половыми партнерами. Спонтанность и неупорядоченность сексуальных отношений имели место у 22,2% опрошенных, имевших половые связи с тремя и более партнерами за 6 месяцев. Возможность половых связей в первые часы знакомства отметили 19,3% студентов. Значимыми факторами для вступления в половые отношения подростки считали подходящее место (60,8%) и употребление алкогольных напитков или наркотиков (31,3%). После случайной половой связи 48,9% живущих половой жизнью не стали бы обследоваться (60% — имеющие несколько половых партнеров) и 20% не обратились бы к врачу при возможном заражении.

Таким образом, в настоящее время актуальными и приоритетными становятся меры общественной и социальной профилактики распространения ИППП. Подростки и молодые люди, оказавшиеся в группе риска должны быть объектом пристального изучения специалистами. Грамотное проведение первичной профилактики ИППП совместно с педагогами и психологами в старших классах общеобразовательных школ и на младших курсах ВУЗов должно быть дополнено элементами вторичной профилактики в данном учебном заведении. Этот вид деятельности дерматовенеролога требует научно-методической проработки и серьезных организационных усилий.

Современные организационные подходы в работе кабинета первичной профилактики ОГУЗ «Амурский областной кожно–венерологический диспансер»

Платонов А.В., Меркулова С.А., Платонова Е.Г., Кузина В.А.

г. Благовещенск

С основания кабинета первичной профилактики и на протяжении всего периода работы мы преследовали такие цели, как: предупреждение распространения инфекций, передаваемых половым путем; предупреждение развития болезней и их осложнений; информирование населения о том, что медицинская помощь, оказываемая лицам с ИППП в рамках государственных кожно–венерологических лечебно–профилактических учреждений, обеспечивает соблюдение принципов неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности полученной информации; уменьшение количества больных несвоевременно получающих лечение или длительно не являющихся на КСК и контроли излеченности. Для достижения этих целей мы избрали следующие методики: индивидуальные беседы с пациентами, обратившимися для обследования и лечения; организация информационных стендов в поликлинике, венерологическом отделении, КАОЛ; организация выставки современных средств индивидуальной профилактики ИППП в кабинете первичной профилактики ИППП АОКВД, аптеках г. Благовещенска и переносной аптечки для демонстрации при проведении лекций в организованных молодежных коллективах.

Методика №1 заключалась в том, что из поликлиники и стационара пациенты, наименее подготовленные в плане санитарно–гигиенических знаний и навыков безопасного полового поведения, направляются для индивидуальной беседы в кабинет профилактики. Врачом кабинета профилактики проводится изучение первоначальных знаний пациента (анкетирование) и разрабатывается индивидуальный план занятия с данным пациентом или парой половых партнеров. После этого чаще всего использовалась следующая схема индивидуальной подготовки: информирование пациента о том какие ИППП существуют, каковы их пути передачи и основные симптомы, чем опасны длительно не леченные ИППП и какие меры предосторожности необходимо соблюдать. Для закрепления полученных знаний посетителям вручались брошюры по профилактике ИППП. В конце занятия больному подробно отвечали на интересующие его вопросы и рассказывали о необходимости строгого соблюдения режима лечения (в том числе полового) его заболевания и необходимости диспансерного наблюдения (КСК, контролем излеченности) и предлагали итоговое анкетирование.

Методика № 2 заключалась в организации информационных стендов в поликлинике, венерологическом отделении, КАОЛ. Основной упор сделан на то, что эти стенды не являются стационарными, а оформлены так, чтобы информация могла постоянно обновляться и быть доступной пациенту (может взять для себя памятку, брошюру). Уголки в КАОЛ и в венерологическом отделении обеспечивались памятками по самым разным ИППП.

Методика №3 заключалась в том, что пациенты могли воочию убедиться — средства индивидуальной профилактики реально существуют и даже можно изучить инструкцию по их применению. В кабинете первичной профилактики организована стационарная выставка, которая представлена презервативами, спермицидными средствами, средствами для профилактики в случае незащищенного полового контакта. По аналогичному образцу укомплектована переносная выставка, которая используется при чтении лекций в организованных коллективах.

Далее мы изучили влияние проводимой кабинетом работы на сроки наблюдения пациентов с ИППП в АОКВД. За период 2003–2005 гг. кабинет первичной профилактики посетили 1343 пациента. Нами по амбулаторным картам больных сифилисом, проведен анализ сроков состояния на учете у венеролога до организации кабинета первичной профилактики и после. Выборочно изучены по 30 амбулаторных карт, снятых с учета за анализируемые периоды.

В результате проведенного анализа нами сделаны следующие выводы:

1. В течение 5 лет состояли при снятии с учета в 2003 году 18,5% больных сифилисом, в 2001г. их число составляло — 22,2%, т.е. число лиц состоящих на учете в течение 5 лет уменьшилось на 3,7%.
2. Наибольшее число лиц при снятии с учета в 2003 году состояли на учете в среднем 3 года (51,8%) .
3. Если в 2001 году при снятии с наблюдения на учете состояли больше 1 года 59,3% больных, но из них сроком более 5 лет — 22,2% , то при снятии с учета в 2003 году больше 1 года на учете состояли 92,6%, но из них длительностью до 5 лет состояло всего 18,5%.
4. До 70,4% лиц, больных сифилисом, состоящих на учете от 1 до 3 лет были вовлечены в ту или иную методику, проводимую кабинетом первичной профилактики.

В дальнейшем планируется провести анализ частоты повторного заражения ИППП среди пациентов, прошедших индивидуальную подготовку в кабинете первичной профилактики.

Стратегия развития дерматовенерологической службы региона.

Участие дерматовенерологической службы в Приоритетном национальном проекте в сфере здравоохранения на региональном уровне.

Торбин О.Н.

г. Ханты–Мансийск.

Создание стратегии развития дерматовенерологической помощи на современном этапе модернизации здравоохранения страны, является актуальной и очень непростой задачей на региональном уровне. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, государственная программа развития общеврачебной практики вновь потребовали определения роли и места специализированной дерматовенерологической помощи и перспективы развития службы.

На основе анализа заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными заболеваниями в Ханты–Мансийском автономном округе — Югре за 25 лет показаны социальный характер, объем, значимость и необходимость мониторинга заболеваемости. Динамика и уровень заболеваемости в регионе социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями на современном этапе определены, как шаткое неустойчивое равновесие эпидемиологического процесса, который при снижении объемов оказания дерматовенерологической помощи может повлечь закономерный рост заболеваемости.

Анализ объемов амбулаторно–поликлинической помощи показал значительный уровень обращаемости населения за дерматовенерологической помощью. При населении автономного округа почти 1,5 миллиона человек, ежегодно регистрируется почти 800 тысяч врачебных посещений к врачу дерматовенерологу, из них почти 400 тысяч по поводу заболеваний. Объем дерма–

товенерологической помощи занимает третье место в объеме всей амбулаторно–поликлинической помощи населению региона, что отражает высокую потребность населения в данном виде медицинских услуг.

Анализ объемов стационарной помощи в дерматовенерологических учреждениях автономного округа позволил выявить диспропорции обеспеченности койками населения прикрепленных муниципальных образований и произвести корректировку коечного фонда. На основе специальных расчетов определена потребность населения в стационарной дерматовенерологической помощи для каждого муниципального образования. Это дало возможность построить корпоративную стратегию развития дерматовенерологической службы региона и обосновано доказать необходимость нового строительства учреждений дерматовенерологического профиля.

Разработанные программы улучшения доступности и развития высокотехнологичных видов медицинской помощи (ранняя диагностика онкологических заболеваний кожи, развитие телемедицинских технологий) позволили получить финансирование в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на региональном уровне.

Субъективные критерии снижения качества жизни больных с инфекциями, передаваемыми половым путем

Воронова О.А.

УрНИИДВИ, г. Екатеринбург

В настоящее время встречаются единичные работы отечественных ученых, посвященные изучению качества жизни больных инфекциями, передаваемыми половым путем. Но до сих пор многие вопросы по этой проблеме остаются актуальными и недостаточно изученными, а имеющиеся критерии интерпретации результатов противоречивы.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ причин снижения качества жизни больных с ИППП различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 136 пациенток (130 больных и 6 здоровых женщин) в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в УрНИИДВИ для обследования на ИППП, средний возраст которых составил $28,0 \pm 6,7$ года. Из них 106 пациенток ($77,94 \pm 0,7\%$) проживали в г. Екатеринбург, 25 человек в Свердловской области ($18,37 \pm 0,65\%$) и 5 обратившихся ($3,67 \pm 0,32\%$) были жителями других регионов РФ. Всем пациенткам проводили традиционные клинично–лабораторные и инструментальные исследования, используемые в венерологии.

Результаты и обсуждение. В исследуемой выборке у пациенток были выявлены следующие инфекции: бактериальный вагиноз у $26,09 \pm 0,8\%$, вульвовагинальный кандидоз у $20,11 \pm 0,75\%$, аэробный вагинит у $19,02 \pm 0,73\%$, уреаплазмоз у $11,96 \pm 0,62\%$. Снижение качества жизни больных было связано с изменениями в половой жизни у $20,0 \pm 0,56\%$ и с необходимостью лечиться у $15,46 \pm 0,79\%$. Ограничивали свои сексуальные отношения $12,27 \pm 0,84\%$. Качество жизни не было снижено лишь у $1,51 \pm 0,42\%$ пациенток. Такие показатели как отказ от курения $1,34 \pm 0,4\%$ и изменения отношений с приятелями и сослуживцами $0,5 \pm 0,25\%$, практически не изменяли качество жизни больных с ИППП. Установлено, что снижение качества жизни больных с ИППП может быть связано с ограничениями на работе, болезнью понижения в должности и в заработной плате у $7,56 \pm 0,79\%$, $7,56 \pm 0,79\%$ и $7,39 \pm 0,79\%$ пациенток, соответственно.

Выводы. Выявлены основные причины снижения качества жизни больных с ИППП, среди которых преобладают переживания, связанные с изменениями в половой жизни, необходимостью лечиться, с увеличением ограничений на работе и с возможным снижением доходов. Полученные результаты психосоматического статуса больных необходимо учитывать при разработке и выборе новых дифференцированных подходов для реабилитации больных с инфекциями, передаваемыми половым путем.

Телемедицина — как новый подход к организации дерматовенерологической помощи в современных условиях

Сивак В.П., Петибская Е.А.

г. Краснодар

Работы по дистанционной передаче медицинской информации проводятся давно, но до сих пор слабо внедрены в практику российского здравоохранения. Хотя Россия с ее огромной территорией, неравномерной плотностью населения и распределения квалифицированных медицинских кадров (в том числе и врачей — дерматовенерологов), крайне нуждается в такой технологии. Недостаток бюджетного финансирования, коммерциализация дерматологической помощи, отсутствие единой системы, стандарта медицинского обслуживания, требует включения в дерматовенерологическую структуру новых телемедицинских технологий.

Телеконсультирование дерматовенерологических больных может осуществляться путем создания региональных, ведомственных, межобластных, федеральных консультативных центров дерматовенерологического профиля. Главной целью телемедицинской дерматологической службы станет создание условий при которых помощь высококвалифицированных специалистов–дерматовенерологов будет доступной не только жителям крупных городов, но и обитателям отдаленных районов.

Кроме того, телемедицина может ликвидировать информационную изолированность врачей сельских, поселковых больниц, способствуя закреплению врачебных кадров в провинциальных городах и сельской местности.

Технические проблемы, стоящие на пути развития такого вида медицинской дерматовенерологической помощи решаемы с помощью цифровых технологий на основе любых компьютерных платформ: AppleMacintosh, Silicon Graphics, Sun SPARG, Intel PC.

В г. Краснодаре телемедицинские системы частично в Центре грудной хирургии используются при оказании медицинской помощи кардиохирургическим больным. Следует отметить, опираясь на опыт многих стран, что на этапе функционирования телемедицинской системы, снижается удельный вес бюджетного финансирования, и наблюдается переход к самофинансированию и самоокупаемости с последующим инвестированием средств в развитие консультативных телемедицинских услуг и привлечением в систему здравоохранения существенной экономической выгоды.

В целом, внедрение телемедицинских технологий будет способствовать развитию дерматовенерологической службы, преодолению дефицита медицинских кадров, приближению специализированной помощи населению, выходу на современный уровень развития и интеграции с зарубежными партнерами.

Технология оценки качества жизни больных с ИППП

Воронова О.А., Зильберберг Н.В., Герасимова Н.М.

УрНИИДВиИ, г. Екатеринбург

Углубленное изучение психологических и поведенческих факторов (повышенная стрессовая реактивность, враждебность, особенности сексуального поведения и т.п.), обнаруживающих связь с возникновением и прогрессированием заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, представляется, необходимым в связи с тенденциями увеличения заболеваемости и распространенности инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта.

Цель работы: изучить качество жизни больных, страдающих ИППП.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 136 пациенток (130 больных и 6 здоровых женщин) в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в клинику УрНИИДВиИ для обследования на ИППП, средний возраст которых составил $28,0 \pm 6,7$ года. Всем пациенткам проводили традиционные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, используемые в венерологии. Оценку нарушения *качества жизни* осуществляли с помощью усовершенствованного нами вопросника «Изменение качества жизни в связи с заболеванием», основанного на экспертной оценке компьютерной программы «Качества жизни», версия 1,5, под Windows XP, 2003 [В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян, 2003].

Для статистической обработки использовали программу Vortex 6,0.

Результаты и обсуждение. Общий суммарный показатель качества жизни (СПКЖ) пациенток ($\mu \pm \sigma$), обратившихся в клинику УрНИИДВиИ составил $(-7 \pm 4,3)$ балла, при $S_x = 0,07$, что характеризовало умеренное снижение уровня *качества жизни* ($P = 0,025$) в исследуемой выборке из совокупности с нормальным распределением.

Суммарный показатель качества жизни больных был снижен в умеренной степени при вагинальных инфекциях, и составил при бактериальном вагинозе, вульвовагинальном кандидозе, аэробном вагините (-7 ± 0) балла), соответственно; при микоплазмозе (-6 ± 0) балла); при уреоплазмозе (-5 ± 0) балла), при трихомониазе (-6 ± 0) балла), при $P \leq 0,05$. Снижение суммарного показателя качества жизни больных легкой степени (-3 ± 0) балла) отмечено при хламидиозе и гонорейной инфекции ($P > 0,05$). Выраженная степень (-10 ± 0) балла) снижения суммарного показателя качества жизни пациенток была обусловлена наличием остроконечных кондилом, локализованных в аногенитальной области ($P = 0,02$).

Выводы. У больных, страдающих ИППП, отмечено значимое снижение качества жизни. Внедрение в лечебно-диагностический процесс технологий определения показателей качества жизни больного, позволит нам наиболее полно оценить уровень психосоматических нарушений у больных, а также определить готовность пациента к лечению.

II. ДЕРМАТОЛОГИЯ

Алгоритм диагностики буллезных дерматозов

Чистякова И.А.
Москва

Группа буллезных дерматозов включает ряд заболеваний, имеющих различные этиопатогенетические механизмы возникновения, объединенными по клиническому признаку — наличие пузырей. Она многообразна, к ней относится пузырчатка, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, буллезная токсидермия, акантолитический транзиторный дерматоз Гровера, доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро–Хейли–Хейли и другие.

По клиническим проявлениям эти заболевания нередко трудно дифференцируемы друг от друга, т.к. имеются переходные и смешанные формы, нередко отсутствуют характерные признаки дерматоза и, наоборот, встречаются нетипичные проявления.

Понятно, что точная диагностика имеет первостепенное значение, т.к. от этого зависит правильность проведения лечебных и профилактических мероприятий, течение болезни и ее исход. Так, например, при истинной пузырчатке основным средством терапии являются глюкокортикостероидные препараты, назначение которых является жизненно необходимым. Перманентное применение стероидов вызывает целый ряд осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. При доброкачественной семейной пузырчатке назначение кортикальных стероидов является не столько необходимым, сколько вредным. Известно, что при герпетиформном дерматите помогают сульфоновые препараты, соблюдение безглютеновой диеты, а при буллезном пемфигоиде купировать проявления дерматоза удастся с помощью умеренных доз метотрексата. При двух последних дерматозах, которые являются факультативными паранеопластическими, требуется тщательный онкопоиск.

При обращении пациента с буллезными высыпаниями после оценки клинических проявлений рекомендуется следующий алгоритм (последовательность проведения) исследований:

- исследование мазка–отпечатка со дна пузыря на наличие акантолитических клеток и количества эозинофилов;
- клинический анализ крови (обратить внимание на содержание эозинофилов);
- взятие биоптата кожи с наиболее характерного очага для гистологической верификации дерматоза;
- проведение иммуноморфологического исследования кожи с применением меченых антител (прямая РИФ). Этот метод является наиболее специфичным и доказательным, может проводиться в любой период болезни и клинической ремиссии.

РИФ позволяет обнаружить наличие аутоантител и уровень фиксации различных иммуноглобулинов в коже. Наиболее интенсивная фиксация аутоантител в эпидермисе наблюдается при вульгарной (истинной, акантолитической) пузырчатке.

Методом прямой РИФ определяется фиксация Ig G в межклеточной склеивающей субстанции эпидермиса. Для буллезного пемфигоида характерно фиксирование Ig G в области базальной мембраны, а для герпетиформного дерматита– Ig A в дермоэпидермальной зоне. Известны особенности РИФ и для других дерматозов (Л.В Белецкая, Н.В. Махнева, 2000).

Для проведения РИФ биопсия проводится с участка здоровой кожи, кусочек ткани помещается в пробирку, на дне которой имеется марля, смоченная физиологическим раствором. Материал сразу направляется в лабораторию, исследование проводится на неокрашенных свежемороженых срезах. Анализ проводится оперативно (в течение суток), дает возможность начинать лечение, не дожидаясь данных гистологического исследования, которые являются подтверждающими.

Влияние инсулинемии на уровень лютеинизирующего гормона гипофиза у женщин, больных угревой болезнью

Филиппова Т.Б., Рудых Н.М.
Иркутск

Угревая болезнь нередко бывает обусловлена гиперандрогенной дисфункцией яичников. Доказано, что инсулин может играть важную роль в патогенезе формирования синдрома гиперандрогении за счет разных механизмов, в первую очередь путем повышения уровня лютеинизирующего гормона гипофиза (как стимулятор его синтеза и секреции).

Мы провели исследование уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза, а также инсулина в сыворотке крови натошак (ELISA). Исследования проводились у 102 женщин, больных угревой болезнью, и 20 здоровых в возрасте 13–35 лет.

Уровень секреции инсулина натошак у больных угревой болезнью был достоверно повышен по сравнению с таковым у здоровых лиц. Так содержание инсулина натошак у больных и здоровых составило, соответственно, 138,9 5,92 и 88,3 1,42 пмоль/л ($p < 0,01$).

При этом уровень секреции ЛГ был повышен только у 10 (9,8%) больных, у которых также отмечалось изменение соотношения уровня ЛГ и ФСГ (индекс соотношения ЛГ/ФСГ=2,6). Эта группа больных была представлена женщинами с истинным поликистозом яичников, подтвержденным УЗИ. Уровень секреции базального инсулина у этих больных составил $136,9 \pm 11,77$ пмоль/л, что достоверно выше такового у здоровых ($p < 0,01$).

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что инсулин может оказывать стимулирующую роль на уровень андрогенов у больных угревой болезнью с помощью разных патогенетических механизмов, в том числе через стимуляцию ЛГ у 9,8% больных.

Влияние химического пилинга на состояние микробиоценоза кожи при угревой болезни

Абрамова В.А.
Ташкент, Ташкентская Медицинская Академия

Угревая болезнь (УБ) [акне] — это полиморфное мультифакториальное заболевание, в развитии которого ключевыми патогенетическими факторами являются нарушение гормональной регуляции, изменение химического состава кожного сала; нарушение кератинизации и фолликулярный гиперкератоз; повышение активности сальных желез с избыточной продукцией кожного сала; наследственная генетическая предрасположенность; дисбаланс липидов, развитие синдрома эндогенной

интоксикации. Одним из важнейших этиологических звеньев в возникновении угревой болезни является влияние микрофлоры, в частности *P. acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pityrosporum ovale*, *orbiculare* и др.. В связи с чем в терапии угревой болезни активно используются antimicrobные препараты, в частности антибиотики. Однако топическое применение антибиотиков явилось основой для широкого распространения резистентных линий микроорганизмов. По нашим наблюдениям многие больные являются носителями нескольких различных резистентных изолятов.

Данная проблема ведет к постоянному поиску новых средств наружной противомикробной терапии. Одним из перспективных методов в терапии угревой болезни является химический пилинг, который позволяет добиться положительных результатов, благодаря своим свойствам: способность уменьшать фотоокислительные процессы в эпидермисе, контролировать процессы кератинизации, оказывать комедонолитическое, антиоксидантное действие, стимулировать синтез коллагена. Результаты наших микробиологических исследований показали эффективность кислот применяемых в процессе химического пилинга в отношении патогенной микрофлоры. До начала терапии мы проводили исследование на микробную флору и чувствительность к гликолевой кислоте. Полученные исследования показали значительную задержку зоны роста микробов вокруг дисков содержащих гликолевую кислоту. Больным применяли химический пилинг как в качестве монотерапии так и в комбинации с традиционными методами, и в том и другом случае разрешение патологических элементов наступало быстрее чем без его использования, существенно также регрессировали явления постакне: улучшался рельеф, цвет кожи.

Таким образом данный метод является патологически значимым в отношении инфекционного фактора при угревой болезни и дает возможность значительно улучшить клиническое течение данного заболевания.

Возможности современной наружной терапии atopического дерматита

Нечаева О.С.

Санкт-Петербург

Наружная терапия занимает существенное место в лечении atopического дерматита, что делает актуальным поиск современных и эффективных препаратов. Кожные покровы при atopическом дерматите характеризуются повышенной сухостью, гиперчувствительностью и нередким развитием вторичных инфекционных осложнений, что требует использования адаптированных средств. Одним из наиболее перспективных продуктов на современном рынке для ухода за сухой и atopичной 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. 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%). Под нашим наблюдением находились 38 пациентов с atopическим 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, клинической переносимости и эффективности дерматокосметологических лечебных средств. При анализе качества жизни отмечалась редукция основных показателей, таких, как жалобы на состояние кожи, расстройства сна, расчесы, возбужденное состояние днем, конфликтность и удовлетворенность на второй неделе применения средств лечебной косметики. Спустя 14 дней от начала использования препаратов для наружной терапии, более 80% пациентов отмечали значительное уменьшение сухости и шелушения кожи, при этом наблюдалась хорошая переносимость средств почти в 90% случаев.

Таким образом, средства для лечебного и гигиенического ухода (гель, крем и спрей «Cu-Zn» лаборатории «Uriage») адаптированы к atopичной коже и могут быть рекомендованы в качестве препаратов для современной наружной терапии при atopическом дерматите, что способствует улучшению качества жизни пациентов и увеличивает продолжительность межрецидивного периода.

Вульгарный ихтиоз и atopия

Александрова А.К., Смольяникова В.А.

г. Москва ГУ ЦНИКВИ Росздрава.

Хорошо известна предрасположенность больных вульгарным ихтиозом к аллергиям, что нашло подтверждение и на генетическом уровне. В настоящее время обнаружены мутации в гене филагрина, которые являются причиной вульгарного ихтиоза и мощным предрасполагающим фактором для развития atopического дерматита и, возможно, бронхиальной астмы. Частота сочетания вульгарного ихтиоза с atopическим дерматитом по данным различных авторов колеблется от 37–50%.

При обследовании 35 больных вульгарным ихтиозом (диагноз был подтвержден гистологически) клинические проявления atopического дерматита легкой и средней степени тяжести наблюдались у 12(34%) пациентов. Кроме того, сочетались с другими признаками atopии — у 3 с поллинозом, у 2 — с хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке (в анамнезе), у 1 — с бронхиальной астмой.

У группе пациентов без atopического дерматита в анамнезе, у 2 был диагностирован аллергияческий дерматит (на косметические средства и лекарственные препараты), у 3 — полисенсibilизация (к пищевым продуктам), у 1 — анафилактический шок (в анамнезе) и поллиноз. При проведенном генеалогическом анализе у всей группы больных хотя бы 1 из близких родственников (мать, отец, родные сестры и братья) имел аллергияческое заболевание (наиболее часто — atopический дерматит или бронхиальную астму) и/или клинические признаки вульгарного ихтиоза, что говорит в пользу поддержки генетической обусловленности этих заболеваний.

Таким образом, можно предположить, что сухость кожи, часто диагностируемая как один из признаков atopического дерматита, является проявлением вульгарного ихтиоза. Важно отметить, что сочетание данных дерматозов способствует ухудшению течения кожного процесса, и приводит к сложностям терапии, так как часто патогенетически оправданная терапия ихтиоза ретиноидами (общая и наружная) может приводить к усилению зуда и раздражению кожи.

Высокотехнологичная медицинская помощь при лечении больных псориазом

Соколова Е.Е., Мартынов А.А.

г. Москва

Несмотря на развитие медицинской науки и широкое внедрение новых технологий, потребность в высокотехнологичных видах медицинской помощи продолжает неуклонно расти, тогда как ее удовлетворение до настоящего момента не превышало 25%.

Одной из целей приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, реализуемого с 1 января 2006 г., является повышение удовлетворения населения в высокотехнологичной медицинской помощи при полной бесплатности ее для больного.

Псориаз представляет собой значительную социальную и экономическую проблему. Стоимость даже стандартных схем лечения псориаза существенна. Поэтому развитие высоких технологий в дерматовенерологии и их равная доступность для граждан нашей страны, позволит добиться существенного медико-экономического эффекта при лечении указанной группы больных.

Использование высокотехнологичных видов медицинской помощи при лечении больных псориазом позволяет достичь не только скорейшей ремиссии, но и приводит к улучшению показателей качества жизни, которые являются надёжными индикаторами при оценке результатов терапии, в том числе отдаленных.

Начиная со 2 квартала 2006 г. высокотехнологичная помощь больным дерматовенерологического профиля, в том числе детям, оказывалась на основе утвержденных стандартов в соответствии с государственным заданием в 7 федеральных специализированных медицинских учреждениях; с 4 квартала 2006 г. число таких учреждений увеличено до 11.

Потоки больных, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, формируются на уровне субъектов Российской Федерации и направляются в вышеуказанные учреждения в соответствии с очередностью в установленном порядке.

Оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи предполагает оказание комплекса лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью, медицинских технологий. В ближайшем будущем высокотехнологичную медицинскую помощь будут оказывать врачи-специалисты в медицинских учреждениях, имеющих лицензию на право осуществления медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, в приложении к которой указаны работы и услуги по высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, внедрение современных методов лечения псориаза, новых медицинских технологий, в том числе высокотехнологичных, и упорядочения их предоставления позволит в значительной степени снизить социально-экономическое бремя псориаза.

Гель «Куриозин» в комплексной криотерапии себорейных кератозов

Андрейчев В.В.

МДГКБ им. Н. И. Пирогова, г. Оренбург

Себорейные кератозы представляют собой актуальную проблему в геронтодерматологии, встречаясь преимущественно у людей старше 50 лет. У лиц более молодого возраста подобные новообразования бывают казуистически редко. Хотя себорейный кератоз не имеет злокачественного потенциала, есть редкие сообщения о меланоме, базальноклеточном и плоскоклеточном раке, которые развились на фоне себорейного кератоза. В случае значительных изменений в очаге необходимо проведение биопсии.

С целью исследования эффективности лечения себорейного кератоза проведена комплексная терапия 35 больными в возрасте от 45 до 75 лет, включавшая в себя криодеструкцию методом «камышка» и прием антиоксидантов с последующим местным применением геля «Куриозин». Все пациенты перед началом лечения были проконсультированы у онколога с целью исключения злокачественного перерождения новообразований.

Криодеструкция проводилась методом «камышка» с повторным циклом «замораживание–оттаивание» в течение одного сеанса, продолжительностью не более 10 секунд с периодичностью 1 раз в неделю. Курс терапии составлял 3 сеанса. На всем протяжении терапии в очагах воздействия использовали гель «Куриозин». Такое этапное воздействие позволило избежать «пузырной» стадии криодеструкции, минимально травмировать окружающую ткань. Субъективные ощущения пациентов проявлялись легким жжением в первые сутки после сеанса, применения анальгетиков не требовалось.

В результате проведенного лечения у пациентов наступало клиническое улучшение, проявлявшееся в виде некроза очага поражения, формированием серозно-геморрагической корочки и последующей эпителизации очага без формирования рубца. Срок полного удаления косметического дефекта составлял от 1,5 до 2 месяцев в зависимости от возрастных изменений кожи. Побочные эффекты и случаи непереносимости лечения в ходе исследования не отмечены.

Применение геля «Куриозин» позволило избежать присоединения вторичной инфекции и формирования рубца, а также ускорило процесс эпителизации кожного дефекта.

Таким образом, применение криодеструкции в комплексном лечении себорейного кератоза является одним из самых доступных, безопасных и эффективных методов в коррекции доброкачественных новообразований у пациентов пожилого возраста.

Гептрал в терапии псориаза

Карякина Л.А.

Санкт-Петербургская государственная академия имени И.И. Мечникова, Россия

В последнее время все большее количество исследователей говорит о псориазе не как об изолированном кожном заболевании, а как о системной «псориатической болезни», с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата, в виде артритов, а иногда и внутренних органов. Все это в целом приводит к инвалидизации больного и резкому снижению качества жизни.

Известно, что одним из основных патогенетических звеньев при псориазе, является доминирование цитокинового профиля Th 1-типа, где ключевую роль играет повышение фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α).

ФНО- α относится к провоспалительным цитокинам и является мощным модификатором воспалительной и иммунной реакций. Он способен тормозить клеточную пролиферацию, дифференцировку и функции клеток почти всех типов, служит медиатором цитотоксичности. Ослабление действия ФНО- α , усиление синтеза его физиологических антагонистов, позволяет нивелировать действие последнего в каскаде иммунопатологического процесса и уменьшить тем самым развитие клинических проявлений болезни.

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексной терапии больных псориазом с применением препарата «Гептрал» (адemetионина). Это вещество эндогенного происхождения с многофункциональным действием, оказывающее влияние на цитокиновый профиль, выполняющее роль «ловушки» для свободных радикалов, уменьшающее оксидативный стресс, а также стимулирующее синтез протеогликанов, необходимых для регенерации хрящевой ткани.

Под нашим наблюдением находились больные в возрасте от 21 года до 60 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 35 лет. У всех больных были распространенные высыпания, характеризующиеся наличием папулезных элементов размером от 2 до 5 мм в диаметре, а также бляшками ярко-розового или красноватого цвета с инфильтрацией и шелушением на коже груди, спины, пояснично-крестцовой области, конечностей, волосистой части головы. У 30% больных была артропатическая форма заболевания.

Препарат назначался парентерально 800 мг/сут в течение 2–3 недель, с переходом на пероральный прием от 2–4 недель до 3–х месяцев и более.

Клиническое выздоровление наступило у 27,5% больных, значительное улучшение у 50%, улучшение у 19,5%, отсутствие эффекта было у 3% больных. Исчезновение зуда, уменьшение воспалительных явлений в области суставов при дистальном и моноолигоартритической формах поражения наблюдалось на 2–3 неделе. Продолжительность ремиссии составила $8,86 \pm 0,85$ мес. (до лечения настоящим методом — от 2 до 4 мес.). Таким образом, при торпидном течении псориаза, включение в комплексную терапию препарата «Гептрал» является обоснованным.

Динамика морфологических и морфометрических показателей кожи у больных атопическим дерматитом на фоне узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии

Смоляникова В.А., Надгериева О.В., Царегородцева Е.Е., Горячева Т.А.

г.Москва

Анализ ближайших результатов лечения больных атопическим дерматитом с применением узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии свидетельствует об эффективности данного метода. Однако вероятные механизмы действия узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии на структурные изменения кожи не изучены. Аллергические реакции, происходящие в организме больного, связанные с алергенспецифическими IgE, разворачиваются на мембранах тканевых эозинофилов и, главным образом, на тучных клетках, которые являются активными эффекторами в аллергических процессах в коже больных.

Целью исследования было изучение динамики морфологических и морфометрических показателей кожи у больных атопическим дерматитом в процессе узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии.

Процедуры узкополосной фототерапии хорошо переносились пациентами, проводились 3–4 раза в неделю, количество сеансов на курс лечения составляло в среднем 21. Явления эритемы, сухости кожи, усиления зуда, отмеченные у небольшого числа пациентов на фоне лечения разрешались либо после уменьшения дозы облучения, либо после короткого перерыва в 1–3 дня.

Состояние эпидермиса и воспалительных изменений в дерме с подсчетом доли тучных клеток в инфильтратах у больных оценивалось с использованием гистологических и морфометрических методов. До лечения во всех наблюдениях гистологическая картина соответствовала изменениям, характерным для атопического дерматита. При окраске толуидиновым синим в инфильтратах отмечалась примесь тучных клеток в среднем 10% (от 8% до 12% у различных пациентов), часть из которых находилась в состоянии дегрануляции.

В гистологических препаратах у больных после лечения с применением узкополосной ультрафиолетовой терапии отмечалась тенденция к нормализации морфологической картины: уменьшение толщины эпидермиса; уменьшение гиперкератоза; появление гиперпигментации клеток базального слоя. При окраске толуидиновым синим выявлялись небольшие периваскулярные инфильтраты, преимущественно лимфоцитарные с примесью тучных клеток, количество которых уменьшилось в среднем до 6% (от 5% до 7%), $p < 0,001$.

Дальнейшее изучение эффективности метода узкополосной средневолновой фототерапии продолжается. Также продолжается работа по исследованию морфометрических показателей кожи, изучению влияния узкополосной фототерапии на динамику структурных и количественных изменений тучных клеток.

Диссеминированный актинический порокератоз

Тимошин Г.Г., Азам В.В.

ФГУ ЦНИКВИ Росздрава г. Москва

Клиническая картина чаще развивается после 30 лет, как аутосомно-доминантное заболевание и характеризуется нарушением ороговения эпидермиса, преимущественно в зоне выводных протоков потовых желез. С возрастом клинические проявления заболевания прогрессируют, особенно характерны обострения в летние месяцы.

В настоящее время диссеминированный поверхностный актинический порокератоз (Черноски-Фреманна) считают клиническим вариантом порокератоза Мибелли. Однако, в отличие от последнего, при актиническом порокератозе выявлена тесная взаимосвязь клинических проявлений с инсоляцией и доказана ведущая роль УФ-облучения в патогенезе этого заболевания. Кроме ультрафиолетового облучения, некоторые препараты, например тиазиды, также могут спровоцировать обострение заболевания.

Чаще высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова в области лица, предплечий, тыла кистей, голеней и нередко напоминают пигментно-атрофическую форму красного плоского лишая, атрофодермию, красную волчанку, что затрудняет постановку диагноза.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных диссеминированным поверхностным актиническим порокератозом в возрасте от 64 до 76 лет. Давность заболевания варьировала от 5 до 9 лет. У всех больных высыпания локализовались на лице, тыле кистей, предплечьях и передней поверхности голеней. Всюду имелись милиарные роговые папулы, местами сливающиеся в бляшки неправильно овальных очертаний с приподнятым краем (паракератотическим венчиком) и явлениями атрофии в центре, розовато-желтоватого и буровато-коричневого цвета. Отдельные элементы имели центральное вдавление. Диагноз был подтвержден гистологически. В лечении назначались аевит, витамин Е, тигазон, фотозащитные средства, крем «Топик 10», «Кератозан 15», салициловая мазь, видестим, криотерапия. У всех больных был получен положительный клинический эффект.

Значение морфологических параметров сыворотки крови в оценке эффективности противолепрозных лекарственных средств

Аюпова А.К., Урляпова Н.Г., Даудова А.Д., Ющенко А.А.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрави», г. Астрахань

В рамках исследования по изысканию новых потенциальных противолепрозных веществ нами проведено изучение морфоструктурных свойств сыворотки крови интактных и зараженных *M. leprae* мышей, а также влияния на них дапсона и ряда дитиокарбониновых производных 5–нитропиримидинов, 3,5–динитропиримидинов и динитросалициловой кислоты.

Опыты были поставлены на 320 самцах мышей линии СВА, синхронизированных по возрасту, весу, условиям содержания. Ранее при изучении дитиокарбониновых производных, синтезированных в Научно–исследовательском центре антибиотиков (Москва), обнаружили их антимикобактериальную активность. Все исследуемые вещества вводили животным через зонд *per os* 5 раз в неделю в течение 6 месяцев с момента заражения. Противолепрозное действие исследуемых препаратов изучали на экспериментальной модели, предложенной С.С. Shepard. Морфологический анализ сыворотки крови проводили с использованием метода клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 2001).

В морфологической картине сыворотки крови зараженных *M. leprae* мышей, не получавших лекарственных средств, наблюдались выраженные нарушения основных ее элементов, а также регистрировались структуры, свидетельствующие о патологических изменениях в макроорганизме. Введение животным основного противолепрозного средства — дапсона, а также дитиокарбониновых производных, у которых обнаружили высокую активность в отношении *M. leprae*, способствовало нормализации структурных показателей сыворотки крови инфицированных мышей. При использовании средств с меньшей способностью подавлять размножение возбудителя в месте инокуляции сохранялись некоторые отклонения в структурной организации биожилища, в отдельных случаях выявлялись маркеры экзогенной интоксикации. У животных, получавших вещества, не показавшие противолепрозную активность, морфологическая картина была аналогична таковой нелеченых зараженных мышей. На основе установленных закономерностей разработан способ оценки эффективности противолепрозных лекарственных средств (Патент РФ № 2242761).

Изучение процесса регуляции апоптоза при гнездовой алопеции

Гаджигорова А.Г., Смольяникова В.А.

ГУ ЦНИКВИ Росздрави.

Гнездовая алопеция (ГА) — аутоиммунное заболевание волосяных фолликулов (ВФ), которое характеризуется образованием воспалительного клеточного инфильтрата вокруг ВФ, состоящего из CD8+ и CD4+ лимфоцитов, макрофагов и тучных клеток.

Изменение межклеточных регуляторных взаимодействий в органах и тканях происходит с изменением физиологических процессов, поддерживающих клеточный гомеостаз, в том числе и с изменением апоптоза.

Цель исследования. Определить уровень апоптоза и пролиферативную активность клеток в различных компартментах ВФ у пациентов с ГА.

Материал исследования. Исследовано 10 биоптатов кожи скальпа, из них 8 — материал от доноров с ГА, взятые из зоны расшатанных волос, 2 — от здоровых контролей.

Методы исследования. На основании метода иммуногистохимического анализа с моноклональными антителами к DDF, bcl-2, p53, Fas, fas-I и Ki67 были исследованы клетки в стадии законченного апоптоза и уровни экспрессии молекул — ключевых регуляторов апоптоза, изучен уровень пролиферативной активности клеток ВФ.

Результаты исследования. Метод иммуногистохимического анализа с использованием антител против однострессовой ДНК выявил клетки в стадии законченного апоптоза в кератиноцитах ВФ, в лимфоцитах и эндотелиальных клетках биоптатов с ГА. В контролях клетки в состоянии апоптоза не определялись.

Белок p53, вовлеченный в катагенную регрессию нормального волосяного фолликула, был обнаружен в клетках матрикса и внутреннего корневого влагалища (ВКВ) ВФ в хронической стадии ГА. В контроле p53–положительные клетки не выявлялись.

По данным литературы, внутриклеточный ингибитор апоптоза bcl-2 определяется в здоровых ВФ с раннего анагена до фазы катагена, и не определяется в телогенной фазе. У пациентов с ГА были обнаружены bcl-2–позитивные клетки в матриксе луковиц ВФ. В контроле bcl-2–позитивные клетки отсутствовали.

Апоптоз может быть запущен при наличии активатора Fas — белка клеточной поверхности и внутриклеточного переносчика этой молекулы fas-I. По данным литературы, в норме Fas может иметь минимальную экспрессию на кератиноцитах. В нашем исследовании молекула инициации Fas отсутствовала как в биоптатах с ГА, так и в контролях.

В исследованных образцах кожи больных с ГА fas-I в большом количестве выявлялся в базальном слое кератиноцитов наружного эпидермального влагалища корня (НЭВК) и в цитоплазме лимфоцитов. В отличие от этого, в контролях fas-I присутствовал в области НЭВК в малом количестве и полностью отсутствовал в лимфоцитах.

При исследовании пролиферативной активности клеток ВФ были выявлены единичные Ki67–позитивные клетки внутреннего корневого влагалища. Это свидетельствует о низкой пролиферативной активности кератиноцитов, и соответствует утверждению о негативном влиянии T–клеток на процессы пролиферации ВФ при ГА. По данным литературы, линии T–клеток, полученные из участков поражений гнездовой алопеции, уменьшают пролиферацию кератиноцитов.

Выводы. При ГА выявляется нарушение нормальной регуляции апоптоза. Изменения взаимодействия между промоторами и ингибиторами апоптоза ведут к развитию патологического телогена и снижению пролиферативной активности клеток ВФ.

Изучение эффективности роаккутана в лечении больных акне

Новикова Л.А., Бахметьева Т.М.

г. Воронеж

Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) — частое заболевание кожи подросткового и молодого возраста, характеризующееся поражением сально — волосяных фолликулов. Лечение акне является актуальной проблемой дермато–венерологии.

Цель: изучение клинической эффективности препарата «Роаккутан» в лечении больных акне. Роаккутан (изотретиноин) (Ф. Хоффманн — Ля Рош Лтд., Швейцария) является стереоизомером транс–ретиноевой кислоты (третиноина). относится к природным ретиноидам и в настоящее время является эффективным системным препаратом для лечения акне. Роаккутан влияет

на все четыре патогенетических фактора акне: избыточную секрецию кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, колонизацию *P. asnes*, воспаление. Роаккутан является мощным ингибитором секреции кожного сала, подавляет продукцию кожного сала, (уменьшает размер сальной железы, тормозит пролиферацию базальных себоцитов). Препарат оказывает влияние на эпителий волосяного фолликула, нормализует процесс кератинизации и усиливает десквамацию кератиноцитов. Роаккутан прямо не влияет на *P. asnes*, но его тормозящее действие на продукцию кожного сала и влияние на фолликулярный эпителий ведет к изменению микросреды фолликула и уменьшает концентрацию *P. asnes*, ослабляя их роль в генезе воспаления.

Методы: роаккутан применен у 24 больных угревой болезнью (9 женщин и 15 мужчин) в возрасте 18–25 лет. Показанием к назначению роаккутана служили тяжесть, распространенность и длительность заболевания. Давность заболевания составляла от 2 до 7 лет. У 18 больных (75%) процесс имел локализацию на коже лица, у 6 (25%) — на коже лица и туловища. При этом высыпания носили полиморфный характер и были представлены комедонами, папулами, пустулами, индуративными узловато-кистозными элементами, псевдоатрофическими и гипертрофическими рубцами. III степень тяжести акне была у 15 пациентов (62,5%), IV степень — у 9 (37,5%). Все больные наблюдались в поликлиническом дерматологическом отделении МУЗ ГКБ №7. В прошлом пациенты получали антибиотики, иммунотерапию, наружное лечение, косметические и физиотерапевтические процедуры. Эффекта от терапии не было. Роаккутан (капсулы по 10 мг, 20 мг) назначали 1 или 2 раза в день во время еды в виде монотерапии. Лечение роаккутаном у женщин начинали на 2–3 день следующего менструального цикла, при отрицательном тесте на беременность. Пациентки письменно предупреждались об опасности наступления беременности в ходе лечения и в течение одного месяца после него, рекомендовалось использование надежной контрацепции. У 8 (33,3%) пациентов суточная доза составляла 0,5 мг/кг веса, у 16 (66,7%) — 1 мг/кг веса. Продолжительность терапии была от 16 до 20 недель. Общее количество препарата, принятое за весь курс лечения (суммарная курсовая доза) составила 120 мг у 20 (83,8%) пациентов, 80–110 мг — у 4 (16,7%). При использовании роаккутана до начала лечения, в процессе и после его окончания проводился лабораторный контроль функции печени, определялся уровень липидов. Клиническая эффективность препарата проявлялась на раннем этапе лечения в снижении себореи на 1–2 неделе лечения, уменьшении воспалительных папулезных и пустулезных элементов в области лица на 4 неделе лечения, уменьшении числа комедонов на 4–8 неделе лечения, уменьшением числа кист. Положительный эффект проводимой терапии отмечен у всех пациентов. Стойкая ремиссия наступила у 22 (91,7%) больных. В ходе терапии у 23 пациентов (95,8%) отмечались на первой неделе лечения побочные явления в виде хейлита, у 16 (66,7%) в виде ретиноидного дерматита. У 12 больных (50%) на второй неделе лечения наблюдалось раннее обострение акне. Для снижения побочных действий роаккутана использовались мазь Пантодерм, гигиеническая помада, некомедогенные увлажняющие крема на свободные от акне участки кожи. Других побочных осложнений терапии, а также отклонений от нормы лабораторных показателей не было.

Выводы: результаты изучения клинической эффективности роаккутана у больных среднетяжелой и тяжелой форм акне позволяют оценить его с положительной стороны. У 91,7% больных с акне удалось достичь хорошего терапевтического эффекта и стойкой ремиссии при использовании суммарной курсовой дозы не менее 120 мг/кг. В ходе терапии роаккутаном быстрее исчезают себорея, воспалительные элементы, затем комедоны, кисты, узлы. Ни у одного из наблюдаемых пациентов не зарегистрированы серьезные неблагоприятные явления.

Иммуногистохимическая характеристика апоптоза и пролиферативной активности клеток различных клинко-морфологических типов базально-клеточного рака кожи

Смоляникова В.А., Степанова Е.В., Балабаев Д.А.

ФГУ «ЦНИКВИ Росздрава», РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости базально-клеточным раком кожи. Высокая частота встречаемости базально-клеточного рака кожи, клиническое и морфологическое разнообразие, склонность к возникновению рецидивов, трудности в диагностике и лечении, приводит к необходимости более полного и глубокого изучения механизмов его развития. Несмотря на большое количество работ, посвящённых этой проблеме, остаются неясными многие аспекты взаимодействия индукторов и ингибиторов апоптоза, их взаимоотношение с пролиферативной активностью клеток опухоли при различных морфологических формах базально-клеточного рака кожи.

Цель. Изучить процессы апоптоза и пролиферативной активности клеток в различных клинко-морфологических типах базально-клеточного рака кожи.

Материалы и методы. Клинические, морфологические, иммуногистохимические исследования 15 больных базально-клеточным раком кожи. Для изучения процессов апоптоза использовались моноклональные антитела к Bcl-2, Bax, p-53, FasL. Пролиферативную активность клеток изучали по степени экспрессии моноклональных антител к Ki-67.

Результаты. Во всех случаях базально-клеточного рака кожи отмечалась положительная экспрессия моноклональных антител к FasL. Степень выраженности реакции не зависела от уровня пролиферативной активности клеток и клинической формы опухоли. Положительная экспрессия моноклональных антител к p-53 наблюдалась в 55% случаев. Отношение Bcl-2/Bax, по которому можно судить об индукции апоптоза, в 60% случаев было больше 1, что свидетельствует о его снижении, в 20% случаев — равно 1, и в 20% случаев — меньше 1. Уровень положительной экспрессии Ki-67 в опухолях варьировал в широких пределах от 0% до 80%. Наиболее низкий уровень пролиферативной активности клеток — от 0% до 10%, отмечался у склеродермоподобной формы базалиомы, при этом он сочетался с высоким уровнем экспрессии индукторов и ингибиторов апоптоза. Солидные формы базально-клеточного рака кожи отличались наиболее высоким уровнем пролиферации от 40% до 80%. Средний уровень пролиферации — от 20% до 40% отмечался в базально-клеточном раке кожи с пилонидной дифференцировкой. При последних двух формах выявить чётких корреляций между уровнем пролиферативной активности и степенью экспрессии маркеров индукции и ингибирования апоптоза не удалось.

Выводы. Во всех случаях базально-клеточного рака кожи наблюдаются глубокие нарушения регуляции процессов пролиферации и апоптоза, выражающиеся в одновременно высокой экспрессии маркеров, ответственных как за индукцию, так и за ингибирование апоптоза. Для выявления более чётких корреляций между клинко-морфологическими формами и механизмами развития опухоли необходимо дальнейшее исследование на большем количестве материала.

Индекс PASI при оценке тяжести пустулезного псориаза и эффективности терапии Деринатом

Серебрякова И.С., Грибанова Т.В., Пирятинская В.А., Данилов С.И.

г. Санкт-Петербург

Проблема псориаза приобретает все большую актуальность в связи с неуклонным ростом заболеваемости, инвалидизацией, увеличением частоты тяжелых форм в виде псориагической эритродермии, артропатического псориаза, пустулезного псориаза. Лечение и профилактика псориаза является большой проблемой, что связано с нерешенностью вопросов, касающихся этиологии и патогенеза этого заболевания. В настоящее время общепризнано, что в патогенезе псориаза участвуют иммунопатологические процессы. Для оценки тяжести псориаза и эффективности проводимой терапии используется индекс PASI. Минимальный индекс PASI, необходимый для клинических испытаний, должен быть равен 18. В нашей клинике прошли обследование 12 больных с генерализованным пустулезным псориазом. Кроме общеклинического обследования всем больным было проведено исследование иммунного статуса, а для оценки тяжести псориаза был вычислен индекс PASI. Установлено, что у всех 12 больных псориазом в прогрессирующей стадии выявлено повышение фагоцитарной активности лейкоцитов, концентрации циркулирующих иммунных комплексов, снижение функциональной активности нейтрофилов, увеличение содержания провоспалительных цитокинов. Индекс PASI у данной группы больных находился в интервале от 22 до 25. Все больные на фоне дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии и витаминотерапии получали 1,5% раствор Дерината по 5 мл внутримышечно, через день, курс 10 инъекций. Иммуномодулятор Деринат — это высокомолекулярное физиологически активное природное вещество — вытяжка из молок осетровых или лососевых рыб, а именно, нативная соль двухспиральной высокоочищенной деполимеризованной нативной дезоксирибонуклеиновой кислоты. Контрольная группа больных из 10 человек Деринат не получала. При применении Дерината в сочетании с десенсибилизирующей, дезинтоксикационной терапии и витаминотерапии выявлена более выраженная коррекция иммунных нарушений и содержания провоспалительных цитокинов, а также более быстрое клиническое разрешение кожного процесса и удлинение сроков ремиссии. На фоне терапии Деринатом индекс PASI уменьшился на 75 % (или индекс PASI менее 8), что соответствует «значительному улучшению». Таким образом, проведенные исследования позволяют выявить высокую эффективность комплексного метода лечения больных пустулезным псориазом, включающего иммунокорректор Деринат, что подтверждено клиническими, иммунологическими показателями и достоверным снижением индекса PASI.

Иммуноцитохимические фенотипы клеток при эпителиальных опухолях кожи

Смирнова И.О., Антонова И.В.

Санкт-Петербург

Известно, что решающую роль в канцерогенезе, детерминации длительности каждой из его стадий и скорости прогрессии трансформированных клеток играют, прежде всего, изменения в микроокружении поврежденной клетки. Между опухолевыми клетками и клетками микроокружения устанавливаются тесные двунаправленные коммуникации, и формируется своеобразная «динамичная микроэкосистема», изменения состава участников которой определяют особенности опухолевой прогрессии и инвазии.

Целью исследования было изучение иммуноцитохимических фенотипов клеток опухолей и их микроокружения, выявление закономерностей их изменений при предопухолевых состояниях (солнечном кератозе, СК) и по мере прогрессии злокачественных эпителиальных новообразований кожи — базальноклеточного (БКРК) и плоскоклеточного рака (ПКРК).

Проанализировано 5 наблюдений СК, 70 — БКРК и 10 — ПКРК. Срезы опухолей окрашивали гематоксилином-эозином, 1% раствором толуидинового синего, обрабатывали моноклональными антителами к хромогранину А (CgA), антигенам CD1a, HLA-Dr и Ki67. Контрольным материалом являлась кожа заушной и височной области головы, полученная при пластических операциях от 53 пациентов. Проводили морфометрический анализ.

В большинстве исследованных случаев развитие опухолей ассоциировалось с гиперплазией тучных клеток, экспрессирующих CgA. Их количество достоверно превышало содержание мастоцитов в коже височной ($950,64 \pm 16,47$, $p < 0,01$) и заушной ($359,15 \pm 12,99$, $p < 0,0001$) области здоровых пациентов. Повышение оптической плотности экспрессии белка свидетельствовало об активации секреторной деятельности клеток. В контрольных образцах выявлена зависимость содержания тучных клеток от степени подверженности кожи инсоляции. При опухолях кожи установлена отрицательная связь между количеством CgA-иммунопозитивных мастоцитов и числом клеток Лангерганса, а также площадью экспрессии ими антигенов CD1a и HLA-Dr. Анализ полученных результатов позволяет предположить, что гиперплазия тучных клеток и повышение их нейроэндокринной активности может являться фактором, повышающим риск развития и прогрессии эпителиальных опухолей кожи.

Проведение исследования поддержано Советом по грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых (конкурс МД-2006).

Использование коллагена для профилактики возрастных изменений кожи

Петунова Я.Г.

Санкт-Петербург.

Гальванизация и лекарственный электрофорез занимают важное место в косметологии и применяются с 1902 года. Достоинством использования этих процедур является сочетанное воздействие постоянного электрического тока и вводимого с его помощью лекарственного вещества при почти полном отсутствии побочных эффектов.

Как известно, возрастные изменения кожи, проявляющиеся в снижении тургора кожи и появлении морщин, являются, в частности, следствием уменьшения содержания коллагена и мукополисахаридов, которые обеспечивают связывание коллагеновых пучков и способствуют формированию зрелых молекул коллагена. Косметическая линия KRKA (Словения) предлагает коллаген в ампулах серии «Витаскин регенератив» (Vitaskin Regenerativ), как профилактическое и лечебное средство, применяемое против потери коллагена в соединительных тканях, для замедления возрастных изменений кожи. Ампулы «Коллаген» содержат высокую концентрацию (10%) активного растворимого коллагена, полученного при переработке рыб. При использовании рекомендуется массаж, который усиливает работу капилляров, но лучше использовать ампулы при помощи лекарственного электрофореза.

На нашей кафедре проводилось наблюдение за 28 пациентками разных возрастных групп от 30 до 55 лет (10 женщин в возрасте 30–35 лет, 9 женщин в возрасте от 35 до 45 лет, 9 — в возрасте 45–55 лет). Исследование позволило установить, что в первой возрастной группе улучшение состояния кожи (увлажненность, упругость, натянутасть) пациенты отмечали уже после 3–4 процедуры, а после получения ими полного курса, состоящего из 10 процедур, отмечался стойкий эффект улучшения состояния кожи, сохраняющийся на протяжении 2–4 месяцев. Во второй возрастной группе удовлетворительные результаты были получены при проведении курса 10–15 процедур, но эффект сохранялся не более месяца и требовалось повторение курсов. В третьей возрастной группе удовлетворительных результатов коррекции проявлений старения кожи удалось достичь только у 6 пациентов после проведения курса в 15 процедур с интервалом в неделю, требовалось повторение курсов и поддерживающая терапия. Перспективным представляется проведение процедур электрофореза с ампулами «Коллаген» в постпилингвом уходе и после лазерной шлифовки в восстановительном периоде.

Использование углекислотного лазера в лечении пациентов с новообразованиями кожи

Семисаженов В.А.

ГУ ЦНИКВИ Росздрава, Москва.

На амбулаторном приеме в ГУ ЦНИКВИ для лечения пациентов с различными новообразованиями кожи используется современная хирургическая лазерная установка LUMENIS–40С. Это контролируемый микропроцессором углекислотный лазер с длиной волны 10,6 мкм.

В течение 2005–2006 гг. методами лазерной фотодеструкции и лазерного иссечения было пролечено более 1000 пациентов с новообразованиями кожи. Из них более 700 с проявлениями папилломавирусной инфекции, 30 пациентов с базалиомой. Выбор метода лечения определялся необходимостью проведения гистологического исследования. Показанием к лазерной фотодеструкции являются доброкачественные опухоли диаметром до 1 см, с локализацией на лице и шее, а также опухоли диаметром до 2,5 см на других участках тела. Лазерное удаление показано при локализации доброкачественных опухолей в труднодоступных участках тела (ушная раковина, медиальная часть орбитальной зоны и т.д.), а также в тех случаях, когда операции методом иссечения скальпелем могут привести к деформации органа. Испарение новообразований размером более 5мм проводилось с применением сканирующего устройства, позволяющего равномерно распределить энергию лазерного луча по всей площади зоны деструкции. Использовался непрерывный, сканирующий режим излучения, мощность 0,5–7 Вт. Диаметр пятна сканирования 1–5мм Выбор мощности излучения зависел от объема опухоли, ее локализации, толщины кожного покрова. К осложнениям метода относят: гипопигментацию, гиперпигментацию, рубцовые деформации кожи. Для снижения осложнений оценивались и учитывались особенности заживления ран пациента, тип пигментации кожи. В нашей практике осложнений отмечено не было. У всех пациентов достигнут хороший косметический эффект. Лазерное иссечение проводилось при необходимости получения материала для гистологического исследования. Удаляемый участок с патологическим очагом, иссекается с помощью сфокусированного лазерного луча. При этом мелкие кровеносные сосуды завариваются. Использовался импульсно периодический или непрерывный режим, мощность излучения 1–4 Вт. Раны более 0,5 см ушивались синтетической монофильной нитью на атравматичной игле (4/0–6/0). Снятие швов проводилось на 7–8 сутки, на лице на 5 сутки.

Лечение в условиях амбулаторного приема с помощью хирургической лазерной установки LUMENIS–40С позволяет выполнять удаление новообразований кожи любой локализации. Время, затрачиваемое на подготовку установки, не превышает 3–4 минут. Среднее время проведения манипуляции составляет 15 минут.

«КАРТАЛИН» в комплексном лечении псориаза

Бакулев А.Л., Грашкина И.Г., Хрисанова Ю.А., Артеменко С.А.

г. Саратов.

Одним из широко распространенных хронических и трудно поддающихся лечению дерматозов продолжает оставаться псориаз, ведущим патогенетическим механизмом которого является воспаление. Терапия псориаза должна быть направлена на подавление пролиферации эпителиоцитов, нормализацию их дифференцировки и устранение воспаления. Наиболее часто в дерматологической практике для местного лечения используются препараты кортикостероидной группы, преимуществом которых является хорошая комплаентность, высокая эффективность, позволяющая устранить явления воспаления, но применение их сопряжено с побочными действиями местного и системного характера. В связи с этим особое внимание привлекают препараты, в состав которых входят синтетические вещества не кортикостероидного происхождения и природные лекарственные компоненты.

Целью исследования явилось изучение эффективности, безопасности и переносимости мази «Карталин» у больных псориазом. В клинике кожных болезней СГМУ под наблюдением находилось 36 больных (женщин — 22, мужчин — 14) в возрасте от 21 до 64 лет, с длительностью заболевания от 2 до 15 лет. У всех пациентов псориазический процесс носил распространенный характер, экссудативный псориаз диагностирован у 12, вульгарный — у 24. Больные на фоне традиционной общей терапии (дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие, энтеросорбенты, гепатопротекторы и витамины) получали наружно мазь «Карталин» тонким слоем на папулы и бляшки 2 раза в сутки 2 — 3 недели. Контролем служили пациенты, получавшие традиционное лечение. Оценка эффективности терапии проводилась по скорости регрессирования псориазических элементов и сокращению времени пребывания больных в стационаре, индексу PASI. В процессе лечения шелушение уменьшалось на 3 — 4 день, элементы бледнели на 5 — 6 день, уплощались — на 7 — 8 день, регресс в виде равномерного или периферического убывания инфильтрации бляшек отмечался на 10 — 12 день при вульгарном и на 16 — 18 день — при экссудативном псориазе. Средняя продолжительность лечения в стационаре снизилась на 20% и составила при вульгарном — 17,2 дня, при экссудативном — 20 дней (в контрольной группе 21,5 и 25 дней соответственно). Переносимость лечения была хорошая, побочных эффектов не зафиксировано.

Таким образом, мазь «Карталин» является эффективным препаратом для наружного лечения больных псориазом, обладает кератопластическим и противовоспалительным действием, способствует сокращению сроков стационарного лечения на 20%, оказывая выраженный экономический эффект, и может длительно применяться, не вызывая привыкания и осложнений, присущих стероидным средствам.

Качество жизни больных псориазом

Соколова Е.Е., Мартынов А.А.

г. Москва

Псориаз остается глобальной проблемой медицины. Применение современных медицинских технологий (медикаментозных и немедикаментозных) не всегда приносит желаемые результаты, а хроническое течение псориаза может приводить к существенным ограничениям в физических, эмоциональных и социальных аспектах жизни больных, влияя на активность и профессиональную карьеру.

Изучение показателей качества жизни, позволяющее проводить объективную оценку субъективного восприятия своего состояния больным, в последнее время все увереннее входит в повседневную деятельность врачей–дерматовенерологов.

Возрастающий интерес к изучению показателей качества жизни больных обусловлен тем, что человек из объекта медицинского вмешательства превращается в субъект процесса лечения, клиента, заказчика и потребителя медицинских услуг.

Эксперты ВОЗ рекомендуют определять качество жизни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии. Оценка показателей качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надёжным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением врача, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Показатели качества жизни у больных псориазом значительно снижаемы. Поражения кожи вызывают у больных псориазом чувство неуверенности в себе, смущения и раздражения, причиняют страдания, заставляют беспокоиться о мнении других людей. Очень часто у окружающих возникает чувство брезгливости по отношению к больным псориазом, их сторонятся, людей пугает возможность «заразиться». Всё это негативно отражается на психическом состоянии больных псориазом, усугубляет течение заболевания.

Определение показателей качества жизни у больных псориазом приобретает особое значение, поскольку игнорирование степени удовлетворенности больного результатами проводимого лечения может способствовать длительному течению обострений, уменьшению длительности межрецидивного периода. Учитывая, что к настоящему моменту отсутствуют русскоязычные варианты вопросников для изучения показателей качества жизни больных псориазом, данное научное направление является актуальным и перспективным.

К вопросу об иммунном воспалении у больных себорейным дерматитом

Катунина О.Р., Вавилов А.М., Баконина Н.В., Резайкина А.В.

ГУ ЦНИКВИ Росздрова, КВКД №8 ДЗ Москвы.

Себорейный дерматит — распространенный хронический воспалительный дерматоз, представляющий сложную медико–социальную проблему в связи с неясностью его патогенетических механизмов и нерешённостью вопросов эффективного лечения. Исследованию клинического и иммуноморфологического аспектов себорейного дерматита как за рубежом, так и в России уделяется недостаточно внимания. Оценка иммуноморфологических изменений при этом заболевании может служить основанием для суждения об иммунных механизмах воспаления.

Целью исследования явилось изучение особенностей тканевого распределения и количественной характеристики CD4, CD8, CD68 позитивных клеток в коже больных себорейным дерматитом. Под наблюдением находилось 12 больных с названным диагнозом в возрасте от 12 до 63 лет. На момент обращения обострение у больных продолжалось от 1 месяца до полугода.

Материалом для исследования служили биоптаты больных себорейным дерматитом, взятые из очагов поражённой кожи. Иммуноморфологическое окрашивание, проводили по стандартной методике с использованием моноклональных антител к CD4, CD8, CD68, полученные препараты изучали в световом микроскопе. Было установлено отсутствие CD4 позитивных клеток в эпидермисе, в то время, как в периваскулярных инфильтратах они были у всех больных и их количество составляло от единичных клеток до 50% клеточной популяции. CD8 позитивные лимфоциты обнаруживались в эпидермисе по ходу базального слоя и в области спонгиозных очагов. В периваскулярных инфильтратах CD8 позитивные лимфоциты обнаруживались у всех больных, количество их составляло от 20 до 60%. CD68+гистиоциты обнаруживали в шиповатом слое эпидермиса в виде небольших очаговых скоплений у половины больных, в периваскулярных инфильтратах их количество было умеренным и составляло от 5 до 25%.

Таким образом, в биоптатах кожи больных себорейным дерматитом обнаружены иммунокомпетентные клетки — CD4+, CD8+ – лимфоциты, гистиоциты, локализующиеся в эпидермисе и в периваскулярных инфильтратах, что свидетельствует о развитии воспаления в поражённой коже с участием иммунной системы по механизму гиперчувствительности замедленного IV типа. Доминирование в периваскулярных инфильтратах CD8 позитивных клеток в какой–то степени приближает себорейный дерматит к псориазу по характеристике тканевого распределения клеток.

Клинический анализ эффективности наружной терапии атопического дерматита у детей спреем «Псориллом»

Холодова И.Н., Костенко А.Ю., Кантимирова Е.А., Генералова Г.А.

г.Москва

Современными особенностями атопического дерматита (АД) являются упорное рецидивирующее течение, развитие инфекционных осложнений и торпидность к проводимой терапии. Поэтому поиск эффективных и безопасных путей оптимизации лечения этого дерматоза остается актуальной задачей. Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности местного применения спрея «Псориллом». Под нашим наблюдением находилось 57 детей в возрасте от 1,5 до 18 лет с АД легкой и средней степени тяжести: 32 ребенка в возрасте от 1,5 до 3–х лет; 17 детей в возрасте от 3 до 7 лет; старше 7 лет 8 детей. Все дети были разделены на 2 группы. Дети 1 группы (n=42), получали общее лечение и местную терапию в виде спрея «Псориллом». Пациентам 2 группы (n=15)назначалось общее лечение в сочетании с цинковой пастой или мазью. Базовая терапия включала индивидуально подобранные гомеопатические средства и/или комплексные антигистаминические препараты. 11%

детей, имеющие на фоне проявлений атопического дерматита дисбактериоз кишечника 2–3 степени, получали энтеросорбенты и пробиотик. Длительность терапии определялась индивидуально в зависимости от возраста больных, тяжести и распространенности процесса. Кратность использования спрея «Псорилон» также подбиралась индивидуально: у детей до 6-ти лет применяли однократное нанесение спрея; у школьников 2–3 раза в день. Распыление производили одновременно на все очаги — при легкой степени АД, и в несколько этапов при средне-тяжелых формах. Для снижения выраженности ночного зуда спрей применяли после 17 часов. По клинико-морфологической форме дерматита дети распределились следующим образом: эссудативная форма регистрировалась у 7 детей (12,2%); эритематозно-сквамозная у 21 ребенка (36,9%); лихеноидная у 29 детей (50,9%). Для оценки степени тяжести атопического дерматита использовали полуколичественную шкалу SCORAD. После уже однократного нанесения спрея больные отмечали чувство прохлады, резкое уменьшение зуда, ощущение комфортности кожи. Была отмечена хорошая переносимость почти в 80% случаев. У 22,8% больных в первые минуты отмечалось быстро проходящее локальное покраснение, легкое пощипывание в местах поверхностных трещин. После 2–3 дней применения родители 82,4% детей указали на уменьшение сухости и шелушения кожи, ее смягчение и повышение эластичности. Таким образом, было показано, что целесообразно использовать спрей «Псорилон» в целях уменьшения зуда и сухости кожи у детей больных атопическим дерматитом.

Клинико-морфологическая характеристика поражения кожи у больных гемохроматозом

Смирнова О.Н., Смирнова И.О., Карякина Л.А., Сабурова Г.С., Морозова Н.В.

Государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

С целью совершенствования диагностики первичного (идиопатического, наследственного, HLA-сцепленного) гемохроматоза (ГХ) изучены спектр и частота кожных проявлений заболевания в 34 наблюдениях. Диагноз ГХ подтвержден наличием иммуногенетических (носительство HLA-гаплотипов А3 В7 и А3 В14), биохимических (повышение концентрации ферритина сыворотки свыше 200 мкг/л, степени насыщения трансферрина железом более, чем на 60 %) и морфологических (перегрузка печени и других органов железом по результатам гистологического исследования биоптатов и аутопсий с окрашиванием срезов по методу Перльса) маркеров. В ряде случаев проведено тестирование больных на носительство мутаций в HFE-гене в полимеразной цепной реакции, по результатам которого установлена гомозиготность пациентов по С282Y-мутации, свойственная ГХ, типа 1 по классификации OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man).

На ранней (латентной) стадии у больных ГХ отмечались меланодермия открытых участков тела (45 % наблюдений), незначительные ксероз и атрофия кожи (36 %). Диагноз заболевания в этой стадии устанавливался путем семейно-генетического скрининга ближайших родственников пробанда. Выявленные больные были носителями HLA-гаплотипов, идентичных пробанду. Наиболее специфическим фенотипическим маркером было повышение степени насыщения трансферрина железом до 60 % и выше. В стадии развернутых клинических проявлений меланодермия развилась почти во всех наблюдениях (96 %) и имела диффузный характер. Выраженные ксероз и атрофия кожи у 56 % больных сопровождалась уменьшением волосяного покрова тела. Нередкими были пальмарная эритема (35 % наблюдений) и телеангиэктазии (26 %). При гистологическом исследовании кожи больных отмечены атрофия эпидермиса, гипермеланоз базального и фиброз сосочкового слоя. Обращало на себя внимание практически полное отсутствие депозитов железа при окрашивании срезов по методу Перльса. Отмеченные изменения отчетливо коррелировали с иммуногенетическими и фенотипическими маркерами ГХ.

Таким образом, наиболее типичными и ранними кожными проявлениями ГХ были меланодермия, ксероз, атрофия и гипермеланоз кожи. Отсутствие достаточно заметных отложений железа не позволяет рекомендовать биопсию кожи для уверенной диагностики заболевания.

Клиническая эффективность комплексной терапии с применением препарата «Imtugen» больных псориазом

Гострова С.В., Хараева З.Ф., Нагоев Б.С.

г. Нальчик

Актуальность изучения новых методов терапии больных псориазом обусловлена ежегодным неуклонным ростом числа больных с осложненными формами, приводящими к инвалидизации и отсутствием эффективных методов лечения. Ранее проведенные нами исследования показали существование значительных нарушений свободнорадикального статуса крови и патологически измененного эпидермиса, что указывает на необходимость включения в комплексную терапию больных псориазом препаратов антиоксидантов. Целью исследования было изучение клинической эффективности препарата «Imtugen» (IDI FARMACEUTICI S.p.A. Италия), представляющего собой комплекс антиоксидантов, витаминов, аминокислот и минералов, в комплексной терапии больных псориазом артропатией (ПА) и эритродермией (ПЭ).

Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 18 до 60 лет (11 человек с ПЭ и 19 — с ПА), находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологическом диспансере г. Нальчика. Из них 15 больных принимали препарат «Imtugen» внутрь по 2 капсулы 2 раза в сутки во время еды в течение 4–х месяцев совместно с общей и местной традиционной терапией (группа «Imtugen»), группу «Контроль» составили пациенты, получавшие стандартную терапию. Клиническую эффективность препарата оценивали по 3 балльной системе. Эффект считали отличным при купировании признаков воспаления в коже до 3–4 баллов, хорошим — до 6 баллов, удовлетворительным — до 7–8 баллов.

В момент поступления в стационар активность воспалительного процесса была максимальной и соответствовала 27 баллам. На фоне проводимой комплексной терапии с применением препарата «Imtugen» разница в скорости разрешения кожного процесса между группами «Imtugen» и «Контроль» появилась на 5–7-е сутки. Объективно у больных группы «Imtugen» наблюдалось прекращение появления свежих поражений кожного покрова, уменьшение инфильтрации псориазических элементов, прекращался зуд кожи и шелушение, исчезала отечность и болезненность в области суставов. Применение препарата «Imtugen» способствовало более быстрому разрешению кожного процесса, продолжительной и стойкой ремиссии. Индекс распространенности и интенсивности псориазического процесса (PASI) снизился на 70%. После курса лечения отличный результат был отмечен у 97,3%. Включение препарата «Imtugen» в комплексную терапию псориазической болезни обеспечивает значительное повышение стандартной терапии; существенно снижает частоту назначения или курсовую дозу системных и местных глюкокортикоидных препаратов; сокращает количество рецидивов и длительность пребывания больного в стационаре.

Кожные заболевания и ИППП у детей и подростков г. Воронежа

Новикова Л.А., Бахметьева Т.М.

г. Воронеж

За 2005 г. по г. Воронежу зарегистрировано 7815 детей с заболеваниями кожи и 628 подростков. В структуре болезней кожи среди детей преобладали аллергические заболевания кожи (4305 больных, 55,1%). Пiodермии составили 10,7% (836 больных); инфекционные и паразитарные болезни кожи — 10,1% (793 больных), генодерматозы — 0,9% (70 больных), прочие заболевания кожи — 23,2% (1814 больных). Среди подростков г. Воронежа распределения следующие: аллергические болезни кожи 349 больных (55,6%), инфекционные и паразитарные болезни — 79 больных (12,5%), генодерматозы — 15 (2,4%), пiodермии — 57 (9,1%), прочие дерматозы — 128 (20,4%). В структуре аллергических заболеваний кожи среди детей дерматиты составили 2298, 53,4%, среди подростков — 232, 60,5%; больные с атопическим среди детей — 1526 детей, 35,4%, среди подростков — 93, 26,6%. Экзема наблюдалась у 286 детей (6,6%) и 24 подростков (6,9%). Себорейная экзема была у 166 детей (3,8%), строжулюс — у 30 (0,7%) В структуре инфекционных и паразитарных болезней грибковые заболевания кожи (микроспория, трихофития, микозы стоп, отрубевидный лишай) были у 500 детей, 63,1% и у 35 подростков, 44,3%. Чесотка зарегистрирована у 6 детей (0,8%) и у 2 подростков (2,5%). Вирусные заболевания (бородавки, контагиозные моллюски) наблюдались у 282 детей, 35,6% и у 14 (17,7%) подростков. ИППП зарегистрированы у 5 детей (0,6%) и 37 подростков (46,8%). С диагнозом сифилис в 2005 г. пролечилось 2 детей и 15 подростков. Все случаи имели у детей бытовой путь заражения, у подростков — половой путь заражения. Гонорея была у 1 ребенка и 6 подростков. Трихомониаз диагностировали у 2 детей и 7 подростков, хламидиоз у 4 подростков. Вирусные урогенитальные заболевания (генитальный герпес, остроконечные кондиломы) отмечены у 5 подростков. В 2005 г. уделялось большое внимание профилактической работе, повышению знаний врачей по дерматовенерологии, аттестации врачей. Совершенствовалась работа в эпидочагах чесотки, микроспории. Широко использовались в реабилитации детей с хроническими дерматозами санаторно-курортные факторы, в том числе на базе местных санаториев (Дзержинский, Угленец). В диагностику внедрены иммунологические методы диагностики (общий, специфический IgE), иммуноферментный анализ, ПЦР. На базе МУЗ ГКБ №7 создана «школа атопического дерматита», где оказывается консультативная помощь сотрудниками кафедры ВГМА.

Таким образом, в структуре кожных заболеваний у детей и подростков г. Воронежа преобладают аллергические заболевания кожи со значительным удельным весом дерматитов, атопического дерматита. Среди ИППП у подростков лидируют сифилис и трихомониаз. Обращает внимание, что среди подростков с ИППП преобладают девочки. Организационно-методическая, профилактическая работа должна проводиться при постоянном взаимодействии дерматовенерологов с педиатрами, аллергологами, гинекологами, центром планирования семьи, центром Анти СПИД (в рамках программы «Снижение вреда»).

Коррекция возрастных изменений кожи лица препаратом нативного нереконструируемого коллагена I типа

Кубанова А.А., Смоляникова В.А., Служаева Н.Г.

ГУ ЦНИКВИ Росздрава, г. Москва

Старение — сложный биологический процесс, характеризующийся обменными и функциональными изменениями клеточных структур тканей.

На сегодняшний день существует несколько теорий старения, исходя из которых разработаны методы коррекции возрастных изменений.

Образование морщин — один из основных симптомов старения кожи, обусловленный снижением содержания коллагена в дерме и корректируемый введением коллагенсодержащих препаратов в дерму человека.

На основании информационно-аналитических исследований выявлено, что на сегодняшний день, в литературе нет данных о характере процессов, происходящих в коже человека после введения препаратов коллагена (показатели процессов воспаления, репарации).

Вследствие этого считаем целесообразным проведение следующих исследований:

Оценка реакции кожи (процессы воспаления и репарации) на введение препарата методом иммуногистохимии с использованием моноклональных антител (CD11, CD4, CD8).

Оценка клинических и гистологических признаков старения кожи у женщин в различных возрастных группах: 30–40 лет, 40–50 лет, 50–60 лет.

Изучение с помощью ультразвукового сканирующего прибора «Дермаскан» состояния кожи в зоне введения препарата коллагена до и после коррекции.

На основании полученных данных будут разработаны показания к применению метода коррекции возрастных изменений кожи препаратом нативного нереконструируемого коллагена I типа и периодичность его введения в зону коррекции.

Маркеры пролиферации — эпидермальный фактор роста и его рецептор у больных псориазом на фоне применения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии

Бутарева М. М.

г. Москва

Цель работы: исследовать динамику показателей — эпидермального фактора роста и его рецептора в сыворотке, лимфоцитах периферической крови и в коже больных псориазом после проведения курса узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм.

Материалы и методы исследования: комплексное клиничко-лабораторное обследование проведено 104 больным псориазом. Критериями включения в исследование были: возраст старше 15 лет, типичная картина заболевания, отсутствие противопоказаний к проведению физиотерапевтического лечения. У 6 пациентов диагноз был установлен впервые, 98 пациентов не получали лечения в течение предыдущих 6 месяцев.

Процедуры узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм осуществляли на установке «Waldmann UV-7001K» с использованием ламп TL-01, генерирующих излучение в диапазоне волн 310–315 нм с максимальной эмиссией на длине волны 311 нм. Процедуры проводили 4 раза в неделю; начальная доза УФВ излучения в зависимости от ти-

па кожи составляла 0,1–0,2 Дж/см². Дозу облучения повышали на 0,1 Дж/см² каждую последующую процедуру. При появлении слабой эритемы дозу оставляли прежней. Случаев развития выраженной эритемы, требовавшей отмены процедур, не наблюдали.

Для определения концентраций эпидермального фактора роста и его рецептора был проведен иммуноферментный анализ («Biosource», USA).

Исследование показателей системы факторов роста выявило ряд ключевых особенностей у больных псориазом по сравнению со здоровыми.

В коже больных псориазом наблюдается повышение уровня эпидермального фактора роста (2,97 0,27 пкг/мг против 2,36±0,74 пкг/мг в контроле $p<0,05$), его рецептора (1,759±0,016 нг/мг против 1,67 0,036 нг/мг в контроле $p<0,05$). Установлено повышение концентраций эпидермального фактора роста в сыворотке крови у больных псориазом (488,1±1,7 пкг/мл по сравнению с 243,7±19,0 пкг/мл в группе контроля $p<0,05$), его рецептора в лимфоцитах крови (1,39±0,23 нг/10⁶ кл по сравнению с 1,33±0,19 нг/10⁶ кл. у здоровых лиц $p>0,05$) и в сыворотке крови (0,913±0,027 нг/мл по сравнению с 0,898±0,025 нг/мл в группе контроля $p<0,05$).

При анализе результатов лечения было установлено, что после узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм разрешение псориазических высыпаний сопровождалось нормализацией (или тенденцией к ней) концентраций всех факторов роста: эпидермального фактора роста в сыворотке крови — 395,7±23,0 пкг/мл ($p>0,05$); в коже — 2,4±0,05 пкг/мг белка ($p>0,05$); рецептора эпидермального фактора роста в лимфоцитах крови — 1,25±0,08 нг/10⁶кл ($p>0,05$), в коже — 1,49±0,016 нг/мг белка ($p<0,05$) и в сыворотке крови — 0,895±0,009 нг/мл ($p<0,05$).

Изменения концентраций изучаемых факторов роста не только на тканевом (в коже), но и на системном уровне (в сыворотке и лимфоцитах периферической крови) отражают вовлечение их в сложный многофакторный патогенез псориаза в качестве активаторов пролиферативных процессов в коже. Установленные изменения факторов роста можно использовать как дополнительные критерии оценки активности патологического процесса, а также как основу для разработки новых методов терапии псориаза.

Нормализация изучаемых параметров у больных псориазом после курса узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм свидетельствует об антипролиферативном и супрессивном эффекте данного вида лечебного воздействия, что позволяет отнести его к одному из методов патогенетической терапии.

Межклеточные молекулы адгезии (ICAM) при псориазе

Клеменова И.А.

г. Нижний Новгород

Этиология и многие аспекты патогенеза псориаза полностью не раскрыты. В последние годы пристальное внимание исследователей привлечено к иммунопатологическим процессам, которые опосредуют многие проявления воспалительной и пролиферативной реакции при псориазе. Особый интерес представляет изучение молекул адгезии — медиаторов аутоиммунных процессов и перспективной модели терапевтического воздействия. По современным представлениям молекулы адгезии ICAM–1 экспрессируются на сосудистом эндотелии, моноцитах, В– и Т–лимфоцитах, кератиноцитах и некоторых других типах клеток, в том числе — опухолевых. Для экспрессии ICAM–1 необходима активация клеток ИЛ–1 β , γ –интерфероном или ФНО– α . Молекулы ICAM–1 обеспечивают выход лимфоцитов из кровотока в ткани, а также активацию Т–клеток. Молекулы адгезии ICAM–3 играют важную роль в взаимодействии лимфоцитов с антигенпрезентирующими клетками.

С целью выяснения патогенетической роли ICAM–1 и ICAM–3 при псориазе было предпринято определение их мембранной экспрессии на лимфоцитах больных псориазом.

Экспрессия молекул адгезии ICAM–1 и ICAM–3 была исследована на лимфоцитах 95 больных распространенным псориазом с использованием моноклональных антител к CD54 (ICAM–1) и CD50 (ICAM–3).

В ходе проведенного исследования было установлено, что у 80% больных псориазом мембранная экспрессия ICAM–1 на лимфоцитах значительно превышала аналогичные показатели у здоровых лиц. Так, количество CD54+ лимфоцитов в основной группе составило 33,08±1,0 против 19,67±3,9 в группе контроля ($P<0,001$). У обследованных пациентов повышение уровня CD54+ коррелировало с тяжестью течения псориазического процесса. При изучении мембранной экспрессии ICAM–3 (CD50) повышение указанного показателя выявлено у 76% больных псориазом, при этом количество CD50+ составило в среднем 37,76±0,86 против 15,5±1,9 в группе контроля ($P<0,01$).

Таким образом, относительное количество лимфоцитов, экспрессирующих ICAM–1 и ICAM–3 у больных псориазом значительно превышало показатели здоровых лиц.

Известно, что повышенная экспрессия ICAM–1 характерна для аутоиммунных и хронических воспалительных заболеваний. В свою очередь постоянная экспрессия ICAM–3 также возможна при аутоиммунных процессах. Полученные данные свидетельствуют о серьезных нарушениях межклеточных взаимодействий у больных псориазом, что может служить основанием для разработки новых методов терапии данного заболевания.

Мелкоточечный кератолит. Эффективное решение широко распространенной проблемы

Алексанов А.Т., Макаров Ф.Ю.

Ростов на Дону.

Большинство публикаций последних десятилетий, заслуженно посвящены проблеме микоза стоп. Тем не менее, проблема бактериальных инфекций стоп, освящена не так широко.

Подобная ситуация ошибочно формирует у клиницистов представления о патологии кожи стоп, как единственно микотической этиологии.

Несмотря на редкую документальную регистрацию в нашей стране, мелкоточечный кератолит является достаточно распространенной патологией в среде военнослужащих, спортсменов и молодых людей, ведущих активный образ жизни.

Возбудителем является *Micrococcus sedentarius*. Развитию заболевания способствует повышенная потливость, ношение закрытой обуви, пребывание во влажном климате.

Основной и часто единственной жалобой является выраженный неприятный запах от ног. Реже — зуд, жжение, болезненность при надавливании.

Характерным, определяющим признаком являются множественные точечные углубления на опорных участках стоп подверженных избыточному ороговению. При увлажнении пораженные участки кожи приобретают белый цвет.

Нередко, клиницистами состояние расценивается как дерматофития и назначается неадекватное лечение.

Для лечения мелкоточечного кератолиза мы на протяжении нескольких лет использовали препарат Банеоцин в форме порошка для наружного применения, который представляет комбинацию двух антибактериальных препаратов с синергическим действием, бацитрацина и неомицина.

Препарат нами применялся дважды в день, в виде присыпки в носки, на протяжении недели. Всем пациентам мы рекомендовали соблюдение элементарных (не обременительных) гигиенических мероприятий по предотвращению потливости стоп.

Уже на второй день лечения, больные отмечали исчезновение неприятного запаха. Спустя 7–10 дней от начала лечения, клинические проявления заболевания полностью регрессировали у всех пациентов.

Примечательно, что у пациентов оставшихся под наблюдением в сроках от двух недель до четырех месяцев, мы не отмечали рецидивов.

Таким образом, простота, высокая эффективность и комплаентность предложенной терапии, позволяет нам рекомендовать ее для практического применения.

Метод комбинированный терапии новообразований кожи области гениталий

Ключарева С.В., Селиванова О.Д.

Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. Мечникова

Опухоли кожи, являясь разделом «малой онкологии», занимают своеобразное положение на стыке трех дисциплин — дерматологии, хирургии и онкологии. Больные с доброкачественными опухолями составляют основную часть пациентов, обращающихся в лазерный центр кафедры дерматовенерологии Академии им. И.И.Мечникова для амбулаторного лечения. Среди новообразований кожи области гениталий в практике дерматовенеролога могут встречаться следующие нозологии: невусы, кератомы, ксантелазмы, себоцистоматоз; вирусного генеза — остроконечные кондиломы, вульгарные бородавки, контактный моллюск, папилломы; злокачественные образования — базально-клеточный рак кожи.

Актуальность проблемы диагностики и лечения остроконечных кондилом (ОК) и других новообразований кожи продиктована повсеместно регистрируемым ростом числа случаев этой патологии и относительно невысокой эффективностью традиционных методов их терапии. Оптимальным инструментом для лечения данной патологии мы считаем углекислотный лазер. Этот аппарат позволяет, в зависимости от локализации распространенности и степени инвазивности процесса, индивидуально подобрать адекватный метод оперативного пособия (резекция, послойная вапоризация, коагуляция), и интрооперационно изменяя характер воздействия на ткани (импульсный, непрерывный режимы), маневрировать объемом вмешательства. Данные преимущества позитивно отражаются на конечных результатах лечения и дают возможность до минимума сократить число рецидивов. Так, после однократного сеанса лечения нозологий вирусного генеза количество рецидивов не превышает 15%, после повторного — 5%, при следующем 1%. Для предотвращения рецидивов нами применялся комплексный метод лечения: лазеротерапия в сочетании с иммунокорректирующей терапией. Назначался препарат «Иммуномакс» в/м №6 через день. Иммуномакс — относительно новый отечественный препарат, по механизму действия он является иммуностимулятором, непосредственно активирующим гуморальное звено иммунитета, оказывающим влияние на продукцию медиаторов иммунитета (цитокинов) и корректирующим процессы межсистемного взаимодействия и спрей «Эпиген-интим» объемом 60мл с насадкой для интравагинального введения. Действующее вещество 0,1% глицирризиновая кислота. Эпиген может быть использован даже у беременных, т.к. этот препарат не обладает тератогенным действием. Механизм действия: противовирусное (ингибирование киназы Р, нарушение репродукции вируса), иммуностимулирующее (интерферогенная активность, повышает уровень γ gA и SygA), противовоспалительное действие (активация стероидных рецепторов, ингибция секреции PaE2), регенераторное (регенерация кожи и слизистых оболочек).

«Нейроэндокринная система в морфогенезе эпителиальных опухолей кожи»

Смирнова О.И.

г.Санкт-Петербург.

Среди опухолей кожи лидирующее положение по частоте занимают эпителиальные новообразования — базальноклеточный рак (БКРК) и плоскоклеточный рак (ПКРК), встречающиеся в 65 — 80% и 10 — 30% случаев, соответственно. Значимость проблемы этих новообразований обусловлена не только их высокой частотой, но и частыми рецидивами, а также прогрессирующим течением и склонностью к метастазированию (характерно для ПКРК).

Известно, что решающую роль в канцерогенезе, детерминации длительности каждой из его стадий (в том числе латентной) и скорости пролиферации (прогрессии) трансформированных клеток играют, прежде всего, изменения в микроокружении поврежденной клетки (Анисимов В.Н., 2003; Mareel M., Leroy A., 2003). Между опухолевыми клетками и клетками микроокружения устанавливаются тесные двунаправленные коммуникации, и формируется своеобразная «динамичная микроэкологическая система», изменения состава участников которой могут приводить к дальнейшей опухолевой прогрессии и инвазии (Mareel M., Leroy A., 2003). Координация адаптационных процессов, направленных на восстановление и поддержание гомеостаза кожи, осуществляется представленными в эпидермисе и дерме клетками классических регуляторных систем организма — нервной, иммунной и эндокринной, формирующими локальную нейроиммуноэндокринную систему (НИЭСК) (Misery L., 1996; Slominski A., Wortsman J., 2000). Представление о НИЭСК сформировалось в последнее десятилетие в рамках концепции о диффузной нейроиммуноэндокринной системе, как универсальной системе регуляции гомеостаза (Пальцев М.А., Кветной И.М., 2006; Kvetnoy I.M., 1996; 2002). Выявление особенностей взаимоотношений структурных элементов НИЭСК, характера синтезируемых ими сигнальных молекул при различных клинико-морфологических формах БКРК и ПКРК, а также предопухолевых состояниях (солнечном кератозе, СК) может существенно расширить представления о морфогенезе этих эпителиальных новообразований.

Проанализировано 5 наблюдений СК, 70 — БКРК и 10 — ПКРК. Для характеристики прогрессии опухолевых клеток оценивали их пролиферативную активность (по экспрессии антигена Ki67), а также показатели экспрессии матричных металлопротеиназ (ММП-1, -9, -11). Иммуноцитохимические фенотипы клеток НИЭСК изучали по экспрессии хромогранина А (CgA), антигенам CD1a, HLA-Dr, CD 34. Контрольным материалом являлась кожа заушной (закрытой от инсоляции) и височной

(подверженной хроническому ультрафиолетовому облучению) области головы, полученная при пластических операциях от 53 пациентов. Морфометрический анализ проводили с помощью оптического микроскопа Nikon Eclipse E400, компьютера на базе Intel Pentium 4 и программного обеспечения «Видеотест — Морфология 4.0».

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 4х наблюдениях ПКРК отмечена значительное усиление экспрессии ММП–11 в строге опухоли. Кроме того, во всех случаях интенсивность иммуноокрашивания кератиноцитов, непосредственно прилегающих к опухоли, значительно превышала таковую в контроле. Таким образом, усиление синтеза ММП ассоциируется с повышением пролиферативной активности опухолевых клеток, особенностями их инвазии и повышением ангиогенеза.

В большинстве исследованных случаев развитие опухолей ассоциировалось с гиперплазией тучных клеток, экспрессирующих CgA. Их количество достоверно превышало содержание мастоцитов в коже височной ($950,64 \pm 16,47$, $p < 0,01$) и заушной ($359,15 \pm 12,99$, $p < 0,0001$) области здоровых пациентов. Повышение оптической плотности экспрессии белка свидетельствовало об активации секреторной деятельности клеток. В контрольных образцах выявлена зависимость содержания тучных клеток от степени подверженности кожи инсоляции. При опухолях кожи установлена отрицательная связь между количеством CgA–иммунопозитивных мастоцитов и числом клеток Лангерганса, а также площадью экспрессии ими антигенов CD1a и HLA–Dr, а также положительная корреляция с интенсивностью иммуноокрашивания ММП–11 при ПКРК. Анализ полученных результатов позволяет предположить, что гиперплазия тучных клеток и повышение их нейроэндокринной активности может являться фактором, повышающим риск развития и прогрессии эпителиальных опухолей кожи.

Степень васкуляризации (по экспрессии антигена CD34) прилегающей к опухоли дермы умеренно коррелировала с интенсивностью экспрессии различных типов ММП и при БКРК и ПКРК. С другой стороны при обоих типах опухолей выявлено появление иммуноокрашивание эндотелиальных клеток антителами к CgA. В литературе имеются сведения о способности эндотелиальных клеток абсорбировать этот белок при повышении его уровня в сыворотке крови, ассоциированном с патологией сердечно–сосудистой системы или гормонально–активными опухолями (Ferreiro E. et al., 2002, 2004). При этом считают, что CgA выступает в качестве функционального антагониста фактора некроза опухолей альфа, а его основным биологическим действием является нормализация проницаемости сосудистой стенки. В настоящее время продолжается работа по выявлению зависимости между интенсивностью ангиогенеза, особенностями экспрессии эндотелиоцитами CgA и экспрессии ММП клетками опухоли.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что канцерогенез характеризуется неоднозначными нейроиммуноэндокринными сдвигами. Гиперплазия тучных клеток и повышение их нейроэндокринной активности может, с другой стороны, усиление способности эндотелиальных клеток абсорбировать биологически активные пептиды носит, по–видимому, компенсаторный характер.

Некоторые аспекты патогенеза экземы и ее терапия

Родина Ю.А., Бутов Ю.С.

Кафедра кожных и венерических болезней, клинической микологии с курсом дерматокосметологии ФУВ РГМУ Росздрава

В группе аллергодерматозов экзема занимает одно из ведущих мест.

Под нашим наблюдением находилось 98 больных истинной экземой, в возрасте от 15 до 65 лет, женщин 52 (53,1%), мужчин 46 (46,9%). С продолжительностью заболевания до 5 лет — 70 (71,4%), свыше 5 лет — 28 (28,6%) больных. Острая экзема была выявлена у 20 (20,4%) больных, обострение хронической у 78 (79,6%). С легким течением — 36 (36,7%) больных, средне–тяжелым — 50 (51,1%), с тяжелым — 12 (12,2%).

Наличие аллергических реакции констатировано — у 51 (52,1%) больного. Сопутствующая патология желудочно–кишечного тракта и гепатобилиарной системы обнаружена у 90 (91,8%), лор–органов — у 27 (27,6%), почек — у 17 (17,3%). Артериальная гипертензия диагностирована — у 31 (31,6%), сахарный диабет — у 7 (7,1%), что говорит о наличии факторовотягающих течение заболевания.

При исследовании иммунного статуса у больных экземой в динамике заболевания выявлено снижение CD3⁺, CD4⁺ — лимфоцитов, CD4⁺/CD8⁺ на фоне повышения IgA, IgG и ЦИК.

У 47 больных экземой исследовали содержания интерлейкина — 5 (ИЛ–5) продукта активированных Т–хелперов 2 типа, вызывающих пролиферацию и дифференцировку В–лимфоцитов, несущих поверхностный IgA, активацию эозинофилов и являющийся кофактором синтеза IgE, и трансформирующего фактора роста β 1 (ТФР β 1), обладающего как стимулирующим действием на клетки мезенхимального ряда, так и иммуносупрессивным эффектом (угнетает активацию фагоцитарных клеток, пролиферацию и созревание цитотоксических Т–лимфоцитов).

Было отмечено достоверное увеличение концентрации ИЛ–5 (74 ± 53 пг/мл) по сравнению с сывороткой здоровых людей (6 ± 4 пг/мл) и достоверное снижение концентрации ТФР β 1 (1884 ± 371 пг/мл) в сыворотке крови больных экземой по сравнению контрольной группой (2752 ± 634 пг/мл).

Мы проводили комплексное патогенетическое лечение, направленное на коррекцию дисиммунологических нарушений с применением Тимодепрессина у 45 больных, традиционную терапию у 53 больных. При комплексном лечении клиническое выздоровление и значительное улучшение отмечено — у 93,3%, улучшение — у 6,7% больных, наблюдалась нормализация показателей CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgG, ЦИК, снижение уровня — ИЛ–5 и увеличение ТФР β 1 в сыворотке крови больных.

В контрольной группе клиническое выздоровление и значительное улучшение отмечалось — у 67,9% больных, улучшение — у 32,1% больных, кроме того, не отмечалось полной нормализации показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Невус или меланома?

Никонова С.М., Аничков Н.М.

СПб Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Пигментсодержащие образования на коже встречаются у 90% населения, из которых невусы (родимые пятна, родинки) занимают 57%. В зависимости от вида невуса частота озлокачивания, т.е. формирование меланомы, колеблется от 10% до 80%. Под нашим наблюдением, в Северо–Западном центре лазерных технологий, базирующегося на кафедре дерматовенерологии

СПбГМА им. Мечникова, за последние 7 лет работы находились более 6,5 тыс. пациентов по поводу различных новообразований кожи. Опухоли и поражения кожи меланоцитарного происхождения составили 5,1 % (331 больных), среди которых преобладали диагнозы неопухолевых пигментных поражений: это лентиго — 21,4 % (70), эфелиды (веснушки) — 25,3 % (83), а также доброкачественные опухоли меланоцитарного генеза: пограничный невус — 18,3 % (60), сложный невус — 13,3 % (44), невус Ота — 1,6 % (5), голубой невус — 1,9 % (6). Среди предраковых изменений меланоз Дюбрейля составил 5,1 % (17), диспластический невус — 9,3 % (31), где распространенный характер поражения был выявлен у 22-х пациентов (7,1%). Для наиболее точной идентификации меланоцитарного образования в нашем центре используется метод дерматоскопии, а также метод компьютерной диагностики, позволяющей с помощью цифровой камеры фиксировать изображение в памяти компьютера для диагностического наблюдения и своевременного выявления признаков малигнизации новообразования. Исследование производилось согласно правилам ABCDE, с использованием более 30 параметров и 7-ми бальным тестам, с выделением главных и второстепенных критериев. Эффективность данных методик в среднем составила 92,3% и 87,5% соответственно. Среди 331 пациентов с меланоцитарным образованием, обследованных с помощью дерматоскопа, у 4-х (1,3%) были выявлены начальные признаки злокачественного процесса. Данные пациенты были направлены в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, где были успешно прооперированы. Уровень инвазии меланомного процесса по Кларку составил 1–2 уровень. Более чем 319 пациентам имеющим, в том числе и диспластические невусы (31 пациент), производилось удаление образований с помощью углекислотного лазера «Ланцет» в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. За 7 лет наблюдений, процент постоперационной рецидива, составил менее 2%. Таким образом, используя аппаратные методики исследования, на дооперационном этапе, клиницист повышает точность идентификации данной патологии, а также решает проблему верификации диагноза предраковых состояний кожи с раковыми. Применяя диагностический контроль клинической ситуации, в сочетании с активным и адекватным лечением прекарцинозного состояния кожи, возможно снизить частоту регистрации меланом кожи.

Новые аспекты патогенеза псориаза

Кубанов А.А., Матушевская Ю.И.

г. Москва

ФНО- α является провоспалительным цитокином, продуцируемым различными клетками, включая активированные Т-клетки, кератиноциты и клетки Лангерганса. ФНО- α оказывает многочисленные эффекты при развитии иммунного ответа, запуская активацию и набор воспалительных клеток, увеличивая продукцию провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6 и IL-8, и активацию факторов ядерной транскрипции, таких как NF- κ B для поддержания иммунного ответа. При псориазе, отмечаются повышенные уровни TNF- α и экспрессии рецепторов TNF- α в пораженной коже по сравнению с нормальной кожей у этих же пациентов. В псориазных высыпаниях TNF- α встречается на протяжении всего эпидермиса и в кровяных сосудах в сосочковом слое дермы. ФНО- α индуцирует созревание клеток Лангерганса, также стимулирует миграцию зрелых клеток Лангерганса из кожи в лимфатические узлы, где происходит взаимодействие между антиген-презентирующими клетками и Т-клетками. TNF- α повышает пролиферацию кератиноцитов *in vitro*. Предполагается, что TNF- α блокирует апоптоз кератиноцитов и способствует более долгой продолжительности жизни кератиноцитов в коже больных псориазом. TNF- α влияет на васкуляризацию кожи и способствует повышенной экспрессии эндотелиальных молекул адгезии, вовлеченных в миграцию Т-клеток. В дополнении ФНО- α повышает продукцию сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), который ведет к пролиферации сосудов и объясняет симптом Аушпитца, наблюдаемый в псориазных бляшках.

Главная роль в патогенезе развития воспаления в коже и суставах больных псориазом отводится Т-клеткам, особенно CD8+клеткам, которые способствуют повышенной продукции цитокинов, включая IL-1, IL-2, IL-10, IFN- γ и TNF- α , в синовиальных жидкостях у пациентов псориазическим артритом. Эти цитокины индуцируют пролиферацию и активацию синовиальных и эпидермальных фибробластов, что ведет к образованию фиброза у пациентов с длительно существующим псориазическим артритом. ФНО- α ассоциируется с костной и хрящевой деструкцией при псориазическом артрите. Провоспалительные цитокины ИЛ-1 и ФНО- α также играют важную роль в костном метаболизме путем повышения остеокластогенеза через *up-regulation of osteoprotegerin ligand (OPGL)*, новой молекулы, которая является рецептором ФНО- α , экспрессируемым активированными Т-клетками. Эрозивные изменения, встречающиеся при псориазическом артрите, ассоциированы с повышенными уровнями предшественников остеокластов в периферической крови. Важную роль в патогенезе псориазического артрита отводится моноцитам. Эти клетки отвечают за продукцию металлопротеиназ (ММР). Металлопротеиназы ответственны за разрушение хрящевой ткани при воспалительных артритах. Уровень металлопротеиназ регулируется ИЛ-1 и ФНО- α . MMP-2, MMP-9, также как MMP-1 and MMP-3 содержатся в синовиальных тканях, в псориазических элементах и неповрежденной коже у больных псориазическим артритом. В особенности выделяют роль MMP-3, которая активирует другие металлопротеиназы.

Таким образом, ФНО- α играет ключевую роль среди медиаторов воспаления в патогенезе псориаза.

Новое в лечении псориаза

Кубанов А.А., Матушевская Ю.И.

Псориаз относится к одному из наиболее распространенных заболеваний кожи. В последние 15–20 лет наметилась тенденция к увеличению тяжелых, торпидно текущих, резистентных к различным методам и средствам лечения форм псориаза. Все это делает псориаз актуальной не только медицинской, но и социальной проблемой.

Хороший терапевтический эффект в терапии больных тяжелыми формами псориаза (экссудативная, пустулезная, эритродермическая и артропатическая формах) отмечается при применении метотрексата, ретиноидов, циклоспорина А, ПУВА- и Ре-ПУВА-терапии, экстракорпоральной фотохимиотерапии. Однако эти базисные методы и средства лечения оказываются не всегда эффективными.

В последние годы появились работы, посвященные разработке и применению в терапии больных псориазом новых препаратов, полученных с помощью биотехнологических методов, так называемых «биологических агентов», специфично блокирующих рецепторы провоспалительных цитокинов. Одним из представителей этих препаратов является инфликсимаб, механизм действия, которого позволяет избирательно связывать как трансмембранный, так и растворимый ФНО- α .

Препарат представляет собой химерные моноклональные антитела, состоящие из вариабельной (Fv) области высокоаффинных нейтрализующих мышинных моноклональных антител к ФНО- α , соединенных с фрагментом молекулы IgG1k человека,

в целом занимающей 2/3 молекулы инфликсимаба. Эти антитела, полученные геноинженерным путем, обладают высокой специфичностью, аффинностью и авидностью, связывают и нейтрализуют как трансмембранный, так и растворимый, сывороточный ФНО- α , снижая тем самым клеточную инфильтрацию в зоне воспаления, хемотаксис и др.

В многочисленных исследованиях показана хорошая эффективность, переносимость и безопасность Инфликсимаба при лечении многих заболеваний, в частности псориаза и псориатического артрита. Препарат используется у больных страдающих псориазом тяжелой степени тяжести, а также у больных псориазом средней степени тяжести, при неэффективности или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии. Также Инфликсимаб назначается больным прогрессирующим псориатическим артритом в активной форме, у которых проводившееся ранее лечение болезнью-модифицирующими антиревматическими лекарственными средствами было неэффективным. Лечение Инфликсимабом позволяет достигнуть уменьшения симптомов артрита и улучшения функциональной активности пациентов, а также уменьшения степени тяжести псориаза и улучшения качества жизни больных.

О биохимических механизмах синдрома эндогенной интоксикации при периоральном дерматите

Грашкин В.А., Бакулев А.Л.

г. Саратов

Периоральный дерматит — часто встречающееся заболевание кожи лица, преимущественно молодых женщин, обусловленное воздействием на организм комплекса эндогенных и экзогенных факторов, ведущая роль среди которых принадлежит косметическим средствам, топическим кортикостероидным мазям, оральным контрацептивам, способствующим образованию токсических метаболитов в крови и тканях.

С целью определения степени эндогенной интоксикации нами изучены метаболический статус организма по веществам низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) и олигопептидам (ОП), показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у 95 больных женщин с периоральным дерматитом. Возраст больных составил от 18 до 48 лет при давности патологического процесса свыше двух лет. Группа контроля составила 25 здоровых женщин той же возрастной группы.

В плазме крови констатировано статистически достоверное увеличение катаболического пула, концентрации молекул средней и низкой молекулярной массы (ВНСММ), олигопептидов, диеновых конъюгатов, оксидиенов, шиффовых оснований, а в нейтрофильных гранулоцитах циркуляторного русла — лизосомальных катионных белков на фоне снижения гликогена, НСТ-теста, содержания церулоплазмينا, активности каталазы эритроцитов, малонового диальдегида, миелопероксидазы лейкоцитов.

Выявленные нарушения метаболического гомеостаза при периоральном дерматите являются следствием синдрома эндогенной интоксикации, обусловленного накоплением в крови токсических продуктов обмена, оказывающих отрицательное влияние на проницаемость клеточных мембран, способствуя развитию клеточной и тканевой гипоксии, а также нарушению микроциркуляции.

В результате проведенного комплексного патогенетического лечения (энтеросорбенты, антигипоксанты, стабилизаторы клеточных мембран, антиоксиданты), отмечен отчетливый терапевтический эффект, констатирована нормализация нарушений перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты и метаболического статуса.

О возможности применения статинов при псориазе

Лыкова С.Г., Ягодина Е.В.

Новосибирский государственный медицинский университет

В основе патогенеза псориаза лежат иммунопатологические процессы с кооперативным участием дермальных кератиноцитов, дендритных клеток, Т-лимфоцитов, макрофагов. Важную роль в активации клеток при псориазе играют ко-стимуляторные механизмы с участием членов семейства CD28 и B7, включая B7,1 (CD80) и B7,2. Результатом является повышение активности факторов транскрипции (NF- κ B, STAT-1, STAT-3) с последующей продукцией цитокинов профиля Th1-лимфоцитов, хемокинов, факторов роста и реализации персистирующего воспаления в коже, суставах и других органах. Для замедления прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов и снижения риска кардиоваскулярных катастроф используется большое число липид-снижающих препаратов, среди которых наиболее эффективными являются ингибиторы 3-гидрокси-3-метил-глутарил коэнзим А редуктазы — статины.

В результате многочисленных исследований, посвященных механизму гиполлипидемического действия статинов, были выявлены их «холестериннезависимые» эффекты с широким спектром мишеней. Механизм действия статинов связан с уменьшением содержания ряда промежуточных продуктов биосинтеза холестерина, принимающих участие в посттрансляционной модификации некоторых белков, являющихся регуляторами пролиферации, дифференцировки, апоптоза лимфоидных клеток, продукции ими цитокинов, хемокинов и факторов роста.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод — прием статинов уменьшает клинические проявления и риск раннего атеросклероза у больных псориазом, снижая содержание промежуточных метаболитов холестерина и их действие на иммунокомпетентные клетки. Комбинированное применение традиционных методов лечения и статинов повышает эффективность терапии.

Ограниченная склеродермия у детей. Критерии выбора терапии

Опарин Р.Б.

Курс детской дерматовенерологии РМАПО.

Ограниченная склеродермия у детей среди диффузных заболеваний соединительной ткани занимает первое место. По своим медицинским и социальным последствиям она может быть отнесена к патологии с высоким риском инвалидизации. Однако, в отличие от системной, при ограниченной склеродермии, до настоящего времени отсутствовали четко очерченные терапевтические схемы, которые учитывали бы многообразие факторов, непосредственно влияющих на характер завершения патологического процесса.

До последнего времени универсальным средством лечения ограниченной склеродермии у детей считался пенициллин, терапия которым осуществлялась на протяжении всего времени прогрессирования процесса и выполнялась курсовым методом в ста-

ционаре. Проведенный анализ на базе детского кожно–венерологического отделения ГKB № 14 им. В.Г. Короленко показал, что в целом ряде случаев пенициллин не оказывает в должной степени позитивного влияния на течение ограниченной склеродермии у детей и не предотвращает развития тяжелых дистрофических изменений в тканях.

Определенно пенициллинотерапия оказывается малоэффективной при развитии ограниченной склеродермии у детей ранней возрастной группы, линейной форме, локализации очагов на коже головы и конечностей. Кроме этого следует признать более агрессивное течение заболевания у девочек.

Во всех вышеперечисленных случаях следует отдавать предпочтение проведению терапии Д–пеницилламином. Многочисленные побочные эффекты, свойственные этому препарату, у детей наблюдаются крайне редко и носят обратимый характер, а их мониторинг довольно прост. Наряду с применением Д–пеницилламина, в случаях возникновения линейных очагов следует проводить интенсивную вазоактивную терапию с использованием внутривенных инфузий препаратов, оказывающих ангиопротективное действие.

Следует коренным образом пересмотреть подходы к лечению неблагоприятно протекающих форм ограниченной склеродермии для предотвращения развития калечащих деформаций костно–мышечной системы.

Особенности кожной микроциркуляции у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой

Никулина Л.Н., Рассказов Н.И., Галимзянов Х.М., Оганесян Ю.В.
г.Астрахань

Как указывалось нами ранее, при Астраханской риккетсиозной лихорадке изменения кожи связаны с сосудистыми нарушениями, так как в патогенезе АЛ ведущим является внутриклеточное паразитирование возбудителя и его тропность к клеткам эндотелия мелких сосудов. При этом сведений о состоянии микроциркуляции в измененных участках кожи, представленных клиникой васкулита, при этом заболевании, как и при других клещевых пятнистых лихорадках отсутствуют.

Под нашим наблюдением за период август 2005 — сентябрь 2006 года находилось 92 больных АРЛ. Диагноз заболевания основывался на эпидемиологических и клинико–лабораторных данных. Обследованные пациенты были в возрасте от 16 до 86 лет, большинство больных составили мужчины — 64%. Чаще регистрировалось среднетяжелое состояние больных — 91%, по этому длительность заболевания составляла от 7–9 до 10–14 дней.

Показатели микроциркуляции регистрировались в 4 точках (кожа груди, правого предплечья, живота и правой голени), термометрия проводилась в точке на правой голени. Используемые средства; аппарат для лазерной доплеровской флоуметрии « – 1 », ЭВМ ВМ, обеспеченный прикладной программой.

Анализ полученных доплерограмм выявил увеличение показателя микроциркуляции, нормированных амплитуд дыхательных колебаний, нейрогенного тонуса, снижение нормированных амплитуд миогенных и нейрогенных колебаний, резерва капиллярного кровотока в термометрии, что объясняет развитие васкулитов кожи при этом заболевании. После лечения отмечена нормализация измененных показателей микрогемодинамики в извленных зонах. Показана важность при изучении микроциркуляции методом ЛДФ проведения функциональной термометрии, позволяющей оценить сохранность регуляторных механизмов, реактивность микрососудов, резерв микроциркуляторного русла.

Таким образом, оценка микроциркуляции показала, что формируется обширное и раннее поражение кожи, при этом очаги воспаления всегда бывают связаны преимущественно с мелкими кровеносными сосудами. Характер кожных проявлений риккетсиоза разнообразен и зависит от длительности заболевания, распространенности и тяжести поражения сосудов и развития осложнений.

Особенности микроциркуляции кожи лица у пациентов с розацеа

Скрипкин Ю.К., Галкина О.А.

Российский государственный медицинский университет, Москва.

Учитывая первичность нарушения микроциркуляции при розацеа и ее ведущую роль в поддержании длительного воспалительного процесса, необходимо изучение микроциркуляторных процессов достаточно чувствительным, с высокой разрешающей способностью, неинвазивным методом оценки состояния капиллярного кровотока кожи.

С этой целью была использована лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), с помощью лазерного анализатора кровотока ЛАКК–01 (НПП «ЛАЗМА», Москва). В основе этого метода исследования лежит изменение доплеровской компоненты в спектре отраженного лазерного сигнала, рассеянного на движущихся по микрососудам эритроцитам. Регистрируемый при этом сигнал характеризует кровоток в микрососудах в объеме 1–1,5 см³ ткани.

Обследовано 68 пациентов с диагнозом розацеа, которые были распределены на группы соответственно стадиям: 1 группа–эритематозно–телеангиэктатическая стадия 27 (40) пациентов; 2 группа–папулезная стадия 12(28) пациентов; 3 группа–пустулезная стадия 18(27) пациентов; 4 группа–инфильтративно–пролиферативная стадия 3(4) пациента. Чаще дебют заболевания отмечен до 40 лет.

Для оценки микроциркуляции запись показателей регистрировалась в местах выхода n.trigemini–n.opthalmicus, n.maxillaris, n.mandibularis, в течение одной минуты после стабилизации показателей перфузионного кровотока. В ходе нашего исследования наибольшее значение мы придавали визуальной оценке активной ЛДФ–граммы и таким статистическим показателям, как:

- среднее значение показателя микроциркуляции (ПМ);
- его среднее квадратичное отклонение (СКО), характеризующее временную изменчивость микроциркуляции;
- коэффициент вариации (Kv)–соотношение между перфузией и величиной ее изменчивости, а также ритмичным составляющим:

– высокочастотные колебания, связанные с дыхательными экскурсиями (R) и колебаниями в области кардиоритма (C);

– низкочастотные колебания, связанные с колебаниями сосудистой стенки– эндотелиальная (E), миогенная (M), нейрогенная (N) составляющие.

При анализе полученных данных отмечено три типа нарушений микроциркуляции (МЦ):вазодилатационный тип МЦ встречается в 40 случаев, характеризуется повышением тонуса артериол и наблюдается преимущественно при эритематозно–телеангиэктатической стадии; спастически–застойный тип МЦ встречается в 56 случаев, характеризуется повышением тонуса артериол, дистонией венулярных сосудов, что приводит к стазу на уровне капилляров, является характерным для папулезной

и пустулезной стадий; атонически–застойный тип нарушения МЦ характеризовался нарушениями, которые выражались в снижении миогенного и нейрогенного тонуса артериол и развитии застойных явлений в капиллярном звене МЦР, отмечается — в 4 случаях, что наиболее характерно для инфильтративно–пролиферативной стадии.

Таким образом, у пациентов с розацеа имеют место значительные изменения МЦ в очагах поражения, характерные для длительного вялотекущего воспалительного процесса. Прослеживается определенная связь между состоянием МЦ и клинической стадией заболевания.

Особенности течения поздней кожной порфирии, ассоциированной с хроническим вирусным гепатитом

Кузнецова Н.П., Чащин А.Ю., Судакова О.Г.

Государственный медицинский университет, г. Иркутск.

В мировой литературе имеются сообщения о связи поздней кожной порфирии (ПКП) с хроническим вирусным гепатитом. В отечественной литературе описаны лишь единичные случаи.

Материалы и методы. Нами было обследовано 50 больных с ПКП в возрасте от 35 до 60 лет, среди них 42 мужчины и 8 женщин. Давность заболевания от 3 до 20 лет. 24 пациента имели манифестные признаки заболевания (пузыри на тыле кистей, легкая повреждаемость кожи, гиперпигментация открытых участков кожи). У 26 больных пузыри отсутствовали, была выражена дисхромия на тыле кистей, атрофические рубчики, у двух больных — склеродермоподобные изменения кожи. Все эти изменения наблюдались в фазе ремиссии.

У всех больных методом иммуноферментного анализа определяли маркеры вирусных гепатитов В, С и D. Проводили клинико–лабораторные исследования и УЗИ внутренних органов. Лимфотоксическим методом определяли антигены гистосовместимости I класса.

Результаты. При клинико — лабораторном и УЗ исследовании у 30 больных были выявлены изменения печени (гепатомегалия, жировой гепатоз, диффузные изменения). У 18 больных обнаружено повышение показателей трансаминаз, особенно АСТ. Эти изменения чаще выявлялись у больных с давностью заболевания более 5 лет. При обследовании больных на наличие гепатотропных вирусов чаще выявлялись маркеры вирусного гепатита С. Исследование HLA антигенов показало, что у каждого третьего больного выявлялся HLA антиген В¹⁸. Мы отметили связь между антигеном HLA В¹⁸ и наличием у больного вирусного гепатита С. Особенности течения ПКП, ассоциированной с хроническим вирусным гепатитом, является развитие гепатомегалии, которая протекает асимптомно, а вирусный гепатит выявляется только при специальном обследовании.

Учитывая стертое, малосимптомное течение гепатита у больных ПКП, противовирусная терапия в этих случаях не показана, но целесообразно в комплексную терапию ПКП включать гепатопротекторы (хофитол, эссенциале и др.).

Особенности экспрессии матричных металлопротеиназ клетками разных эпителиальных опухолей кожи

Смирнова И.О., Антонова И.В., Смирнова О.Н., Морозова Н.В., Котова Ю.А.

Санкт–Петербург

Опухолевые клетки разного гистогенеза способны синтезировать различные типы матричных металлопротеиназ (ММП), интенсивность секреции которых, как правило, коррелирует со степенью инвазии опухоли и тенденцией к метастазированию. Хотя изучению экспрессии ММП при эпителиальных опухолях кожи посвящены единичные работы, в них обнаруживаются аналогичные зависимости между продукцией различных типов ММП и «неблагоприятным прогнозом опухоли» (Снарская Е.С. и соавт., 2005; Cribier В., et al, 2001).

Проанализировано 70 наблюдений базальноклеточного (БКРК) и 10 — плоскоклеточного (ПКРК) рака кожи. Срезы опухолей окрашивали гематоксилином–эозином, обрабатывали моноклональными антителами к ММП–1, ММП–9 и ММП–11, антигенам Ki67 и CD34. Контрольным материалом являлась кожа заушной (закрытой от инсоляции) и височной (подверженной хроническому ультрафиолетовому облучению) области головы, полученная при пластических операциях от 53 пациентов. Морфометрический анализ проводили с помощью оптического микроскопа Nikon Eclipse E400, компьютера на базе Intel Pentium 4 и программного обеспечения «Видеотест — Морфология 4.0».

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 4х наблюдениях ПКРК отмечена 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 (по экспрессии антигена CD34) прилегающей дермы. Дальнейшее исследование особенностей экспрессии ММП при различных опухолях кожи, а также предопухолевых состояниях внесет существенный вклад в понимание и трактовку изменений состава и активности клеток опухолей и их микроокружения.

Проведение исследования поддержано Советом по грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых (конкурс МД–2006).

Оптимизация терапии больных распространенным псориазом с применением узкополосного средневолнового ультрафиолетового излучения

Бутарева М.М., Тимошин Г.Г.

ГУ «ЦНИКВИ Росздрави», г. Москва.

Цель работы: изучение клинической эффективности узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм у больных распространенным псориазом.

Материалы и методы исследования: в основу работу положены результаты комплексного клинико–лабораторного обследования и лечения 104 больных псориазом.

62 больных псориазом получили курс узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм (УФВ–терапия 311) и составили основную группу. Процедуры осуществляли на установке «Waldmann UV–7001К» с использованием ламп TL–01, генерирующих излучение в диапазоне волн 310–315 нм с максимальной эмиссией на длине волны 311 нм. Процедуры проводили 4 раза в неделю; начальная доза УФВ излучения в зависимости от типа кожи составляла 0,1–0,2 Дж/см². Дозу облучения повышали на 0,1 Дж/см² каждую последующую процедуру. Случаев развития выраженной эритемы, требовавшей отмены процедур, не наблюдали.

42 больных получили курс общей ПУВА–терапии (группа сравнения). Процедуры ПУВА–терапии проводили по общепринятой методике. В качестве фотосенсибилизатора назначали таблетки аммифурина в дозе 0,8 мг/кг массы тела. Облучение начинали с дозы 0,3–0,75 Дж/см², последующие разовые дозы УФА увеличивали через каждые 1–3 сеанса на 0,25–0,5 Дж/см².

Клиническая характеристика больных. Нами обследованы 104 больных псориазом (58 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 15 до 58 лет (средний возраст 30,0±10,8 года), с продолжительностью заболевания от 1 месяца до 30 лет (средний показатель 12,0±8,9 лет). У 94 (90%) пациентов была диагностирована обычная, у 10 (10%) — экссудативная форма псориаза. У 82 (78,9%) больных отмечалась стационарная стадия заболевания, у 22 (21,1%) — прогрессирующая.

По тяжести псориазического процесса пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы. Первая подгруппа включала 32 больных с легкими проявлениями псориаза (исходные значения индекса PASI от 6,0 до 20,0 баллов). Вторая подгруппа состояла из 30 больных со среднетяжелыми и тяжелыми проявлениями заболевания (значения PASI от 21 до 49,5 баллов). В группе сравнения индекс PASI до лечения составил от 21 до 51,2 балла.

В каждой подгруппе больных, получавших УФВ–терапию 311, а также у пациентов группы сравнения обычная форма псориаза была диагностирована у 90% пациентов, экссудативная — у 10%.

Положительный эффект от применения УФВ–терапии 311 наблюдался у всех больных. У больных с легкими проявлениями псориазического процесса на курс потребовалось от 15 до 32 процедур (в среднем 21±4,4 процедуры), в подгруппе больных со среднетяжелыми и тяжелыми клиническими проявлениями заболевания их число составило от 18 до 32 процедур (в среднем 25±4,1 процедуры). Максимальная и кумулятивная дозы ультрафиолетового излучения пациентами с легкими проявлениями заболевания составили 1,6±0,4 и 20,8±7,8 Дж/см² соответственно, в группе со среднетяжелыми и тяжелыми проявлениями заболевания 2±0,2 и 28±5,9 Дж/см². После курса УФВ–терапии 311 клиническое выздоровление достигнуто у 27 (85%), значительное улучшение — у 5 (15%) пациентов с легкими проявлениями заболевания. Среди больных со среднетяжелыми и тяжелыми проявлениями кожного процесса клиническое выздоровление достигнуто у 24 (80%), значительное улучшение — у 4 (15%), улучшение — у 2 (5%) пациентов.

У всех больных переносимость УФВ–терапии 311 была хорошая, лишь у 6 (10%) больных отмечалась слабая эритема, у 5 (7,5%) — умеренный зуд.

Положительный эффект от ПУВА–терапии также наблюдали у всех пациентов. Для достижения клинического выздоровления понадобилось от 16 до 29 (в среднем 23±3,2) процедур при средней суммарной дозе облучения 113±5,8 Дж/см². Клиническое выздоровление достигнуто у 38 (90%) больных, значительное улучшение — у 3 (7,1%), улучшение — у 1 больного (2,9%). Из побочных реакций наблюдали эритему у 2 (6%), головную боль — у 2 (6%), тошноту, связанную с приемом фотосенсибилизатора, — у 1 (3%) больного.

Анализ отдаленных результатов УФВ–терапии 311 показал, что у большинства пациентов, отметивших рецидив или обострение заболевания, процесс носил более легкий характер, сопровождающийся немногочисленными высыпаниями, или ограничивался «дежурными бляшками», без склонности к распространению, с незначительной инфильтрацией очагов. Сроки клинической ремиссии увеличились в среднем на 1,6 месяца (p<0,05).

Выводы: УФВ–терапия 311, в отличие от ПУВА–терапии не требует применения фотосенсибилизаторов и не обладает свойственными им побочными эффектами, что делает метод более безопасным. Преимуществом данного метода также является возможность его применения у больных псориазом с сопутствующей соматической патологией и противопоказаниями к проведению ПУВА–терапии.

Выявленная в результате проведенной работы высокая эффективность, хорошая переносимость и отсутствие выраженных побочных эффектов позволяют рекомендовать УФВ–терапию 311 в качестве одного из основных методов патогенетической терапии больных распространенным псориазом.

Организация курортного лечения больных хроническими дерматозами

Рассказов Н.И., Думченко В.В., Поспеева Л.А., Ерина И.А.
г.Астрахань

Большое внимание в дерматологии уделяется вопросам изыскания новых методов терапии, в частности базирующихся на использовании естественных средств воздействия на организм больного, которые в отличие от фармакологических препаратов при рациональном назначении вызывают побочных действий. Этим условиям удовлетворяют санаторно–курортные факторы. Используются климатические факторы, гелиотерапия, талассотерапия. Однако более широкое применение нашли водо– и грязелечение.

При всем многообразии бальнеологических курортов России они не могут удовлетворять потребностям населения в этом виде лечения. Возможности грязелечения представлены единичными курортами. Поэтому особую значимость приобретают работы по открытию и изучению новых, в первую очередь местных, курортных факторов, оценке их эффективности при кожных заболеваниях. С этой точки зрения привлекает внимание минеральная вода и грязь старейшего курорта «Тинаки» в Астраханской области.

В настоящее время он является прекрасно развитой и оборудованной лечебно–профилактической базой, где широко представлены факторы курортного и методы физиотерапевтического лечения. Однако в показаниях для лечения на этом курорте не были представлены заболевания кожи. Многолетние совместные работы дерматологов и курортологов позволили обосновать и показать эффективность лечения на курорте «Тинаки» заболеваний кожи. Об этом свидетельствовали прежде всего результаты лечения 148 больных сердечно–сосудистой и неврологической патологией, имеющих сопутствующую дерматологическую патологию. Больных псориазом было 87, экземой — 29, атоическим дерматитом — 32. Клиническое выздоровление получено у 39,8%, значительное улучшение — у 47% больных дерматозами.

Другое направление использования курортных факторов организация лечения больных хроническими дерматозами в амбулаторных условиях. С этой целью отбирались больные, которым показано курортное лечение, в дневные стационары и по курсовкам получали необходимые процедуры. При этом изыскивалась возможность оплаты лечения по курсовкам через различные фонды.

Одновременно формировались группы больных, заболевания кожи у которых (псориаз, красный плоский лишай) не входили в перечень показаний для лечения на курорте «Тинаки». Поэтому по результатам клинико-функциональных исследований этой группы была обоснована целесообразность включения данных заболеваний в перечень показаний для лечения в условиях курорта.

Отдаленные результаты использования перфторана в терапии нейротрофических язв (НТЯ) стоп у больных лепрой

Савин Л.А., Шац Е.И.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», Астрахань

Одной из актуальных задач практической лепрологии является совершенствование методов медицинской реабилитации больных лепрой с инвалидизирующими осложнениями (невриты, амиотрофии, трофические язвы, остеомиелиты). Сосудистые изменения являются одним из звеньев патогенеза НТЯ. Характерным признаком поражения сосудистого аппарата у больных лепрой, страдающих НТЯ, является спастико-атоническое состояние периферических сосудов, особенно артериол. Предлагаемый метод лечения НТЯ стоп заключается в использовании в комплексной терапии НТЯ изготовленной на основе перфторорганических соединений (ПФОС) эмульсии перфторан. Обогащенная кислородом эмульсия обладает повышенной способностью проникать в очаги пораженной ткани, проходить через механически суженные, спазмированные, склерозированные, частично тромбированные сосуды, обеспечивая при этом хорошую оксигенацию пораженных тканей. Под наблюдением находилось 40 больных лепрой в возрасте от 49 до 80 лет с длительно незаживающими НТЯ стоп. Наиболее часто нейротрофические язвы локализовались в области большого пальца, проекции головок плюсневых костей. Контрольную группу составили 20 больных лепрой, которым проводилось лечение общепринятыми методами (без перфторана). Опытная и контрольная группы больных по полу, возрасту и клиническим проявлениям были сопоставимы. Перфторан применяли по 5 мл по следующей методике: в первый день лечения обогащенную кислородом (путем продувания) 5 мл эмульсии перфторан однократно вводили в края и дно язвы. В последующем в течение месяца один раз в сутки местно на язву производилась аппликация марлевой салфетки, смоченной эмульсией перфторан. Через 2 часа, когда перфторан практически всасывался, промокали поверхность язвы стерильной марлевой салфеткой и наносили антибактериальную мазь. Во время лечения перфтораном у 76% больных средние сроки полного заживления язвенных дефектов составили 25,6±5,4 суток, а в контрольной группе — 35,3±7,2 суток, т.е. при использовании перфторана сроки заживления были достоверно короче ($p < 0,05$). В процессе лечения, а также через 30 дней после его окончания проводили исследование микроциркуляции в околоязвенных тканях с помощью гелий-неонового доплеровского флоуметра ЛАКК-01. При использовании в комплексной терапии эмульсии перфторан происходило улучшение микроциркуляторных процессов в тканях: достоверно возрастали показатели расчетных индексов активного механизма регуляции кровотока (Amax CF/Amax LF) с 0,27 до 0,33, через месяц до 0,56; пассивного механизма регуляции кровотока (Amax HF/Amax LF) с 0,51 до 0,62, через месяц увеличение составило 0,73; коэффициента вариации микроциркуляции Kv с 33,64 до 44,71%, изменялся соответственно 61,32%. В процессе наблюдения через год в опытной группе отмечено 18,5% рецидивов, а в контрольной 45%. Таким образом, применение эмульсии перфторан в комплексе лечебных мероприятий значительно повысило эффективность лечения долго незаживающих НТЯ стоп у больных лепрой, что улучшило качество их жизни.

Оценка характера специфической активации мононуклеаров периферической крови в диагностике лепры

Балыбин Е.С.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», г. Астрахань

Существующие традиционные методы диагностики лепры оказываются недостаточно точными при определении ее пограничных форм в соответствии с принятой в мире классификацией Ридли-Джоплинга (1962). Не решают до конца эту проблему и разработанные в последующие годы иммунодиагностические методы, отражающие этапы пролиферации и дифференцировки иммунокомпетентных клеток в процессе иммуногенеза (Чередеев А.Н. и др., 1991). В этой связи мы решили изучить при лепре активацию мононуклеаров периферической крови под влиянием специфического антигена по концентрации в них циклического аденозинмонофосфата (цАМФ). Из периферической крови 67 больных различными формами лепры в активной стадии выделяли мононуклеары в градиенте плотности фикола-пак, вносили в пробирки с питательной средой, содержащей по 20 мкг/мл антигена из *M. leprae* — лепронина (ЛПН), и помещали в термостат. Сроки инкубации составляли 0,5, 2, 20 и 24 часа, по истечении которых из каждой пробирки брали строго определенное количество мононуклеаров, разрушали ультразвуком. Из полученных гомогенатов экстрагировали цАМФ, радиоиммунологическим методом определяли его уровень, пересчитывали на 10^6 мононуклеаров. Найдено существенное различие временной динамики уровня цАМФ в мононуклеарах, инкубируемых с ЛПН, при разных формах лепры. При лепроматозной форме лепры максимальный подъем уровня цАМФ в мононуклеарах, в несколько раз превышающий его исходный уровень, наблюдался к 24 часу и сочетался с незначительными колебаниями этого уровня к 0,5, 2 и 20 часам инкубации с ЛПН. Погранично-лепроматозная форма лепры характеризовалась прогрессирующим снижением уровня цАМФ в мононуклеарах по мере нарастания срока их инкубации с ЛПН к 24 часу. При других формах лепры (по классификации Ридли-Джоплинга) вид кривой был сходен, а именно, во всех случаях наблюдался пик концентрации цАМФ в мононуклеарах, несколько превосходящий исходный уровень, с последующим его резким снижением. Различие заключалось в том, что пик указанной концентрации при пограничной форме лепры приходился на 20 час, при погранично-туберкулоидной — на 2 час и при туберкулоидной — на 0,5 час от начала инкубации мононуклеаров с ЛПН. Полученные данные в комплексе с общепринятыми методами могут быть использованы для более точного определения формы лепры, предопределяющей последующий комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Оценка эффективности лечения спреем «Псорилон» больных атопическим дерматитом

Верхогляд И. В.

г. Москва

Наружная терапия занимает ведущее место в комплексной программе лечения больных АТД. В настоящее время современным направлением в наружной терапии дерматозов является лечебная косметика. В эффективности, безопасности и удобстве применения лекарственной косметики нам позволили убедиться собственные наблюдения за больными атопическим дерматитом, использующими в качестве наружной терапии спрей из серии «Псорилон». Такой выбор косметики обоснован, прежде всего, тем, что средства этой серии разработаны специально для дерматологических больных исключительно из сырья естественного происхождения с гипоаллергенными свойствами.

Целью исследования было изучение клинической эффективности и переносимости спрея «Псорилон» при АТД. Под наблюдением находилось 24 пациента в возрасте от 15 до 32 лет, большинство из которых составляли женщины (13 человек). Больным проводилось базисное лечение с использованием антигистаминных, десенсибилизирующих средств, ферментов и адсорбентов. Спрей «Псорилон» применялся после купирования признаков острого воспаления (устранения мокнущих и яркой гиперемии). Длительность применения спрея «Псорилон» была различной и составляла в среднем 3–5 недель. При нанесении препарата пациенты отмечали легкое жжение и покалывание, которое проходило самостоятельно через 5–10 минут. Оценка проводимой терапии проводилась с помощью индекса SCORAD, после окончания лечения средний показатель индекса снижался в 2,9 — 4,05 раз, клиническая ремиссия была достигнута у 82,7% больных исследуемой группы. Анализ данных свидетельствовал о том, что наиболее быстро исчезал зуд и восстанавливался сон. Нами отмечена также хорошая переносимость спрея «Псорилон». Нежелательные побочные явления (зуд, гиперемия) были отмечены у одного пациента (4,2%), осложнений от проведенной терапии не было зарегистрировано ни у одного больного. Сами пациенты отмечали удобство в использовании данной лекарственной формы. Таким образом, в нашем исследовании спрей «Псорилон» показал себя, как эффективный и безопасный препарат для наружного лечения АТД, подходящий для длительного использования, у которого отсутствуют побочные эффекты и противопоказания. Применение спрея «Псорилон» позволяет значительно сократить время использования топических стероидных препаратов, а в некоторых случаях вообще избежать их назначения.

Паранеопластические синдромы в дерматовенерологической практике

Скрипкин Ю. К., Дворников А. С., Шахнович А. А.

Кафедра кожных и венерических болезней л/ф, РГМУ, Москва

С каждым годом проблема распространенности онкологических заболеваний становится все серьезней. По данным ВОЗ рост заболеваемости в период с 1999 по 2002 годы увеличился: с 10 до 20 млн новых случаев и с 6 до 12 млн регистрируемых смертей. В 2005 г число онкологических больных в России достигло 2.3 млн. человек, увеличившись с 1995 г на 1.75 млн человек. Онкологические заболевания поражают в основном население в активном трудоспособном возрасте, что наносит серьезный экономический ущерб государству и ставит перед здравоохранением задачу обеспечить своевременное и широкое внедрения в повседневную практику современных достижений медицинских технологий в области профилактики и ранней диагностики онкозаболеваний. В связи с этим особое внимание следует уделять диагностическим мероприятиям паранеопластических синдромов, которые могут быть первыми ранними признаками опухолевого процесса.

Паранеопластические процессы — это синдромы, вызываемые новообразованиями, локализующимися вдали от первичной опухоли и ее метастазов.

В конце 1950–х годов Н.Суртх предложила следующие критерии, для определения паранеопластического синдрома:

1. Одновременное начало кожного и злокачественного заболевания внутренних органов или появление кожной патологии после выявления злокачественного заболевания внутреннего органа.
 2. Параллельное течение кожного и злокачественного заболевания внутренних органов.
 3. Наличие определенного типа или места развития рака, связанного с кожным заболеванием.
 4. Статистически подтвержденные свидетельства того, что злокачественные заболевания чаще развиваются у пациентов с кожными болезнями, чем в соответствующих по полу и возрасту контрольных популяциях.
 5. Генетическая связь между синдромом с кожными проявлениями и злокачественным заболеванием внутреннего органа.
- Паранеопластические синдромы могут быть результатом:

- 1) Продукции опухолью различных веществ.
- 2) Поглощения опухолью необходимых организму веществ.
- 3) Развития противоопухолевого иммунного ответа, который становится чрезмерным и переходит в синдром.

В дерматовенерологической практике выделяют следующие паранеопластические синдромы (по данным Шадыева Х.К., 1985; Скрипкина Ю.К., 1998; John Swerdloff, 2002): папулосквамозные нарушения, пальмарное рубцевание, паранеопластический акрокератоз или синдром Базекса, чёрный акантоз, приобретённый ихтиоз, синдром Лезера–Трелата, экстрамаммарные болезни Педжета, пестрый кожный папилломатоз, ладонноподошвенный кератоз, некротизирующая мигрирующая эритема, спиралевидная эритема, лихорадочный нейтрофильный дерматоз Свита, гипертрофическая остеоартропатия, мультицентрический ретикулогистиоцитоз, дерматомиозит, буллезный пемфигоид, паранеопластический пемфигоид, гипертрихоз, синдром Труссо, карциноидный синдром.

Диагностировав один из перечисленных выше синдромов дерматовенеролог должен принять во внимание возможность наличия у пациента новообразования и предпринять меры, направленные на скорейшую диагностику и лечение. Кроме этого врач должен учитывать высокую вероятность возникновения у пациента новообразования и обеспечить высокий уровень наблюдения (онкодиагностики).

Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у больных склеродермией

Белова Е.А., Данилов С.И., Пирятинская В.А., Грибанова Т.В., Гусева С.Н.

Государственная Медицинская Академия им. И.И.Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург, Россия.

При развитии различных форм склеродермии (СД) наблюдаются усиление перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ослабление системы антиоксидантной защиты. Мы проводили изучение выраженности указанных изменений в зависимости от формы склеродермии у 118 больных. Состояние окислительно-восстановительного равновесия оценивалось по изменению ферментной (супероксиддисмутаза — СОД, каталаза — КТ, глутатионредуктаза — ГР) и неферментной (тиолдисульфидной) антиоксидантных систем с определением SH-восстановленных и SS-окисленных групп в крови. Интенсивность ПОЛ определялась по содержанию малонового диальдегида (МДА) и величине хемиллюминесценции (ХЛ). Эти показатели определялись у 7 пациенток с системной склеродермией (ССД), у 88 — с очаговой СД и у 23 больных женщин с атрофодермией Пазини-Пьерини.

При анализе показателей активности антиоксидантных систем наиболее выраженные изменения наблюдались у 7 больных с системным процессом (наибольшее снижение активности СОД, ГР и усиление активности КТ, снижение соотношения СОД/КТ, уменьшение коэффициента SH/SS, увеличение содержания МДА и значения ХЛ). У 57 больных с очаговой СД и длительностью заболевания более 4 лет наблюдались аналогичные, но менее выраженные изменения. Незначительные сдвиги вышеперечисленных показателей определялись у 18 больных с очаговой СД с длительностью заболевания до 3 лет и у 16 пациенток с атрофодермией Пазини-Пьерини.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об усилении повреждающего действия перекисного окисления липидов, снижении антиоксидантной защиты у большинства больных с склеродермией, однако наибольшую выраженность они имеют у лиц с системным процессом.

Препараты кальципотриола в лечении ограниченной склеродермии

Бахметьев А.А.

г. Воронеж

Цель: оценить эффективность применения препаратов кальципотриола: мази дайвобет и крема дайвонекс (производитель Лео Фармасьютикал Продактс, Дания) в терапии ограниченной склеродермии. Крем дайвонекс содержит активное вещество кальципотриол 50 мкг в 1 г, мазь дайвобет — активное вещество кальципотриол 50 мкг, бетаметазона дипропионат 0,5 мг в 1 г. Кальципотриол — синтетический аналог активного метаболита витамина D; вызывает торможение пролиферации кератиноцитов и ускоряет их морфологическую дифференциацию. Бетаметазон — глюкокортикостероид для наружного применения; оказывает местное противовоспалительное, противоаллергическое, противоотечное и антипролиферативное действие. Обладает более сильным вазоконстрикторным действием, по сравнению с другими фторпроизводными глюкокортикостероидами. При воздействии препаратов на кожу происходит предупреждение краевого скопления нейтрофилов, что приводит к уменьшению экссудации, продукции цитокинов, торможению миграции макрофагов и в конечном итоге к уменьшению процессов инфильтрации и грануляции.

Методы: обследовано 20 больных ограниченной бляшечной склеродермией (7 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 23 до 54 лет, получавших лечение в дневном кожном отделении МУЗ ГКБ №7. Шесть пациентов имели один очаг поражения, 7 пациентов — 2–3 очага, 7 больных — 4–5 очагов. Склеродермия в стадии отека была у 8 больных, отека и уплотнения — у 8, уплотнения — у 4. У всех пациентов в очагах наблюдалась периферическая зона гиперемии в виде «лилового венчика». Мазь Дайвобет назначали наружно тонким слоем на очаг поражения 1 раз в сутки 2 недели. Затем по будням проводили терапию кремом Дайвонекс 2 раза в день, по выходным (суббота, воскресенье) — лечение мазью Дайвобет 1 раз в день 2 недели. В последующем мазь Дайвобет заменили кремом Дайвонекс, который применяли на протяжении 4 недель. Продолжительность курса лечения составляла 8 недель. Максимальная недельная доза препарата не превышала 100 г. Оценка эффективности лечения проводили по выраженности отека, уплотнения, лилового венчика в очагах поражения.

Результаты: после проведенного лечения у больных ограниченной склеродермией отмечена положительная динамика симптомов в виде уменьшения и исчезновения отека, лилового венчика, уплотнения кожи, восстановления эластичности в очагах поражения.

Выводы: локальное лечение больных ограниченной склеродермией препаратами кальципотриола при комбинации мази дайвобет и крема дайвонекс приводит к уменьшению выраженности симптомов активности кожного процесса.

Перспективы использования некоторых косметологических методов в лечении акне

Жураева С.Ш.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт

Цель исследования — обосновать эффективность химических пилингов и использования мезотерапевтических методов у больных тяжелыми формами акне.

В последнее время определенную пользу приносит назначение кератолитических средств. С успехом используются препараты содержащие фруктовые кислоты, резорцин, салициловую кислоту и другие отшелушивающие средства в виде лосьонов спиртовых настоек, спиртовых растворов и паст, а также гели и крема, содержащие бензоилпероксид и ретиноевую кислоту [Dreno B., 2001].

Особые перспективы открывает использование альфа-гидроксидов (АНА), в том числе гликолевой кислоты. Один из основных эффектов АНА — отшелушивающий — связан с их способностью ослаблять сцепление между роговыми клетками. Интересно, что АНА влияют непосредственно на когезию корнеоцитов, чем принципиально отличаются от истинных кератолитических агентов — сильных кислот, щелочей и таких денатурирующих веществ, как мочевины и соли лития в высоких концентрациях которые разрушают сами роговые чешуйки [Cunliffe W.J., Gollnick H., Shalita A., 2000].

Важно подчеркнуть, что АНА действуют на сцепление корнеоцитов специфически, не нарушая целостность барьера рогового слоя. Более того, есть сведения, что гликолевая кислота положительно влияет на синтез керамидов — важнейших компонентов межклеточных липидных слоев рогового слоя, что важно при последующем восстановлении рогового слоя и его барьерных свойств [Dreno B., 2001].

Мезотерапия — это терапевтическая методика, тесно связанная с общей медициной. Такой раздел медицины как дерматология является прекрасным показанием для мезотерапии, в силу того, что кожные заболевания имеют местную или локальную симптоматику, что доступно взгляду врача и игле мезотерапевта.

Мезотерапия позволяет вводить лекарственные средства прямо по месту назначения. Что наглядно подтверждает применение мезотерапии при такой распространенной патологии как угревая болезнь [Plewig G., 2001].

Исследования выполнялись на базе отдела дерматологии Научно-исследовательского кожно-венерологического института совместно с Ассоциацией мезотерапевтов Казахстана.

Учитывая медленную динамику, а у части больных и отсутствие положительного эффекта от общепринятой терапии, мы использовали комплексное лечение с использованием мезотерапевтических манипуляций и химических пилингов (Джеснера, альфа-бета комплекс — гликолевая и салициловая кислота в комбинации).

Под наблюдением находилось 21 больных угревой болезнью (14 мужчин 7 женщин) в возрасте от 16 лет до 28 лет. У пациентов давность заболевания установлена на основании анамнеза и варьировала от 6 месяцев до 10 лет.

Из 21 больных у 11 угревая болезнь протекает на фоне патологии гепатобилиарной системы, выявленной при ультразвуковом исследовании и гепатобилисцинтиграфии. У этих же больных угревая болезнь имела хроническое течение, с частыми рецидивами 3–4 раза в год и плохо поддавалась лечению. У 6 пациентов в анамнезе отмечается хронический гастрит, эндокринные нарушения — у 1, у 3 — сопутствующей патологии не выявлено.

Больные были разделены на две группы

В первой группе (16 больных) применяли комплексный метод лечения с использованием мезотерапевтических методов и химических пилингов, а во второй группе (5 больных) только классический метод лечения без применения мезотерапии и химических пилингов.

Все пациенты получали специфическую противовоспалительную терапию: антибиотики с учетом чувствительности патогенной флоры, тиосульфата натрия 30%, глюконат кальция, при выявлении клеща демодекс — трихопол или метрогил, витамины группы В₁, В₆, В₁₂, фолиевая кислота, рассасывающую терапию — алоэ, ФИБс; препараты улучшающие микроциркуляцию — никотиновая кислота, гепатопротекторы при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы, активированный уголь, хилак-форте, линекс, иммуноглобулины.

Химические пилинги проводились пациентам 1 раз в неделю с интервалом 7 дней; мезотерапия также проводилась 1 раз в неделю через 3–4 дня после химических пилингов.

После проведенной терапии у всех пациентов I группы наблюдается положительная динамика, значительное улучшение клинической картины: регресс глубоких инфильтратов, уменьшение отечности, гиперемии, исчезновение болевого синдрома, пустулезных элементов, единичные рубчики на месте бывших элементов, значительное купирование застойных пятен, что самое важное хорошая ремиссия заболевания, отсутствие новых высыпаний.

У пациентов II группы, несмотря на проводимую патогенетическую терапию, присутствовали явления отечности и гиперемии, болевой синдром, появление новых папулезных и пустулезных элементов.

Таким образом, сочетание в комплексном лечении химических пилингов и мезотерапии способствует атравматическому регрессу элементов возникающих при угревой болезни и является достаточно эффективным в отличии от многих других методов лечения, что позволяет рекомендовать его применение.

Перспективы лечения лепры сочетанным применением рифампицина с йодидом и корнем хрена

Маслов А.К., Лужнова С.А

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», Астрахань

Миелопероксидазная (МП) система является одной из основных бактерицидных систем фагоцитов, в состав которой входят пероксидаза+перекись водорода+йод. Однако содержание йода в крови значительно ниже того количества, которое необходимо для осуществления наиболее эффективной антимикробной деятельности МП-системы. Цель настоящего исследования состояла в попытке оптимизации терапии экспериментальной лепры путем комбинации основного антибиотика, применяющегося для лечения лепры — рифампицина (РФП), с корнем хрена (КХ), содержащим пероксидазу, а также КJ в подобранной ранее эффективной дозировке (0,2 мг/кг в сутки). В эксперименте использовали мышей линии СВА, зараженных интраплантарно взвесью возбудителя лепры (*M.leprae*). В качестве контроля использовались животные, получающие обычную комбинированную терапию лепры — РФП и диаминодифенилсульфон, и мыши без лечения. Активность пероксидазы в используемом КХ, определенная методом перманганатометрического титрования, составила 100 Е/г. Содержание аскорбиновой кислоты — 170 мг/100 г продукта. Подсчитывали количество *M.leprae* в лапах мышей, активность МП нейтрофилов крови, уровень гемоглобина, количество эритроцитов, лейкоцитов и лейкоцитарную формулу. О функции печени судили по активности аланин- и аспартатами-нотрансфераз в сыворотке крови и гомогенате печени животных. Терапия с введением КХ и йодида оказывала лучший антимикробный эффект, чем общепринятая комбинированная терапия. При применении комплекса препаратов РФП+КХ+КJ статистически значимо ($p < 0,001$) повышалась активность МП нейтрофилов крови, выявлен противовоспалительный эффект, не возникало стойкого явления анемии и токсического воздействия на печень мышей. Ранее нами показано, что введение мышам не только пероксидазы также способствует повышению активности МП фагоцитов. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что использование йода с КХ, содержащим пероксидазу, способно усиливать действие бактерицидных факторов и, в частности, МП-системы фагоцитов. Результаты исследования, в перспективе, могут быть использованы в комплексной терапии лепры.

Применение адьювантных мероприятий в терапии акне

Аскарова Г.К., Жураева С.Ш.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт

Акне — одна из актуальных проблем в дерматологии. Характеризуется высоким уровнем заболеваемости во всем мире, имеющее тенденцию дальнейшего роста, хроническое рецидивирующее течение, высокой частотой осложненных форм и психоэмоциональными нарушениями приводящие в тяжелых случаях к депрессивным синдромам и суицидальным поступкам.

Все вышеизложенное создает определенные трудности в диагностике и терапии у больных угревой болезнью.

Терапия акне на сегодняшний день является высокоэффективной, вместе с тем новые фармакопрепараты обладают агрессивными свойствами, вызывая нежелательные побочные эффекты. Разработанные методы базисной акнетерапии основаны на большой длительности курсов (месяцы и годы) и применении высоких доз с требованием достижения кумулятивной курсовой дозы, которая сможет обеспечить длительную ремиссию или излечение акне. С появлением эффективной патогенетической акнетерапии многие врачи отказались от старых средств, которые, хотя и не действовали на ключевые точки патофизиологии акне, но может быть могли бы в какой-то мере благоприятно изменять биологическую реакцию организма или оказаться синергичной добавкой к более сильному патогенетическому средству. Вышли из употребления не только лакто- и аутогемотерапия, ультрафиолетовые облучения, старые рецептурные прописи спирт-содержащих лосьонов, но и некоторые виды мануальных косметологических пособий стали вызывать отрицательную оценку в новых алгоритмах акнетерапии (Landow K., 1997). И в то же время стала очевидной задача повысить безопасность новой патогенетической акнетерапии.

В ряде работ по лечению акне появляются разделы об «адыювантной акнетерапии» (Суворова К.Н. и др., 2000; T.Jansen, G. Plewig, 1999) или о «сопутствующих дополнительных мероприятиях» (Адаскевич В.П., 2000).

В качестве адыювантных средств в основном предлагаются препараты с гепатопротективным, детоксицирующим эффектом, иммуномодуляторы. Немалое значение придается седативным воздействиям, психотерапии (Адаскевич В.П., 2000; Должикова Э.М. и др., 2000; Рудых Н.М., 2000; Папий Н.А., 1999; и др.). Однако среди психотропных средств имеются препараты с высоким аффинитетом к Д2-рецепторам гипофиза, обладающие акнегенным действием. В.П. Адаскевич (2000) и Н.М. Рудых (2000) возражают против широкого назначения психотропных препаратов больным акне, хотя их часто рекомендуют в литературе для лечения больных угрями.

Вопрос о включении в адыювантные мероприятия УФО, ПУВА, селективной УФ терапии, акневакцин, цинка, дрожжей и диеты остается спорным, некоторые авторы считают их бесполезными (Landow K., 1997; Jansen T., Plewig C, 1999). По мнению В.П. Адаскевича (2000), показания для применения цинка при акне недостаточно убедительны.

Высказывались сомнения в целесообразности ряда косметических рекомендаций, усиленного очищения кожи детергентами, щетками, спиртом, применения механических и химических пилингов, глубокой чистки кожи, что может нарушить барьерные свойства эпидермиса, вызвать гипергидратацию фолликула, ухудшение течения акне или появление детергентных акне (Сokolовский Е.В. и др., 1998; Аравийская Е.Р. и др., 1998; Landow K., 1997; Jansen T., Plewig G., 1999). Однако в других публикациях косметологические подходы в терапии акне (чистки, акне-туалет, разнообразные пилинги, лечебный массаж, маски, крио- и лазеротерапия, адаптированные методики очищения кожи и пр.) оцениваются как необходимые и эффективные мероприятия (Храмова И.Р. и др., 2000; Должикова Э.М. и др., 2000; Адаскевич В.П., 2000; и др.). L.G.Weist (1999) рекомендует поверхностный пилинг (с использованием гликолевой, ретиноевой, азелаиновой кислот) при вульгарных угрях и розацеа, а пилинг средней глубины и глубокий при акне-рубцах. Обсуждаются сообщения о редуцирующем действии альфа-гидроксидов на образование микрокомедонов, о новых гидроксилах (LHA) с более сильным комедолитическим действием, антиирритантных добавках в химические пилинги (Shalita A.K., 2001).

В последнее время все чаще обсуждаются предложения о необходимости комплексного лечения акне с использованием разных видов лечебной косметологии, мануальных пособий, каутеризации, лазерной эксцизии, акне-фототерапии, внутри-очаговых инъекций глюкокортикоидов и т.д. в рамках дополнительной акнетерапии: в виде подготовки к агрессивной фармакотерапии; сопутствующих мероприятий в время базисного лечения, а также для коррекции резидуальных явлений постакне.

Цель исследования — оценить эффективность применения адыювантных средств у больных акне с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы.

Наши исследования проведены на базе отдела дерматомикологии научно-исследовательского института кожных и венерических болезней, института хирургии А.Н.Сызганова и учебно-методического центра «Тиком» город Алматы.

У 28 больных угревой болезнью изучали функциональное состояние гепатобилиарной системы с помощью биохимических исследований, ультразвукового сканирования, гепатобилисцинтиграфии, компьютерной томографии.

Установлено, что у 21 пациентов исследуемых по поводу торпидно протекающей угревой болезни, плохо поддающихся лечению в условиях дерматологического отделения и косметологических лечебниц отмечались изменения гепатобилисцинтиграмм из них (14 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 16 лет до 28 лет. У пациентов давность заболевания установлена на основании анамнеза и варьировала от 6 месяцев до 10 лет.

Полученные результаты свидетельствуют о важности выявленных дисфункциональных нарушений гепатобилиарной системы в мультифакторном патогенезе угревой болезни.

12 больным (опытной группы) в традиционную базисную терапию мы включили адыювантные средства: в качестве перорального лечения использовали препарат урсосан (УДХК) по 1к 3 раза в день в течение 2-х месяцев обладающий антихолестатическим, литолитическим, гипохолестеринемическим, гепатопротективным, цитопротективным, антифибротическим, иммуномодулирующим, антиоксидантным, регулирует явления апоптоза. В наружной адыювантной терапии применили мезотерапевтические методы и химические пилинги (Джеснера, альфа-бета-комплекс — гликолевая и салициловая кислота в комбинации). 9-ти больным (контрольной группы) применили только традиционную терапию.

– химические пилинги проводились пациентам 1 раз в неделю с интервалом 7 дней;

– мезотерапия также проводилась 1 раз в неделю через 3-4 дня после химических пилингов.

После проведенной терапии у всех пациентов I группы наблюдается положительная динамика, значительное улучшение клинической картины: регресс глубоких инфильтратов, уменьшение отечности, гиперемии, исчезновение болевого синдрома, пустулезных элементов, единичные рубчики на месте бывших элементов, значительное купирование застойных пятен, что самое важное хорошая ремиссия заболевания, отсутствие новых высыпаний.

У пациентов II группы, несмотря на проводимую патогенетическую терапию, присутствовали явления отечности и гиперемии, болевой синдром, появление новых папулезных и пустулезных элементов.

После завершения курса терапии все пациенты первой группы, получившие комплексный курс с использованием адыювантных методов довольны результатами, отмечается улучшение настроения, исчезновение чувства беспокойства, появление уверенности в себе, что значительно сказалось на качестве жизни. Пациенты второй группы неудовлетворены завершением терапии и намерены продолжить лечение с использованием дополнительных мероприятий.

Таким образом, сочетание в комплексном лечении дополнительных адьювантных мероприятий способствует более быстрому восстановлению тканей на местном уровне, обеспечит длительную ремиссию заболевания и позволяет значительно повысить уровень комфортности обслуживания пациентов.

Применение наружных комбинированных средств при аллергических дерматитах у детей

Смолкин Ю.С., Лян Н.А., Березина Е.Ю., Тарасова И.В.
Детский медицинский центр АДАИР, Москва

В последние годы отмечается неуклонный рост аллергических заболеваний кожи у детей, диагностируемых как экзема, нейродермит, атопический дерматит, часто сопровождающихся симптомами вторичного инфицирования кожи — мацерацией, мокнутием, выраженным зудом.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения отечественного препарата «тройного» действия — «Акридерм ГК» («Акрихин», Россия) в виде крема 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Материалы и методы: обследовано 30 амбулаторных больных от 1 до 13 лет с дерматитами аллергического генеза, имеющих признаки вторичной инфекции. Оценка симптомов производилась до исследования и на 7-й день по шкале EASI. Индекс тяжести дерматита рассчитан с учетом площади поражения кожи и выраженности симптомов, без учета субъективной симптоматики (зуда).

Результаты исследования: терапевтическая эффективность выявлена у 100% пациентов. Средний показатель EASI достоверно снизился на фоне лечения (с 5,23 до 0,97). Отмечено уменьшение выраженности симптомов дерматита и сокращение площади поражения при лечении дерматита любой локализации: в области головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Ни у одного из детей не отмечено местных и общих побочных эффектов на фоне лечения.

Вывод: своевременное назначение комбинированных наружных средств при применении на протяжении не менее 7 дней у детей с атопическим дерматитом, нейродермитом и экземой любой локализации и степени тяжести, осложненными вторичной инфекцией, приводит к быстрому достижению клинической ремиссии заболевания.

Применение современных негормональных увлажняющих асептических средств в наружной терапии атопического дерматита

Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н.
Кафедра кожных болезней п/ф ГОУ ВПО РГМУ Минздрава России, г. Москва.

Известно, что наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения атопического дерматита и не редко занимает в нем ведущее значение. Несомненно, что одной из важнейших целей наружной терапии у больных с атопическим дерматитом является увлажнение кожи, а также устранение и/или профилактика различных вторичных кожных инфекционных осложнений.

В настоящее время на Российском лекарственном рынке представлено большое количество наружных средств, выпускаемых различными фармацевтическими компаниями, созданных специально для «атопической» кожи и направленных на устранение ее сухости.

На этом фоне заслуживают особого внимания современные негормональные средства дерматологического назначения, созданные специально для ухода за сухой, атопической кожей детей и взрослых — гель и крем «Cu-Zn», разработанные и выпускаемые французской лабораторией Урьяж.

Основными активными компонентами геля и крема «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 ферментатических реакций. В коже они активизируют Cu-Zn-зависимую супероксиддисмутазу, оказывая таким образом противоокислительное действие.

Имея большой опыт применения гаммы «Cu-Zn» в наружной терапии атопического дерматита более чем у 100 детей, проводя клинические исследования по оценке терапевтической эффективности и переносимости геля и крема «Cu-Zn» в комплексной терапии больных с легкой и средней степенью тяжести атопического дерматита, мы можем констатировать, что данные препараты обладают выраженными антибактериальным, увлажняющим и противовоспалительным свойствами, характеризуются прекрасной переносимостью, отсутствием осложнений и нежелательных побочных реакций при их использовании, а также обоснованно и заслуженно пользуются популярностью как среди врачей, так и среди пациентов.

Таким образом, гель и крем «Cu-Zn» обладают высокой клинической эффективностью, быстро устраняют сухость и шелушение, прекрасно увлажняют кожу, как в очагах воспаления, так и вне очагов поражения, уменьшают воспалительные явления 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.

Применение цитокинотерапии в дерматологии

Богданов Ю.В., Мутаев А.А., Сухова Л.П., Кузнецова О.В., Язюк В.С.

МУЗ «Городской кожно–венерологический диспансер», г. Липецк

Нарушения в иммунной системе при кожно–венерических заболеваниях приводят к возникновению специфической патологии, а вторичные иммунные нарушения заканчиваются хронизацией процесса и увеличивают тяжесть рецидивов. С 2002 года для лечения в стационаре ГКВД стал применяться рекомбинантный интерлейкин–2, который использовался у 139 пациентов с хроническим течением герпеса, фурункулёза, псориаза, атопического дерматита и КПЛ. Больным из опытной группы дополнительно к базисной терапии вводился в/в капельно Ронколейкин по 500 000 ед. на 400 мл 0,9 % NaCl в течение 4–х часов трёхкратно через 48 часов (детям — по 250 000 ед. в носовые ходы).

Наибольший эффект интерлейкина–2 был через 6 месяцев (89,9% выздоровевших).

Эффективность через 2 года падает, но, тем не менее, остаётся выше в 2 раза. В лечении детей с красным плоским лишаям в 100% — выздоровление. Время купирования симптомов заболевания с применением интерлейкина–2 было короче в среднем в 2,3 раза. Использование интерлейкина–2 позволило скорректировать иммунологическую дисфункцию с переводом в нужное русло по преобладанию клеточного или гуморального типа иммунного ответа в зависимости от нозологии заболевания. Положительный эффект цитокинотерапии подтверждается клинической динамикой — исчезновением воспалительных проявлений кожного процесса и удлинении сроков ремиссии от 1,5 лет и более.

Выводы. Цитокинотерапия интерлейкином–2 обладает выраженными иммуномодулирующими свойствами, которые проявляются в положительном клиническом эффекте, быстром купировании активности воспалительного процесса (особенно у детей), снижении степени тяжести рецидивов и более стойкой ремиссией. Курсовое применение цитокинотерапии (через 2–3 месяца) приводит к увеличению процента выздоровевших и закреплению полученного эффекта. На фоне применения интерлейкина–2 рекомендуется отмена кортикостероидов, тормозящих действие иммуномодуляторов. Обязательным элементом комплексного лечения больных хронических форм дермато–венерологического профиля должна быть иммунокоррекция цитокинами, т.к. включение рекомбинантного интерлейкина–2 приводит к нормализации параметров иммунного статуса, устраняет дисфункцию в иммунной защите и позволяет сдвинуть баланс в системе взаимоотношений между этиопатогеном и макроорганизмом в сторону выздоровления, а также предупреждает развитие аутоиммунного процесса.

Проблемы выявления профессиональных дерматозов

Измерова Н.И., Чикин В.В., Богачева Н.А., Поповкина С.В., Ларкин А.А.

ГУ НИИ медицины труда РАМН, Москва, Россия

Выявление больных профессиональными заболеваниями кожи в настоящее время можно охарактеризовать как недостаточное. В итоге заболевшие, продолжая контактировать на своем рабочем месте с этиологическим фактором своего заболевания, могут болеть многие годы. Сохранение контакта с фактором, вызвавшим болезнь, определяет неэффективность медикаментозной терапии таких больных. Это определяет необходимость своевременного выявления больных профессиональными дерматозами, для чего необходимо знание групп риска развития профессиональных заболеваний кожи. В связи с этим проведен анализ особенностей развития профдерматозов у лиц, которым диагноз был установлен в клинике ГУ НИИ медицины труда РАМН в 2005 г.

В 2005 г. в клинике ГУ НИИ медицины труда РАМН профессиональное заболевание кожи было диагностировано у 27 человек (23 женщины и 4 мужчины) в возрасте от 21 до 74 лет. Преобладали работники, занятые на обработке металла (маляры по металлу, слесарь, шлифовщик, токарь, гальваник, резчик, лаборант) — 13 человек из 27 (48,2%), а также лица, занятые в строительстве и производстве стройматериалов (отделочник, дозировщик компонентов, маляр) и медицинские работники (медсестры) — по 3 человека (11,1%). У всех больных была выявлена сенсibilизация к веществам, с которыми имелся контакт на рабочем месте. Наиболее часто сенсibilизация выявлялась к различным синтетическим краскам и клеям — у 12 человек (44,4%), к металлам–аллергенам (хром, никель, кобальт) — у 9 человек (33,3%), к лекарственным препаратам — у 3 человек (11,1%). У всех больных был выявлен профаллергодерматоз. Лишь у 6 человек (22,2%) был диагностирован профессиональный аллергический дерматит различной локализации. У 21 человек (77,8%) была выявлена профессиональная экзема различной локализации.

Таким образом, среди обследованных нами больных отмечалось преобладание работников, занятых обработкой металла, строительных рабочих, медработников. Для своевременного выявления профессиональных заболеваний кожи представляется необходимым рассматривать лиц этих профессий как группу риска развития профессиональных дерматозов при обращении их за медицинской помощью по поводу аллергодерматозов. Представляется также необходимой подготовка врачей–дерматологов по профпатологии и участие их в проведении периодических медицинских осмотров работающих в контакте с факторами, способными вызвать развитие профессиональных заболеваний кожи.

Психосоциальная характеристика больных с угревой болезнью

Жураева С.Ш.

Научно–исследовательский кожно–венерологический институт Министерство Здравоохранения Республики Казахстан

Психоземциональные расстройства разной степени выраженности играют важную роль у пациентов с угревой болезнью и встречаются примерно в 40% случаев.

Проведенная нами оценка психологических особенностей пациентов с угревой болезнью позволила определить их клиническое значение, в том числе с позиции появления жалоб, характеризующихся как социальный дискомфорт или психоземциональная дезадаптация: неадекватность самооценки, низкая эмоциональная неустойчивость, частая смена настроения, чувство стесненности в коллективе, общественных местах, что нередко приводило к формированию невротических состояний.

На момент обследования из 151 пациентов с угревой болезнью жалобы на социальный дискомфорт предъявляли 111 (73,5±3,6%), 99 (65,6±3,9%) на состояние депрессии, 108 (71,5±3,7%) на дисморфофобию (ДМФ).

Таблица 3.6 Социально–психологическая характеристика больных угревой болезнью (n=151)

Наименование	Абс. число	M±m, %
Социальный дискомфорт	111	73,5±3,6
Депрессия	99	65,6±3,9
ДМФ	108	71,5±3,7
Нарушение вегетативной нервной системы	109	72,2±3,6

Неэффективность в решении личностных и жизненных проблем усиливает эмоциональный дисбаланс и может приводить к расстройствам функционирования различных составляющих нервной системы, что подтверждается нашими данными: у 109 (72,2±3,6%) больных выявлено нарушение вегетативной нервной системы, проявляющееся усиленной потливостью, раздражительностью, бессонницей. Отмечено, что при одинаковых клинических проявлениях УБ уровень психологических изменений у женщин характеризовался более высокой стресс–реактивностью. Так, из 71 пациентки психологическая дезадаптация выявлена у 63 (88,7±3,7%), выраженная депрессия у 60 (84,5±4,3%), суицидальные мысли у 5 (7,0±3,0%). Соответствующие показатели у мужчин больных акне: 60,0±5,4%, 48,7±5,6, 0%.

Полученные данные позволяют рекомендовать лечение больных акне совместно с психоневрологом.

Распределение аллелей полиморфных генов апоптоза семейства каспаз у больных псориазом

Мошкалов А.В., Лобкова М.С., Имянитов Е.Н., Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Суспицын Е.Н., Буслов К.Г., Иевлева А.Г., Соколенко А.Г., Чекмарева Е.В., Улыбина Ю.М., Митюшкина Н.В., Гого А.В., Чаплыгин А.В., Белогоубова Е.В.

г Санкт–Петербург

Псориаз представляет собой хронический воспалительный дерматоз, в патогенезе которого значительную роль играет активация системы Т–лимфоцитов. Т–клетки продуцируют ряд цитокинов, хемокинов и факторов роста, вызывающих воспаление и приводящих к гиперпролиферации кератиноцитов. Разрешение псориазической сыпи происходит вследствие элиминации активированных Т–лимфоцитов в области высыпаний путем апоптоза. В частности, индукция программируемой клеточной гибели в процессе терапии псориаза достигается системным и местным применением цитостатиков, глюкокортикостероидов, некоторых biologicals (алифасепт, эфализумаб), антралина, дитранола, действием ультрафиолетового света. Дисбаланс апоптоза может приводить к увеличению численности Г–клеток, гиперпродукции цитокинов и изменять течение воспалительного процесса при псориазе. Каспазы относятся к семейству цистеиновых протеаз и являются основными участниками апоптоза. Путем каскадного взаимодействия эти ферменты приводят к значительному усилению начального сигнала гибели клеток. Гены каспазы–5, –7, –9 и –10 (*caspS*, 7, 9, 10) содержат полиморфные участки в кодирующей области. Предполагается, что замена аминокислоты в белковой молекуле может привести к изменению структуры ее каталитического центра и повлиять на функциональную активность. Закономерно ожидать наличие ассоциации между полиморфизмом генов апоптоза и предрасположенностью к псориазу, характером течения и тяжестью заболевания, ответом на УФ–терапию. С помощью аллель–специфического метода ПЦР в режиме «реального времени» мы исследовали распределение полиморфных аллелей генов *casp5 Val31Leu*, *casp7 Glu255Asp*, *casp9 Val28Ala*, *casp9 Arg221Gln*, *casp10 Ile479Leu* у больных псориазом. В качестве источника ДНК использовались лейкоциты периферической крови 100 больных псориазом. Контролем являлись образцы крови 150 доноров, не имеющих псориаза в анамнезе. Частота полиморфных вариантов *caspS Val31Leu* (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. Полученные данные указывают на отсутствие модифицирующего влияния полиморфизмов *caspS Val31Leu*, *casp7 Glu255Asp*, *casp9 Val28Ala*, *casp9 Arg221Gln*, *casp10 Ile479Leu* на течение псориаза, его тяжесть, ответ на УФ–терапию и позволяет исключить их из списка генов–кандидатов, предрасполагающих к развитию этого заболевания.

Редкие дерматозы в практике дерматолога и их лечение методом лазеротерапии

Ключарева С.В., Данилов С.И., Пирятинская В.А., Грибанова Т.В.

Санкт–Петербург, Государственная Медицинская академия им. И.И. Мечникова

Ежегодно в Северо–Западный лазерный центр лечения новообразований кожи, функционирующий на базе кафедры дерматовенерологии СПбГМА им. И.И. Мечникова, обращаются за помощью от 2 до 2,5 тыс. первичных пациентов, имеющих новообразования кожи различного генеза, в том числе больные с редко встречающимися дерматозами. Как правило, они вызывают большие трудности в диагностике и лечении. Группу с наследственно–генетическими дерматозами составили следующие наблюдения. 1. Болезнь Каудена — наследственный симптомокомплекс. У больной, 14 лет, имелись множественные бородавчато–папилломатозные разрастания на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, а также дистрофия зубов. 2. Болезнь Реклингхаузена. У больной, 47 лет, имелись генерализованные нейрофибромы цвета нормальной кожи, некоторые на ножке, мягкой консистенции, а также единичные «пустые» грибезподобные выпячивания — симптом «кнопка от звонка». Этой группе больных проводили лазеротерапию углекислотным лазером «Ланцет» с хорошим косметическим эффектом. Из группы инфекционных заболеваний кожи наблюдали большую споротрихозом (болезнь Шенка). Возбудитель болезни *Sporotrichum Schenckii*, относится к гифомицетам, поражает кожу, подкожную клетчатку, лимфатическую систему, редко кости и висцеральные органы. Пациентка 48 лет, больная в течение 8 месяцев, заболевание возникло после травмы кожи кисти и предплечья. При осмотре кожный процесс был представлен 4 плотными, синевато–красными бугорками, спаянными с тканями. Диагноз подтвержден патоморфологическими и бактериоскопическими исследованиями. Проведена лазеротерапия аппаратом на парах меди, благодаря селективному воздействию на очаги поражения наступило разрешение элементов на коже.

Таким образом, по нашему мнению, оптимальным инструментом для удаления кожных новообразований является углекислотный лазер и лазер на парах меди. Последний также эффективен при лечении тонких, слабо окрашенных капиллярных гемангиом, телеангиэктазий в области лица, нижних конечностей, при сенильных ангиомах, кератозах, заболеваниях вирусной при–

роды (плоских, вульгарных и подошвенных бородавках), эпителиальных опухолях кожи. Длина волны лазера 511 нм позволяет эффективно проводить терапию пигментированных образований кожи: веснушки, лентиго. Особые преимущества лазера на парах меди: возможность воздействия на глубоко залегающие сосуды относительно большого диаметра, а также лечения редких дерматозов, которые, по мнению врачей, не всегда подлежат терапии: ульэритемы, аденом сальных желез Прингля–Бурневилля, лейшманиоза, веррукозной формы красного плоского лишая, диффузной формы ксантомотоза.

Интерес, проявляемый к лазеротерапии новообразований кожи, объясняется несомненными преимуществами этого вида лечения, в сравнении с традиционными методами лечения. Достоинством лазеротерапии является то, что лечение проводится в амбулаторных условиях, сама процедура занимает мало времени, не требует контакта с кожей, бескровна, малотравматична.

Результаты компьютерной томограммы у больных угревой болезнью с сопутствующей патологией печени и билиарной системы

Аскарлова Г.К. Жураева С.Ш.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт Министерство Здравоохранения Республики Казахстан

Несмотря на большое число исследований отечественных и зарубежных авторов, посвященных изучению этиологии, патогенеза и лечению угревой болезни, многие вопросы этой сложной проблемы изучены еще недостаточно глубоко. В частности, не выяснена роль некоторых отдельных нарушений функции печени в патогенезе данного заболевания. Разнообразие нозологических и клинических форм акне и акнеподобных заболеваний, особенности их течения у пациентов разного возраста требуют разработки соответствующих эффективных методов в зависимости от сопутствующей патологии гепатобилиарной системы.

Нами проведено исследование методом компьютерной томографии у 25 больных УБ, у которых в результате проведенных ультразвуковых исследований, гепатобилисцинтиграфии выявлены патологические изменения со стороны гепатобилиарной системы (таблица 1). Из 25 больных угревой болезнью 23 (92,0±5,4%) не имели в анамнезе заболевания печени и желчного пузыря.

Таблица 1 Результаты компьютерной томографии у больных УБ (n=25)

Показатель	Абс.число	M±m, %
Диффузное изменение паренхимы печени	15	60,0±9,8
Диффузное утолщение стенок печени и изменение сосудов	9	36,0±9,6
Жировой гепатоз	2	8,0±5,4
Умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков	2	8,0±5,4
Утолщение и деформация стенок желчного пузыря	17	68,0±9,3
Отключенный желчный пузырь	2	8,0±5,4
Хронический холецистит	6	60,0±9,8

Как видно из представленных данных, выраженные изменения отмечены в желчном пузыре: у 17 (68,0±9,3%) утолщение и деформации стенок желчного пузыря, хронический холецистит у 16 (60,0±9,8%), отключенный желчный пузырь у 2 (8,0±5,4%) больных УБ. Изменения со стороны печени характеризовались диффузным утолщением стенок и изменением сосудов у 9 (36,0±9,6%) больных, жировой гепатоз у 2 (8,0±5,4%) пациентов.

Далее проведенный анализ показал, что у 17 (68,0 ±9,3%) патология гепатобилиарной системы имела сочетанный характер: у 3 (12,0±6,5%) больных умеренная гепатомегалия, билиарная гипертензия, отключенный желчный пузырь; у 10 (40,0±9,8%) хронический холецистит, диффузные изменения паренхимы печени; хронический холецистит, застойная желчь у 2 (8,0±5,4%) пациентов; у 2 (8,0±5,4%) обследованных диффузные изменения паренхимы печени, умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков, хронический холецистит, застойная желчь (таблица 2).

Таблица 2. Частота и характер сочетанной патологии гепатобилиарной системы по данным компьютерной томографии

Сочетанная патология ГБС	Абс.число	M±m, %
Умеренная гепатомегалия, билиарная гипертензия, отключенный желчный пузырь	3	12,0±6,5
Диффузные изменения паренхимы печени, хронический холецистит	10	40,0±9,8
Диффузные изменения паренхимы печени, умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков, хронический холецистит, застойная желчь	2	8,0±5,4
Хронический холецистит, застойная желчь	2	8,0±5,4

Полученные результаты свидетельствуют о важности выявленных дисфункциональных нарушений гепатобилиарной системы в мультифакторном патогенезе угревой болезни и должны учитываться при планировании лечебных мероприятий.

Роль дисбиотических нарушений микрофлоры тонкого кишечника и их значение в этиопатогенезе десквамативных заболеваний кожи

Полеско И.В., Бутов Ю.С., Осипов Г.А.

г. Москва

Проведено изучение количественного и качественного состава микрофлоры тонкого кишечника методом хромато–масс–спектрометрии у больных с десквамативными поражениями кожи.

У 22 пациентов, в возрасте от 16 до 62 лет (13 мужчин и 9 женщин) были выявлены различные отклонения количественного и качественного состава микрофлоры тонкого кишечника, главным образом в пристеночном слое. Было установлено снижение количества бифидобактерий в 68,2%, энтерококков в 50% и в 63,6% случаев — *Enterococcus faecalis*. Практически у всех больных (95,4%), в среднем в 1,4 раза, оказалось снижено количество лактобактерий. У всех больных (100%) существенно (в среднем в 5,6 раза) повышалось содержание *Eubacterium lentum*, а в 59,1% случаев — тонкий кишечник был заселен *Eubacterium moniliforme*.

У 68,2% пациентов снижалось количество *Clostridium propionicum* и у всех больных (100%) в среднем в 1,8 раза — *Clostridium difficile*. Изменения количественного содержания *Clostridium histolyticum* были не однотипными, а именно — в 31,8% случаев обсеменение тонкого кишечника было значительным, в то время как у большинства больных (68,2%) содержание их было сниженным по сравнению со здоровыми лицами в 2,9 раза. Обращает также внимание, что практически у всех больных (95,4%) тонкий кишечник был значительно обсеменен *Clostridium ramosum* и *Clostridium perfringens*.

Выявленные изменения свидетельствуют о глубоком дисбиозе у больных десквамативными поражениями кожи, играющие важное значение в патогенезе заболевания. В следствие дисбиотических нарушений происходит массовое поступление антигенов микробных клеток из кишечника в кровь с последующей их фиксацией, благодаря предполагаемому родству, на клетках волосистой части головы.

С учетом выявленных изменений уместно вводить в лечение больных с десквамативными поражениями кожи, лекарственные средства, направленные на подавление отдельных представителей микрофлоры желудочно–кишечного тракта, нормализацию биоциноза тонкой кишки, на снижение уровня в крови бактериальных антигенов, принимающих участие в создании патологического комплекса на уровне кожи волосистой части головы. При тяжелых формах заболевания оптимально назначение селективных антибиотиков, комбинированных бактериальных препаратов, иммунокорректоров, средства подавления Т–клеточного цитолиза.

Роль лазерных технологий в повышении качества лечения розацеа

Ключарева С.В., Дубровина А.А., Лалаева А.М.

Санкт–Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И.Мечникова

В настоящее время наблюдается рост заболеваемости розацеа. В клинике СПбГМА имени И.И.Мечникова было обследовано и пролечено 300 больных различными формами розацеа. Из них большую часть составили пациенты эритематозной формы — 123 человека (41%). У 87 больных (29%) наблюдали папулезную форму, у 57 (19%) — пустулезная форма, у 33 (11%) — инфильтративно–продуктивную форму. Всем больным проводили комплексную терапию: сосудистые, антибактериальные препараты (включая препараты трихопола). Лазеротерапию, осуществляли лазером на парах меди. Данный лазер генерирует одновременно излучение желтой и зеленой волн, характеризуется высокой мощностью и очень коротким импульсом — продолжительностью 20–30 нс. У больных розацеа лечение проводили на длине волны 578 нм, при мощности 0,8–0,7 Вт, экспозиции от 0,1 до 0,3 сек. Диаметр пятна фокусировки луча лазера на коже составлял 1 мм. Чтобы получить необходимое количество энергии для разрушения сосуда–мишени, импульсы собираются механически в более длинный импульс — от 10 мс. до 1с. Лазер работает по принципу селективного фототермолиза. Свет избирательно поглощается оксигемоглобином внутри мелких сосудов, поэтому лазер «Яхрома — Мед» наиболее эффективен при лечении телеангиоэктазий. Особые преимущества лазера на парах меди — отсутствие пурпуры после проведения процедуры и возможность воздействия на глубоко залегающие сосуды относительно большого диаметра. Нами отмечено, что уже во время проведения процедуры происходило «слипание» стенок сосудов, побледнение и последующее их исчезновение; эритема и инфильтрация значительно уменьшились.

Эффективность лазеротерапии эритематозной формы розацеа наблюдали у 80% больных, папулезной формы — у 50%, пустулезной — у 30%, инфильтративно–продуктивной формой — у 10%.

Таким образом, выраженный косметический эффект достигнут при всех формах розацеа. после первой же процедуры. Достоинство лазерного аппарата «Яхрома–Мед» заключается в том, что сама процедура занимает мало времени, бескровна, малотравматична, проводится без контакта с кожей и в амбулаторных условиях, хорошо переносится пациентами и практически не вызывает побочных эффектов.

Роль нуклеозидных аналогов II поколения в терапии опоясывающего лишая (ОЛ) и профилактике постгерпетической невралгии (ПГН)

Шнеер Е.Л.

ГлаксоСмитКляйн

В настоящее время сформулированы международные рекомендации по ведению пациентов с ОГ (опоясывающий герпес) и профилактике ПГН («Improving the management of Varicella, Herpes Zoster and Zoster–associated pain», IHMF, 2001).

Выделяются следующие категории рекомендаций:

Категория 1 — доказательства получены в рамках контролируемых клинических исследований. Например, в отношении противовирусной терапии рекомендации категории 1 могут быть сформулированы при наличии результатов, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования.

Категория 2 — доказательства получены в результате клинического исследования без рандомизации, или когортных исследований, или исследований «случай–контроль», проводившихся предпочтительнее более, чем в одном центре.

Категория 3 — доказательства опираются на мнение уважаемых экспертов и основываются на их клиническом опыте; получены в результате описательных исследований или докладов экспертных комитетов.

В терапии опоясывающего герпеса рекомендации категории 1 сформулированы следующим образом:

1. Назначение противовирусной этиотропной терапии рекомендовано иммунокомпетентным пациентам старше 50 лет с установленным диагнозом опоясывающего лишая. При этом наибольшего эффекта следует ожидать при назначении этиотропной терапии в течение 72 часов с момента появления высыпаний. Под этиотропной противовирусной терапией понимают группу препаратов — нуклеозидных аналогов. Нуклеозидные аналоги II поколения с улучшенным фармакокинетическим профилем обладают существенным преимуществом по сравнению с ацикловиром. В частности, валацикловир назначается в дозировке 1000 мг х 3 раза в день в течение 7 дней, в то время как ацикловир следует применять в дозировке 800 мг 5 раз в сутки в течение недели.

2. Врач должен оценить необходимость назначения системных глюкокортикостероидов (ГКС) с целью уменьшения воспаления и, следовательно, компоненты болевого синдрома, обусловленного воспалением. При этом следует убедиться в отсутствии противопоказаний к назначению ГКС и оценить возможные риски нежелательных эффектов данного вида терапии. Доказано, что назначение ГКС не предотвращает и не снижает риск развития ПГН.

3. При ОЛ не имеется показаний к назначению топических противовирусных агентов.

Таким образом, основой терапии ОЛ являются нуклеозидные аналоги II поколения, которые снижают уровень репликации вируса, интенсивность болевого синдрома, ассоциированного с ОЛ, ускоряют заживление кожных поражений, предотвращают риск развития ПГН. В частности, применение валацикловира предотвращает развитие ПГН у 80% пациентов с ОЛ.

Связь между свободнорадикальными процессами в организме и окисляемостью липидов периферической крови больных лепрой

Наумов В.З., Апришкина М.С.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», г. Астрахань

Известно, что практически любая вирусная или бактериальная инфекция, не исключая и лепру, создает предпосылки для активации свободнорадикальных процессов. При этом активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) «in vivo» в огромной мере определяется функциональным состоянием фагоцитирующих клеток, всегда присутствующих в очаге воспаления, и количеством образованных ими радикалов (Полевщиков А.В. с соавт., 1996). Практически только клетки рыхлой соединительной ткани секретируют активные формы кислорода в окружающую межклеточную среду (Титов В. Н., Лисицын Д.М., 2005). Это объясняет сопутствующее активации ПОЛ повышение уровня провоспалительных цитокинов. В ходе нарушенного механизма активации фагоцитоза создаются условия для длительной персистенции микроорганизмов и затяжного хронического гранулематозного процесса, особенно во внутренних органах, иногда длящегося годами. Типичным примером такой патологии является лепроматозная лепра. Однако сведений о состоянии и природе подобных механизмов при этом микобактериозе пока недостаточно. В то же время сведения такого рода необходимы для создания новых подходов к лечению этого тяжелого недуга, так как даже в условиях применения довольно эффективной комбинированной химиотерапии последствия этой болезни для личности до сего времени носят достаточно тяжелый характер. Целью данной работы явилось изучение роли ПОЛ в диагностике хронического персистирующего гепатита, довольно часто препятствующего эффективному применению противолепрозных препаратов у больных лепрой. Использовался метод определения вторичных продуктов ПОЛ в изопропанольной фазе липидного экстракта плазмы крови с помощью ультрафиолетовой спектроскопии. Определение содержания малонового диальдегида в сыворотке крови производилось в присутствии ионов двухвалентного железа. Обнаружена достоверная обратная корреляция между уровнем вторичных продуктов ПОЛ в плазме крови и окисляемостью липидов в присутствии ионов двухвалентного железа. Уровень вторичных продуктов ПОЛ был достоверно выше у больных лепрой с признаками персистирующего гепатита при соответствии более низкому уровню окисляемости липидов «in vitro» у таких больных. Таким образом, полученные нами ранее сведения о большей устойчивости к окислению липопротеидов низкой плотности у больных лепрой с печеночной патологией (Наумов В.З., Цемба В.П., 2002) можно признать следствием активации ПОЛ у больных лепрой с гепатитами.

Скрининг сахарного диабета среди больных лепрой

Цемба В.П.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава» (г. Астрахань)

Нарушения углеводного обмена (УО), и в первую очередь сахарный диабет (СД), представляют собой одну из острых социально-социальных проблем современного человечества. Ранее показано, что течение хронической микобактериальной инфекции взаимосвязано с состоянием УО у больных (Цемба В.П., 2006). Поэтому важнейшей практической задачей является ранняя диагностика диабетогенных нарушений УО, возникающих на фоне текущего лепрозного процесса. Приоритетным направлением в современной диабетологии является осуществление скрининговых программ с использованием диагностически информативных клинико-лабораторных методов исследования.

Обследовано 350 человек. Из них — 150 больных (жен. и муж. — по 75 чел.) лепрой в возрасте от 30 до 80 лет. Многобактериальными (МВ) и малобактериальными (РВ) формами лепры страдали 117 (78%) и 33 (22%) пациентов соответственно. В контрольную группу вошли практически здоровые лица (79 муж. и 71 жен.) в возрасте до 45 лет, не имевших отягченного семейного анамнеза по СД. Группа сравнения — 50 (25 муж. и 25 жен.) больных СД 2-го типа в возрасте от 45 до 65 лет. Состояние УО оценивали по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), определенного методом К. Fluckiger и К.Н. Winterhalter (1976).

Результаты скрининга позволили разделить обследованных больных на 2 группы: 1-я группа — 113 (75,3%) пациентов с отрицательным результатом теста (HbA_{1c} ≤ 7,5%), 2-я — 37 (24,7%) больных с установленным высоким уровнем HbA_{1c}, что свидетельствовало об интенсификации неферментативного гликозилирования гемоглобина, обусловленной хронической или транзиторной гипергликемией. У пациентов 1-й группы значение показателя не отличалось от доноров (p>0,05), что исключало нарушения УО. Больные 2-й группы по сравнению с донорами и больными 1-й группы имели более высокую (p<0,001) концентрацию HbA_{1c} (8,93 ± 0,23%), которая не отличалась от таковой (p>0,05) среди больных СД 2 типа, не страдавших лепрой. Это свидетельствовало об однотипных нарушениях углеводного обмена как у больных лепрой с положительным результатом теста, так и у больных СД 2 типа. Анализ результатов показал, что больные лепрой, страдающие сопутствующим СД, составляют не менее 10,7%. Интенсивный показатель данной метаболической патологии среди больных лепрой составил 47,90 на 1000 боль-

ных, что в 2,4 раза превышает аналогичный показатель как среди жителей г. Астрахани, и в 2,6 раза в России. Отсутствие СД у 14% больных лепрой с установленным высоким уровнем HbA_{1c} свидетельствует о латентном течении диабетогенных нарушений. Катамнез установил клиническую манифестацию СД у 2 больных лепрой, что составило 5,4% от всех больных с ранее установленным высоким уровнем HbA_{1c}.

Таким образом, определение уровня HbA_{1c} подтверждает не только клинически проявляющуюся у больных лепрой хроническую гипергликемию, но и служит основой для выявления среди них лиц со скрытыми диабетогенными нарушениями. Полученные данные позволяют рассматривать больных лепрой в качестве группы риска развития гипергликемических нарушений УО.

Современный взгляд на лечение андрогенной алопеции

Устинова М.Е.

г. Сан Франциско

Облысение по мужскому паттерну является наиболее типичным из выпадения волос без образования шрама, поражающий супериальную часть мужского скальпа.

Это результат генетической детерминации и чувствительности органов к андрогенам. Чаще всего это называется облысением, мужской алопецией, наследственной алопецией или мужской андрогенной алопецией.

Существует 3 основных возможности в лечении — Медикаментозный, Хирургический и Косметический (использование париков)

В докладе рассматриваются преимущества комбинации медикаментозного и хирургического способа лечения андрогенной алопеции.

На протяжении 3 лет автор доклада принимал участие в более чем 400 операций по пересадке волос пациентам возрастной группы от 27 до 72 лет, с различной степенью андрогенной алопеции по шкале Норвуда. В результате анализа отдаленных послеоперационных результатов, было выяснено, что применение фармакологического препарата с выраженным гипертрихотическим эффектом (ингибитор 5-альфа редуктазы) приблизительно в 75% стабилизирует выпадение волос (контроль методом подсчета волос), но не сопровождается коррекцией уже существующей алопеции.

Хирургическая коррекция выпадения волос методом экстракции фолликулярных юнитов и пересадки фолликулярных микрографт является эффективной эстетической коррекцией андрогенной алопеции без гарантии профилактики дальнейшего облысения.

Вывод: Комбинация хирургического и медикаментозного лечения является самым эффективным методом для стабильного косметического эффекта операции по пересадке волос.

Современные представления о роли вирусов в этиологии пузырчатки

Лыкова С.Г., Петренко О.С.

Новосибирский государственный медицинский университет

Опубликованная в 2000 году статья корейских исследователей обещала большие перспективы в изучении влияния HHV-8 на течение пузырчатки (Jang H.S. et al., 2000). Методом ПЦР они исследовали парафиновые срезы биоптатов у 11 больных пузырчаткой. У 7 из 9 пациентов с вульгарной пузырчаткой и у 1 из 2 пациентов с листовидной — была обнаружена ДНК HHV-8. При других пузырьных дерматозах (буллезный эпидермолиз, герпетиформный дерматит, буллезный пемфигоид, болезнь Хейли-Хейли) признаки HHV-8 не были обнаружены. Wang G.Q. и соавт. (2005) исследовали методом ПЦР образцы биопсий из очагов поражений и мононуклеары периферической крови на HHV-8 у 58 пациентов с пузырчаткой, также проводилось определение уровня IgG к HHV-8. Сравнив данные с результатами контроля, они пришли к выводу, у пациентов с пузырчаткой HHV-8 инфекция встречается чаще, чем у группы контроля, вне связи с определенным типом пузырчатки. В другом исследовании у 4 из 6 пациентов с вульгарной пузырчаткой и у всех 6 пациентов с листовидной пузырчаткой методами ПЦР и гибридизацией южного блоттинга были обнаружены признаки ДНК HHV-8 (Memar O.M. et al. 1997). Ко M.J. и соавт. (2004) описали случай множественной НРV инфекции 11 типа у пациента с вульгарной пузырчаткой. Было показано наличие ДНК простого герпеса у 1/2 пациентов (50% в мононуклеарах, 71% в биоптатах), вируса Эпштейна-Барра (15% в мононуклеарах, 5% в биоптатах), HHV-6 (20% только в мононуклеарах) (Tufano M.A. et al., 1999). Решение исследователей рассматривать вирусы как провоцирующий фактор пузырчатки сложилось не в последние годы — до этого клинически обращалось внимание на сходство поражений при пузырчатке слизистой оболочки полости рта и герпес-инфекциях (Takahashi I. et al., 1998). Однако закономерно возникал вопрос — не является ли более частое выделение этих инфекционных агентов последствием активной иммуносупрессивной терапии (Schlupen E.M. et al., 1996). Так, описан случай быстро возникновения и прогрессирования классической формы саркомы Капоши на фоне терапии преднизолоном буллезного пемфигоида у пациента 87 лет (Sato-Matsumura K.C. et al., 2001). Не отрицая ведущей роли HHV-8 в этиологии саркомы Капоши и лимфопролиферативных расстройств, Dupin N. et al. (1998) опубликовали, что антитела к HHV-8 встречались у 100% больных саркомой Капоши (16 пациентов) и лишь у 3,6% пациентов с другими дерматозами (1 случай с вульгарной пузырчаткой, 1 — с дискоидной красной волчанкой, 1 — с буллезным пемфигоидом). Эти же авторы спустя год утверждали об отсутствии связи между HHV-8 и пемфигусом (Dupin N. et al., 1999). Другая группа исследователей категоричны в том, что не обнаружили, используя всевозможные методики, признаков HHV-8 у пациентов с различными видами пемфигуса (Cohen S.S. et al., 1998; Bezold G. et al., 2000). Таким образом, изучение роли вирусов в этиологии пузырчатки хотя и не бесспорно, но и не бесперспективно.

Состояние прооксидантной системы крови больных экземой

Кульдагова Л.Ф., Нагоев Б.С.

г. Нальчик

Экзема — хроническое рецидивирующее заболевание кожи аллергического генеза, характеризующееся поливалентной сенсибилизацией и полиморфной зудящей сыпью. Цель: изучение состояния прооксидантной системы крови у больных экземой по содержанию малонового диальдегида (МДА) в плазме.

Под наблюдением находилось 54 больных экземой в возрасте от 18 до 60 лет, получавших стационарное лечение в кожно-венерологическом диспансере г. Нальчика. Из них 37 больных с микробной экземой и 17 — с осложненными формами (с пиодермией — 10 человек, 4 — с аллергидами и 3 пациента с эритродермией). Всем больным проводилось комплексное лечение: применялись антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, антибиотики, проводилась дезинтоксикация, витаминотерапия. Пациентам с осложненными формами назначались системные стероидные противовоспалительные препараты. Местно применялись анилиновые красители, мази с глюкокортикостероидами (ГКС), УФО. Клинико-лабораторное обследование проводилось в динамике кожного процесса. Параллельно оценивали состояние прооксидантной системы крови пациентов по содержанию МДА в плазме с использованием тиобарбитуровой кислоты. Забор крови больных производился при поступлении в стационар, на фоне проводимой терапии, и в конце лечения на фоне разрешившегося кожного процесса.

В результате исследования было выявлено достоверное повышение уровня МДА у всей группы обследованных. Причем максимальным его значением было на высоте клинических проявлений ($8,5 \pm 0,08$), постепенно снижалось параллельно положительной динамике заболевания ($6,6 \pm 0,07$), но не доходило до показателей здоровых лиц в период ранней ремиссии ($5,0 \pm 0,08$). Изучение уровня МДА в плазме у больных экземой в зависимости от степени тяжести и распространенности процесса выявило более значительное возрастание МДА при распространенных формах заболевания с осложнениями, чем при ограниченных формах с неосложненным течением. При этом уровень МДА в период ранней ремиссии у больных с осложненными формами оставался заметно выше нормы. А у больных с неосложненными формами приближался к норме.

Таким образом, в результате проведенных исследований обнаружена зависимость уровня содержания МДА в плазме от тяжести и распространенности патологического процесса у больных экземой. Длительно сохраняющийся повышенный уровень МДА свидетельствует о повышенном радикалообразовании, о необходимости включения в терапию экземы антиоксидантов.

Спрей и шампунь серии «Псорилон» в лечении псориаза волосистой части головы

Ю.А. Галлямова

Г.Москва

Целью исследования являлась оценка эффективности, безопасности и удобства применения лекарственной косметики серии «Псорилон» у больных вульгарным псориазом волосистой части головы. Клинические наблюдения проводились за 16 пациентами, страдающими псориазом волосистой части головы, в возрасте от 15 до 42 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 12 лет. Косметическая серия «Псорилон» в виде спрея и шампуня назначалась в стационарную и регрессирующую стадии псориаза при отсутствии островоспалительных явлений. Клиническая картина характеризовалась инфильтрацией, незначительным шелушением и застойно-розовой окраской элементов. Наружная терапия состояла из спрея и шампуня серии «Псорилон». Кратность использования спрея «Псорилон» подбиралась индивидуально, в среднем 2–3 раза в день. Распыление производили одномоментно на все очаги. Шампунь «Псорилон» назначался ежедневно с экспозицией до 2 минут. Уже спустя несколько дней после начала применения препаратов большинство больных отметили положительный результат терапии: уменьшение инфильтрации и эритемы. Для объективной оценки терапевтического эффекта препаратов применен метод лазерной биофотометрии. С этой целью проводились замеры с патологических очагов и с контрлатеральных участков здоровой кожи у каждого пациента до лечения и после 2 недель применения средств «Псорилон». В процессе анализа установлено, что до лечения средние показатели лазерной биофотометрии, измеренные на поверхности псориатических высыпаний, существенно отличались от полученных результатов на видимо здоровой коже. К концу лечения отмечалась тенденция к уравниванию этих показателей, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии. Пациентам было предложено самим оценить эффект наружной терапии косметическими лекарственными средствами «Псорилон»: результат лечения как отличный оценили подавляющее большинство пациентов (78,6%), как хороший — 20% пациентов и 1,4% — как удовлетворительный. Ни один респондент не указал на отсутствие эффекта или на какую-либо причину для отказа от наружной терапии.

Таким образом, проведенные наблюдения показали четкую эффективность, безопасность и хорошую переносимость лечебной косметики серии «Псорилон» при лечении псориаза волосистой части головы. Мнение самих пациентов о косметическом эффекте препаратов было достаточно высоким.

Стимулирующее влияние миноксидила на рост волос

Гаджигорова А.Г.

К.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ ЦНИКВИ Росздрава.

Миноксидил используется во врачебной практике около четырёх десятилетий. При пероральном приеме миноксидил снижает кровяное давление благодаря расслаблению гладкой мускулатуры сосудов посредством своего сульфированного метаболита — миноксидилсульфата, действующего в качестве вещества, открывающего каналы КАТФ в оболочке поперечно-полосатого мышечного волокна. Однако подобную мысль трудно обосновать в отсутствие чётких доказательств участия каналов КАТФ в развитии волосяного фолликула. опыты на мышах и *in vitro* на монокультурах различных типов клеток кожи и волосяных фолликулов показали ряд эффектов миноксидила, способных объяснить стимулирующее влияние на рост волос. Миноксидил стимулирует клеточную пролиферацию, подавляет синтез коллагена, стимулирует фактор роста сосудистого эндотелия и синтез простагландинов. Установлено, что местное нанесение миноксидила приводит к сокращению фазы телогена и вызывает преждевременное вступление находящихся в покое волосяных фолликулов в фазу анагена, пролонгирует эту фазу, а также ведёт к увеличению размеров волосяных фолликулов. Многочисленные рандомизированные слепые, двойные слепые и контролируемые исследования, проведённые более чем на 3 тыс. группе добровольцев, позволяют утверждать, что миноксидил является безусловным стимулятором роста волос. Об этом свидетельствуют результаты исследований действия миноксидила на рост волос в культурах клеток, проведённые в разных научных центрах.

Собственные наблюдения по изучению эффективности применения миноксидила показали значительный клинический эффект у пациентов с разными видами облысения и поредения волос. Было выявлено, что при 32-недельном курсе лечения андрогенной алопеции 5% раствором миноксидила лучший косметический эффект удастся достигнуть на ранних стадиях заболевания (1 — 2 ст. АГА по Гамильтону), лечение в IV стадии не даёт желаемого косметического эффекта. Применение 2% раствора миноксидила у пациентов с симптоматической диффузной алопецией выявило удовлетворительный косметический результат в виде восстановления роста волос в сроки до 20 недель лечения при условии одновременного лечения основного заболева-

ния. У пациентов с распространенными клиническими формами гнездной алопеции (субтотальной, тотальной, универсальной), эффективность лечения 5% раствором миноксидила в сроки до 20 недель составила 50% (эффект полного и частичного отрастания волос в очагах алопеции); успех лечения зависел от распространенности процесса, его активности и длительности последующего эпизода заболевания. Эффект отсутствовал у пациентов с длительно текущей универсальной формой ГА. В активной стадии заболевания применение миноксидила не эффективно.

Терапия торпидно протекающих форм псориаза

Коротавва Н.Л., Серов Д.Н., Жаворонкова Е.В., Тогоева Л.Т., Корсунская И.М.
КВД № 15, ЦТПФХФ РАН, г. Москва.

Терапия псориазической болезни представляет большие сложности из-за неясности патогенеза, непредсказуемости и тяжести течения, крайне индивидуализированных клинических проявлений болезни, частой торпидности по отношению к обычно применяемым методам лечения.

В связи с этим актуально применение иммуносупрессоров в терапии псориаза, одним из наиболее изученных и эффективных является циклоспорин.

Под нашим наблюдением было 12 пациентов (4 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 29 до 39 лет с диагнозом распространенный псориаз, прогрессивная стадия, у которых в последние 6 месяцев проводимая интенсивная терапия с использованием системных кортикостероидов и метотрексата не дала значимого результата, ремиссии после проводимой терапии не наступило. Этим пациентам из-за неэффективности проводимой терапии был назначен циклоспорин Гексал. Суточная доза определялась в зависимости от веса пациентов и составляла не менее 3,5–4 мг/кг (в среднем 300 мг) в 2 приема. Через 2–3 недели от начала терапии отмечался эффект в виде частичного разрешения высыпаний, и начиналось снижение дозы препарата по 50 мг раз в 5 дней, затем после 2 туров снижения, полученная доза оставалась неизменной в течение 2 недель, если наблюдалось дальнейшее разрешение высыпаний, то продолжали снижение дозы до 100–150 мг в сутки. По достижению этой дозы больные получали препарат в течение 3–4 недель и только по достижении полного разрешения высыпаний постепенно прекращали прием препарата. Таким образом, весь курс терапии продолжается не менее 3–4 месяцев, наступившая после окончания терапии ремиссия продолжалась более шести месяцев.

Наше клиническое наблюдение показывает возможность использования циклоспорина Гексал в терапии торпидно протекающих форм псориаза длительное время, что не противоречит зарубежным сообщениям.

Топическое применение средств с тимогеном в комплексном лечении хронических аллергодерматозов

Нечаева О.С., Смирнов В.С., Данилов С.И.
Санкт-Петербург

Неуклонный рост уровней распространенности и заболеваемости хроническими аллергодерматозами делает актуальным поиск новых подходов к терапии атопического дерматита и экземы. Иммунологические изменения, наблюдаемые у пациентов, обуславливают введение в практику комплексного лечения хронических аллергодерматозов иммуностропных средств. Важное место в дерматологической коррекции занимает наружная терапия, учитывающая особенности аспектов патогенеза экземы и атопического дерматита.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости тимогена у больных хроническими аллергодерматозами при топическом применении.

В ходе 2-недельного исследования 27 больных хроническими аллергодерматозами (17 — атопическим дерматитом, 10 — хронической экземой) применяли средства наружной терапии с тимогеном. Возраст больных колебался от 15 до 49 лет. В группе исследуемых больных преобладали женщины (53%). При анализе результатов проводилась оценка основных показателей качества жизни пациентов по специально разработанной программе, учитывались данные о переносимости применяемых средств, оценивалась их клиническая эффективность на основании динамики кожного процесса.

В результате проведенного лечения к моменту окончания исследования была отмечена хорошая переносимость средств почти в 90% случаев. Лишь 3 больных (2 — атопическим дерматитом, 1 — экземой) указали на появление локального покраснения на месте применения и усиление зуда. После 10-дневного применения почти у 80% больных выявлялась положительная динамика основных клинических признаков. Около 35% больных указали на уменьшение сухости и шелушения кожи, у 25% пациентов было выявлено смягчение и повышение эластичности кожи, свыше 20% больных отметили снижение интенсивности зуда. При анализе основных показателей качества жизни пациентов спустя 2 недели от начала исследования отмечалась их значительная редукция, прежде всего показателей, касающихся расстройства сна (27,9% исследуемых больных), жалоб на состояние кожи (20,4%), возбужденное состояние днем (18,9%), конфликтность (11,3%).

Таким образом, средства наружной терапии, включающие тимоген, показали высокую клиническую эффективность при лечении атопического дерматита и экземы и могут быть рекомендованы для введения в систему комплексной терапии. Применение тимогена является патогенетически обоснованным, способствует продлению клинической ремиссии и улучшает показатели качества жизни пациентов.

Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия у больных атопическим дерматитом

Самсонов В.А., Волнухин В.А., Надгериева О.В., Горячева Т.А.
г. Москва

В комплексном лечении больных, страдающих атопическим дерматитом широко используются фотохимиотерапия и селективная фототерапия. При тяжелых формах заболевания селективная фототерапия нередко оказывается недостаточно эффективной. Для проведения фотохимиотерапии существуют противопоказания, ограничивающие ее применение. Таким образом, существует необходимость поиска новых не менее эффективных альтернативных методов лечения. Имеются отдельные дан-

ные об успешном применении так называемой узкополосной средневолновой (длина волны 311 нм) ультрафиолетовой терапии в лечении больных атопическим дерматитом как со среднетяжелыми, так и с тяжелыми формами дерматоза.

Под наблюдением находилось 27 больных атопическим дерматитом (10 мужчин и 7 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 характерными для атопического дерматита. Степень тяжести оценивали с использованием индекса SCORAD, который находился в пределах от 56,4 до 75,4 баллов, что соответствовало среднетяжелому и тяжелому процессам.

В терапию помимо антигистаминных, гипосенсибилизирующих, психотропных, наружных средств включали узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию. Начальная доза облучения в среднем составляла 0,07 Дж/см², максимальная доза — 0,8 Дж/см². Процедуры проводили 3–4 раза в неделю. Количество сеансов на курс в среднем составило 21 процедуру (от 15 до 35). Суммарная курсовая доза в среднем составила 11 Дж/см².

После лечения клиническое выздоровление достигнуто у 3 (17,6%) больных, значительное улучшение — у 5 (29,4%), улучшение — у 7 (41,2%), без эффекта было 2 (11,8%) больных. Среднее значение индекса SCORAD после лечения снизилось с 63,7 до 28,4 баллов ($p < 0,001$). В процессе лечения у 3 (17,6%) больных наблюдали развитие умеренной эритемы, у 4 (23,5%) — усиление зуда, у 3 (17,6%) — сухость кожи. У 2 (11,8%) 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.

Полученные результаты указывают на клиническую эффективность и хорошую переносимость метода узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии больных с тяжелыми и среднетяжелыми формами атопического дерматита.

Уровень кортизола, как контринсулярного фактора у больных атопическим дерматитом

Шевчук А.Ю., Рудых Н.М.
Иркутск

Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое иммунозависимое заболевание кожи, которое развивается в рамках Ig E-обусловленной системной аллергии (атопии) на основе генетической предрасположенности. Кроме средовых триггеров большое значение в поддержании аллергического воспаления в коже имеют эндогенные факторы, в числе которых важными являются нейроиммуноэндокринные нарушения, реализующиеся через функции вегетативной нервной системы. Исследования последних лет отражают участие в патогенезе АД практически всех интегрирующих систем организма и ключевых звеньев его основных функциональных систем.

Мы исследовали содержание инсулина, его биологически малоактивного предшественника проинсулина и основного контринсулярного фактора кортизола у 104 больных атопическим дерматитом в возрасте 3–28 лет и 27 здоровых лиц аналогичного возраста. Среди больных было 70 лиц женского пола и 34 — мужского. Среди клинических форм преобладала лихеноидная — 42 больных (60%), реже встречалась эритематозно-сквамозная с лихенизацией — 28 (40%).

Базальный уровень инсулина и проинсулина, содержание кортизола исследовали в сыворотке крови методом ИФА. В капиллярной крови определяли толерантность к глюкозе.

В результате исследований у больных атопическим дерматитом выявлено достоверное повышение уровня инсулина и понижение уровня проинсулина по сравнению со здоровыми. Так, уровень инсулина у больных атопическим дерматитом и здоровых составил, соответственно, 148,9±9,49 пмоль/л и 98,3±2,12 пмоль/л ($p < 0,001$). Уровень проинсулина у этой группы больных составил 14,15±1,21 пмоль/л, у здоровых — 20,78±0,86 пмоль/л ($p < 0,01$). При исследовании теста толерантности к глюкозе у большинства больных (85%) наблюдался ирритативный тип гликемических кривых с чрезмерным подъемом уровня глюкозы через 30 минут после нагрузки.

Содержание кортизола у больных атопическим дерматитом было достоверно ниже, чем у здоровых лиц, соответственно, 203,45±34,3 нг/мл и 285,24±37,6 нг/мл ($p < 0,1$).

Таким образом, выявленные изменения, свидетельствуют о том, что уровень инсулинемии может зависеть и от пониженной секреции коры надпочечников такого контринсулярного фактора как кортизол.

Фармакоэпидемиология в дерматовенерологии: значение и возможности

Мартынов А. А.
г. Москва

В ходе осуществляемой в настоящее время модернизации системы здравоохранения все большее значение уделяется внедрению механизмов повышения качества медицинской помощи, одним из основных которых является совершенствование системы рационального лекарственного обеспечения. В значительной степени рациональному назначению лекарственных средств способствуют результаты фармакоэпидемиологических исследований, которые призваны обеспечить безопасное и эффективное использование лекарственных средств у человека. Перечень объектов, изучаемых фармакоэпидемиологией, к настоящему моменту значительно пополнился: влияние лекарственных средств на показатели заболеваемости, смертности, качество жизни и др.

Растущее научно-прикладное значение фармакоэпидемиологии объясняется рядом объективных предпосылок: 1) изменением порядка организации оказания специализированной дерматовенерологической помощи (особенно ее финансового обеспечения); 2) появлением новых поколений лекарственных средств на фармацевтическом рынке и широким диапазоном их отпускных цен, не связанных непосредственно с результатами лечения; 3) вниманием к оценке фармакотерапии с ориентацией на конечный результат; 4) стандартизацией медицинской помощи; 5) необходимостью оценки, сравнения и адекватной интерпретации результатов отечественных и многочисленных зарубежных клинических исследований.

Методы фармакоэпидемиологии схожи с используемыми в эпидемиологии: описательные исследования (отдельные и серийные случаи, изучение долговременных тенденций), аналитические исследования (исследование «случай–контроль», когортные исследования, опросы, рандомизированные клинические исследования) и др.

Результаты фармакоэпидемиологических исследований становятся основой программ по улучшению качества использования лекарственных средств. Также они могут использоваться при анализе проблем качества лекарственной помощи, в процессе принятия решений на индивидуальном (в повседневной деятельности врача) и управленческом уровнях: 1) при объективи-

зации выбора и применения медикаментозных стратегий; 2) при ограничении неэффективного и неоправданно дорогого лечения и целенаправленном внедрении медикаментозных стратегий с реальным ресурсосберегающим потенциалом; 3) реструктуризации бюджета дерматовенерологической помощи с выделением новых финансовых приоритетов в пользу улучшения обеспечения фармацевтического бюджета.

Все это в итоге позволит улучшить качество фармакотерапии в условиях жесткого стоимостного контроля и недостаточно-го финансового обеспечения.

Флогензим в комплексной терапии акантолитической пузырчатки

Арифов С.С., Рахимов И.Р.

НИИ Дерматологии и Венерологии, ТашИУВ МЗРУз

В настоящее время основным препаратом в терапии акантолитической пузырчатки являются глюкокортикостероидные препараты, метотрексат, сандимун и др. Однако, частые побочные действия глюкокортикостероидов указывают на необходимость совершенствования методов лечения акантолитической пузырчатки. Поскольку, флогензим обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим, противоотечным, анальгетическим, фибринолитическим действием, данный препарат был включен в комплексное лечение акантолитической пузырчатки на фоне глюкокортикостероидной терапии.

Под наблюдением находился 71 больной акантолитической пузырчаткой возрасте от 18 до 77 лет. Мужчин было 23 (32,4%) и женщин — 48 (67,6%).

В зависимости от проводимой терапии всех больных разделили на две группы. Первую группу составляли 35 больных, принимавших традиционный метод лечения, а вторую — 36 больных, получавших комплексное патогенетическое лечение. Патогенетический метод лечения заключался в назначении на фоне традиционной терапии препарата флогензим (при среднем и тяжелом течении заболевания по 2 таблетки 2 раза в день в течение всего периода нахождения больного в стационаре, а при очень тяжелом течении по 3 таблетки 3 раза в день) и наружно низкоинтенсивного магнито-инфракрасного лазера (длиной волны 0,89 мкм, в дозе 0,5 Дж/см² в течении 5 минут. Суммарное время облучения не превышало 25 мин. Количество процедур в неделю составило 5, а на курс — 15).

Результаты наших исследования показали, что кортикостероидная терапия в комбинации с флогензимом и воздействием низкоинтенсивного лазера способствует более раннему прекращению появления новых пузырных элементов, исчезновению акантолитических клеток, негативации симптома Никольского и началу эпителизации кожно-патологического процесса и обладает меньшим побочным действием по сравнению с группой больных получавших традиционное лечение.

Фузидовая кислота в терапии бактериальных осложнений хронических дерматозов

Агафонова Е.Е., Захарова А.Б., Жаворонкова Е.В., Коротаева Н.Л., Корсунская И.М.

КВД № 15, ЦТПФХФ РАН, г. Москва.

Основными факторами способствующими развитию бактериальных инфекций кожи являются нарушения целостности кожного покрова (микротравмы, мацерация), загрязнение кожи, изменение pH кожи (в щелочную сторону, наличие соматической патологии, нарушение иммунитета, наличие хронических очагов стафилококковой инфекции в различных органах и тканях. Наиболее часто бактериальная инфекция осложняет течение хронических дерматозов (атопический дерматит, экзема и т.д.)

В качестве препарата для местной терапии вторичной инфекции на фоне хронических дерматозов нами применялся фуцикорт, основными компонентами которого, являются фузидовая кислота и топический кортикостероид бетаметазон. Данный препарат высокоактивен в отношении грамположительных бактерий (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Corynebacterium minutissimum* и т.д.).

Под нашим наблюдением находилось 27 пациентов в возрасте от 2 до 54 лет. 12 пациентов с диагнозом атопический дерматит, осложнение вторичной инфекцией, 7 — гипостатическая экзема, осложненная вторичной инфекцией, 9 — микробная экзема.

Курс местной терапии проводился в течение 7–10 дней, препарат наносился на пораженные участки дважды в день. На 3–4 день от начала терапии новых высыпаний не отмечено у 80% пациентов. У всех пациентов переносимость была хорошей, полнотью патологический процесс, вызванный бактериальной флорой разрешался к 10–14 дню.

Эффективность терапии Фуцикортом бактериальных осложнений при хронических дерматозах нами оценивается как высокая и данный препарат может широко применяться в практической дерматологии.

Функциональное состояние полиморфноядерных лейкоцитов периферической крови больных лепрой с сопутствующим поражением печени

Наумов В.З., Вдовина Л.Н.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрави», г. Астрахань

При лепре как возбудитель, так и химиотерапия заболевания вызывает специфические и неспецифические изменения паренхимы и стромы печени. В гепатоцитах развивается белковая и углеводная дистрофия, нарушаются ферментативные процессы, наблюдается активация купферовских клеток. (Логинов В.К., 1968) Оксидантная активность клеток ретикулоэндотелиальной системы вызывает повышение продукции TNF- α , который в свою очередь индуцирует нейтрофильную инфильтрацию и стимулирует продукцию оксидантов в гепатоцитах, что ведет к развитию апоптоза. (Bataller R., Brenner D.A., 2005). Повышение уровня TNF- α обнаружено при наличии признаков хронического паренхиматозного гепатита и у больных лепроматозной лепрой, прошедших длительных курс химиотерапии. (Наумов А.В., Сароянц Л.В., 2006). J.K.Patnaik et al. (1989), изучая гранулемы прижизненного биопсийного материала печеночной ткани, обнаружили отек клеток эндотелия и нейтрофильной инфильтрации при лепроматозном типе лепры. Основным источником свободнорадикальных форм кислорода (СРФК), которые могут приводить к деструкции печеночных клеток, являются нейтрофилы. В данном исследовании мы изучали процессы образования СРФК полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) периферической крови больных лепрой, используя метод люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ).

ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови на градиенте с плотностью 1,114. Для измерения ХЛ использовали флюориметр-люминометр FL 600 (Bio-Tek Instruments Inc., США). У больных лепроматозной формой лепры измерялся уровень спон-

танной хемилюминесценции ПМЯЛ, который отражает процесс образования внеклеточных свободнорадикальных форм кислорода. Больные были разделены на две группы: I группа — лица с хроническим персистирующим гепатитом, II группа — без клинических проявлений поражения печени. В ходе исследования было установлено, что хемилюминесцентный ответ ПМЯЛ больных лепрой I группы достоверно выше, чем во второй ($p < 0,01$). В данных условиях активация полиморфно-ядерных лейкоцитов свидетельствует о том, что эти клетки являются источником повышенного образования внеклеточных СРФК, что может отражать один из патогенетических механизмов поражения печеночной ткани у этих больных.

Характеристика цитокинового баланса у больных псориазом

Олейник С.С., Тогоева Л.Т., Сюч Н.И., Зеленцова С.Е., Путинцев А.Ю., Корсунская И.М.

ГКБ № 14 им. В.Г.Короленко, ЦТПФХФ РАН, г. Москва

Цитокины являются медиаторами иммунной системы. Основная функция их заключается в обеспечении кооперации иммунных и неиммунных клеток при воспалительных процессах и при развитии иммунных реакций. Кроме того, под контролем цитокинов находятся все этапы развития, дифференцировки и функционирования соматических клеток. Действие цитокинов осуществляется через специфические мембранные рецепторы, экспрессия которых повышается при активации клеток.

Среди цитокинов, секретируемых клетками в зоне воспаления, наиболее важная роль в активации кератиноцитов, приобретающих при этом черты иммунокомпетентных клеток, принадлежит фактору некроза опухолей — α (TNF α — tumor necrosis factor), интерлейкинам (IL) — IL-1 и IL-6, источниками которых являются моноциты/макрофаги, а также —интерферону, IL-4 и IL-17, которые продуцируются Т — лимфоцитами.

Псориаз характеризуется гиперпролиферацией и неполной дифференциацией эпидермальных кератиноцитов, вызванных Т-клетками, в результате чего возникают альтернативные пути дифференциации клеток. Псориаз сопровождается инфильтрацией активированных Т — лимфоцитов в дерму и эпидермис, что, в свою очередь, вызывает образование множественных воспалительных цитокинов, таких как —интерферон, IL-2 и TNF α .

При исследовании состояния иммунного гомеостаза с использованием методов иммунофенотипирования у больных псориазом обнаружены характерные особенности формирования иммунологической реактивности. Для большинства больных псориазом (70,8%) характерно изменение количества CD4⁺ лимфоцитов, как правило, в сторону уменьшения. Одновременно уменьшалось и число Т-лимфоцитов — супрессоров. Соответственно изменялось и соотношение субпопуляций CD4⁺/CD8⁺ (иммунорегуляторный индекс). На фоне изменения количества CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов, снижение ИРИ отмечено у 58,3%, увеличение — у 8,3%. Только в 33,3% случаях, значения ИРИ соответствовали допустимым границам нормы. Дисбаланс между субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров наблюдался у 16,7% больных.

Частота развития лепрозной узловой эритемы у больных, получающих комбинированную терапию, предложенную ВОЗ

Урляпова Н.Г., Умнова З.Г., Анохина В.В.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава», г. Астрахань

Лепрозная узловатая эритема (ЛУЭ) является серьезным осложнением при многобактериальных формах лепры. Чаще наблюдается после начала лечения, когда разрушение микроорганизмов приводит к образованию в крови большого количества антигенов М.леграе и формированию иммунных комплексов антиген-антитело. Кожные проявления ЛУЭ являются наиболее обильными, но не самым значительным симптомом этой реакции, т.к. острое воспаление наблюдается в любых органах и тканях, где локализуются М.леграе. Наблюдается целый ряд осложнений, таких как неврит, орхит, иридоциклит, артрит, нередко заканчивающихся развитием инвалидности. До внедрения эффективных методов лечения лепры считалось, что это осложнение является относительно редким. После внедрения дапсона и комбинированной терапии (КТ) случаи ЛУЭ стали регистрироваться значительно чаще, примерно у 50% больных ЛЛ и у 25% больных ВЛ. В первые годы (начало 80-х гг. XX в.) после внедрения КТ ВОЗ, включающей, помимо дапсона и рифампицина, лампрен, обладающий противовоспалительным действием, надеялись на существенное снижение частоты ЛУЭ. Однако увеличение сроков наблюдения за больными лепрой, получавшими КТ ВОЗ, показало, что все обстоит не так благополучно. Так, имеются данные о том, что в Бразилии ЛУЭ развивается у 31% больных, в Непале у 19%, в Таиланде у 12%, в Эфиопии у 5%.

Под нашим наблюдением находились 14 новых больных, получавших КТ ВОЗ. У 5 из них отмечалась ЛУЭ. ЛУЭ началась в основном через 6 мес. — 2 года от начала противолепрозного лечения. Один больной имел в анамнезе несколько эпизодов ЛУЭ, и до установления диагноза лепры продолжительно лечился по поводу алергодерматоза.

Таким образом, по нашим данным, ЛУЭ развилась у 1/3 больных, получавших КТ ВОЗ. Возможно, что существенную роль в такой частоте ЛУЭ у больных лепрой, находившихся под нашим наблюдением, играет возрастной фактор. Однако нельзя не считать с такими фактами, как качество наблюдения и ранняя диагностика начальных проявлений реактивного состояния и, как следствие, своевременное назначение лечения, позволяющее избежать тяжелых осложнений. Так, ни у одного из 5 больных с ЛУЭ, развившейся на фоне КТ ВОЗ, не отмечалось прогрессирования поражений периферических нервов. Поскольку нередко ЛУЭ принимает хронический характер и длится свыше 2 лет, требуется опыт, чтобы распознать и правильно лечить это осложнение. Поэтому большинство лепрологов выступает против сокращения сроков лечения больных лепрой, считая, что никто лучше специалистов не сможет разобраться в ситуации и свести к минимуму риск развития инвалидизирующих последствий.

Эффективность крема элидел в терапии псориаза

Арифов С.С.

НИИ Дерматологии и Венерологии, ТашиУВ МЗ РУз

В настоящее время не вызывает сомнения, что в патогенезе псориаза и других кожных заболеваний важную роль играют гуморальные, клеточные звенья иммунитета, а также провоспалительные цитокины (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10), альфа фактор некроза опухолей (TNF) — α и гамма — интерферон.

В литературе имеются многочисленные сообщения о высокой клинической эффективности нестероидного местного иммуномодулятора пимекролимус (элидел) в терапии атопического дерматита, псориаза, витилиго и ряда других дерматозов.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучить клиническую эффективность препарата 1% крема элидел в лечении псориаза.

1% крем элидел был применен у 19 больных псориазом в возрасте от 18 до 31 лет. Мужчин было 11, женщин — 8. Давность заболевания составила от 1 года до 7 лет. У всех больных кожно-патологический процесс носил ограниченный характер. Очаги поражения проявлялись в виде застарелых бляшек и не поддавались другим методам терапии, включая наружные глюкокортикоиды. 1% крем элидел на псориазные очаги наносили 2 раза в день в течение 1,5–2 месяцев. Результаты лечения показали, что у 10 больных после местного лечения наступило клиническое выздоровление, у 5 — значительное улучшение и у 4 — улучшение. Побочных эффектов от терапии не было отмечено.

Следовательно, элидел может быть использован как один из методов терапии псориаза.

Эффективность методов терапии витилиго

Арифов С.С., Арифова А.С.

НИИДерматологии и Венерологии, ТашиУВ МЗ РУз

Несмотря на многочисленные исследования до настоящего времени этиология и патогенез витилиго остаются неизвестными, а существующая терапия этого заболевания полностью не удовлетворяет ни врачей, ни самих пациентов. В лечении витилиго многие дерматологи наиболее часто используют ПУВА-терапию, лечение средневолновыми ультрафиолетовыми В-лучами, лазерным излучением, кортикостероидами (системными и наружными), кальципотриолом или сочетанием вышеуказанных методов. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучить эффективность методов терапии витилиго. Под нашим клиническим наблюдением находились 169 больных витилиго в возрасте от 9 до 62 года. Из них мужчин было 91, женщин — 78. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 19 лет. Результаты клинических наблюдений показали, что лазеротерапия в сочетании с кальципотриолом или с иммуномодуляторами являются наиболее эффективными методами лечения ограниченной формы витилиго, при расположении витилигозных пятен на лице, шее и у детей. При распространенной форме витилиго эффективным является комбинация ПУВА-терапии с кальципотриолом.

Таким образом, результаты вышеприведенных исследований показывают, что комбинация различных методов являются эффективными в лечении витилиго.

Эффективность ПУВА-терапии больных склеродермоподобной формой хронической реакции «трансплантат против хозяина»

Волнухин В.А., Мурадян Н.Л., Боровая О.В., Выборнова О.В., Демидова И.А., Желнова Е.И., Павлова О.А., Савченко В.Г.

ГУ «ЦНИКВИ Росздзрва», Гематологический научный центр РАМН, Москва

Реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ) является одним из наиболее частых осложнений аллогенной трансплантации костного мозга. Лечение данного состояния представляет большие трудности, поскольку проводимая в таких случаях иммуносупрессивная терапия с использованием глюкокортикостероидных и цитостатических препаратов недостаточно эффективна и нередко сопровождается инфекционными и токсическими осложнениями, приводящими к гибели больных.

Мы наблюдали 2 пациентов (женщину 20 лет и мужчину 43 лет), у которых после аллогенной трансплантации костного мозга по поводу миелодиспластического синдрома на фоне достигнутой цитогенетической и молекулярной ремиссии развилась тяжелая склеродермоподобная форма хронической РТПХ. У больных появились боли в мышцах, скованность и уменьшение подвижности суставов конечностей; на голове, туловище, конечностях образовались очаги эритемы, плотного отека, индурации, алопеции и гиперпигментации кожи. Склеродермоподобные изменения были подтверждены гистологическими исследованиями кожи и подлежащих тканей.

В обоих случаях нами в связи с недостаточной эффективностью применяемых иммуносупрессивных средств (преднизолон и азатиоприна), развитием диффузного остеопороза и рецидивирующих вторичных инфекций в комплексное лечение была включена ПУВА-терапия с приемом внутрь аммифурина и облучением всего тела длинноволновым ультрафиолетовым светом с режимом 2–3 раза в неделю. Курс составил соответственно 62 процедуры и 45 процедур с суммарной курсовой дозой УФА 127 Дж/см² и 138 Дж/см². ПУВА-терапию пациенты переносили хорошо, каких-либо побочных реакций не наблюдали. В результате проведенного лечения у больных прекратилось прогрессирование заболевания, уменьшились эритема, отек и индурация кожи в очагах поражения, увеличился объем движений в суставах. В процессе курса ПУВА-терапии удалось значительно снизить дозу принимаемого преднизолон. При дальнейшем наблюдении в течение 6 месяцев рецидивов РТПХ не отмечено.

Наши наблюдения свидетельствуют об эффективности ПУВА-терапии больных склеродермоподобной формой хронической РТПХ и целесообразности включения её в комплексное лечение данной патологии, в том числе с целью уменьшения доз применяемых иммуносупрессивных препаратов.

III. МИКОЛОГИЯ

Болезнь Лайма, ошибочно принятая за генерализованную руброфитию

Рукавишникова В.М.

ГУ ЦНИКВИ Росздрава, г Москва

Болезнь Лайма– (Лайм боррелиоз, БЛ) заслуживает пристального внимания ввиду широкого распространения в России с ежегодным приростом 5–10 тыс. новых случаев; необходимости раннего диагностирования и адекватного лечения во избежание хронизации процесса, трансформации ранних, сравнительно легких форм в тяжелые атрофические заболевания кожи (атрофодермия, склеродермия и др.), вовлечения в патологический процесс многих органов и систем.

Наше наблюдение касается 6–ой Б., 52 лет, направленной в ГУЦНИКВИ ввиду безуспешности 14 дневной ламизилотерапии предполагаемой генерализованной руброфитии (ГР).

Клинически ГР была исключена: отсутствовала мозаичная и многокомпонентная картина этого микоза — гирляндобразные очаги на туловище и конечностях, как бы выходящие из крупных кожных складок, с шелушением, фолликулярно–узловатыми элементами, а также поражение кожи и ногтей стоп. При микроскопическом исследовании грибы не обнаруживались.

Была картина мигрирующей эритемы — ранней стадии БЛ. Имелось диффузное монотонное обширное поражение кожи нижней части живота, лобка, пахово–бедренных областей, верхней части левого бедра и левой ягодицы в виде полу–трико, шириной от 10 до 52 см. Кожа в очаге поражения синюшного цвета имела четкие границы за счет равномерного розово–красного ободка шириной от 1 до 2–3 см.

Анамнестические данные не противоречили диагнозу БЛ. Заболевание началось вскоре после похода в июле 2006 г. в лес под Новосибирском (эндемичная зона для боррелиоза), хотя укуса клеща больная не заметила. В левой пахово–бедренной складке появилось четко очерченное округлое красное пятно величиной 1х1 см, которое начало быстро расти.

Несмотря на терапию ламизилом в комбинации с наружными противогрибковыми средствами (была ошибочно диагностирована ГР) кожный процесс быстро распространялся, приняв гигантские размеры. Ухудшилось общее самочувствие, появились боли в мышцах и суставах.

Наш диагноз БЛ был подтвержден положительными реакциями непрямой иммунофлюоресценции (ИРИФ) и РТМЛ с боррелиозным антигеном.

Кроме того, последовало быстрое разрешение кожного процесса под влиянием терапии тетрациклином в суточной дозе 1,5 г.

Представленное наблюдение свидетельствует о необходимости большей настороженности в отношении БЛ, особенно в летнее — осенние месяцы — времени активизации клещей, совпадающие с частыми пребываниями людей на природе.

Детская проблема

Умбетярова Л.Б.

г.Алматы

По данным литературы последних лет увеличивается заболеваемость грибковыми инфекциями у детей. Еще несколько десятилетий назад эта проблема считалась приоритетом у больных среднего и пожилого возраста. За последние годы контингент заболевших резко помолодел и проблема дерматомикозов волнует не только дерматологов, но педиатров.

За период с 2003 по 2004 гг в НИКВИ г.Алматы было обследовано 126 детей. Возраст обследованных пациентов колебался от 1 года до 16 лет. Среди больных детей и подростков преобладали мальчики — 77(61,1%) пациентов. У 16 детей (12,6%) диагностирован микоз стоп и кистей с онихомикозом, у 12 детей (9,5%) — микоз стоп с онихомикозом, у 6 (12,7%) — микоз кистей с онихомикозом. Единичные поражения ногтевых пластин (1–3 ногтевые пластинки) наблюдались у 29 (23,0%) пациентов, у 5 детей было диагностировано изменение 5 ногтевых пластин.

У всех больных диагноз был подтвержден микроскопическими и культуральными методами. При посеве у 5 (3,96%) выделена культура дрожжеподобных грибов рода *Candida*, у 6 (4,76%) — *Tr.rubrum* + плесневые грибы, у 5 (3,96%) — *Tr.rubrum* + дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В остальных случаях наблюдался рост дерматофитов (главным образом *Trichophyton rubrum* — 14,2%). У детей до 1 года отмечен рост грибов рода *Candida*. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обычно вызывали онихомикоз на кистях.

Таким образом, все вышеприведенные данные свидетельствуют о большой заболеваемости грибковых заболеваний у детей.

Исследование видового состава возбудителей дерматомикозов, трихомикозов и онихомикозов в НИКВИ г. Алматы за период с 2003 по 2004 гг.

Умбетярова Л.Б.

г.Алматы

Грибковые заболевания составляют значительную часть инфекционной патологии человека, возбудителями которых являются микроскопические грибы.

Цель наших исследований — определить частоту встречаемости патогенных грибов среди больных дерматомикозами, трихомикозами и онихомикозами. Для определения и выделения грибов использовали стандартные среды: Сабуро и кукурузный агар. Посевы культивировали в термостате при температуре + 28°C.

В НИКВИ г. Алматы в течение 2003–2004 гг были обследованы 1600 пациентов. Выделены и идентифицированы около 1000 культур возбудителей микозов. Результаты исследований показали, что наиболее распространенными были дерматофиты рода *Trichophyton*. Самая высокая частота встречаемости установлена в распространении вида *Tr.rubrum* (50,2%), *Tr.rubrum* + дрожжеподобные грибы рода *Candida* — 30,5%, *Tr.rubrum* + плесневые грибы — 19,7%.

Второе место по частоте встречаемости занимают кандидамикозы, возбудители которых дрожжеподобные грибы рода *Candida*. При помощи классических методов идентификации установлено, что вид *C. albicans* составляет 23,0%. Следует отметить, что распространение дрожжей данного рода быстро увеличивается, особенно в сочетании с дерматофитами, в частности с *Tr.rubrum*.

Грибы рода *Microsporium* по частоте встречаемости занимают третье место среди выделенных возбудителей микозов. За время исследований было зафиксировано только два вида этого рода: *M.canis* и *M.gypseum*. Возбудители вида *M.canis* составили 24,2%, а вида *M.gypseum* 2,6% от всех выделенных дерматофитов. Анализируя данные за период 1992 по 2002 гг. установлено увеличение заболеваемости микроспорией (интенсивный показатель в 1992 г. составлял 16,4 на 100 000 населения, а в 2002 г. 37,4 на 100 000 населения).

При половозрастном анализе заболеваемости дерматомикозами установлено, что мужчины болеют чаще (58,7%), чем женщины.

Таким образом, полученные результаты говорят о высоком уровне заболеваемости заразными кожными болезнями с тенденцией к увеличению.

К вопросу стандартизации ведения больных онихомикозом

Мартынов А.А., Козюкова О.А.

ГУ «ЦНИКВИ Росздрава»

Для проведения анализа использования медицинских технологий и лекарственных средств нами была разработана карта экспертной оценки по изучению типичной практики по ведению больных онихомикозом врачами — микологами. Фармакоэпидемиологическое исследование позволило изучить использование различных лекарственных препаратов, частоту назначения больным моно- или комбинированной терапии, характер назначаемых лекарственных препаратов, их доз и режимов назначения, целевых результатов фармакотерапии. Параметрами оценки служили демографические данные (возраст пациентов, профессия и полученное образование), данные о перенесенных заболеваниях, аллергологическом анамнезе и наследственности, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений онихомикоза, длительность микоза, клинические проявления (форма онихомикоза, локализация, количество пораженных ногтей), анамнестические данные (возможные источники заражения, факторы риска развития заболевания, виды терапии и диагностики в прошлом), объем оказанной медицинской помощи в процессе наблюдения, консультации специалистов, а также фармакотерапия пациентов, результаты и контроль лечения, проведение профилактической беседы.

В процессе изучения 250 карт по 5-ти КВД г.Москвы было выявлено отсутствие ряда факторов (наличие грибкового заболевания в семье (или предполагаемые источники заражения), глубина и форма поражения ногтевых пластин, сопутствующая патология, исследование печеночных показателей, назначение сопутствующей терапии) влияющих на назначение системной и/или консервативной противогрибковой лекарственной терапии и ее исходы, на предотвращение рецидивов или реинфекции микоза стоп. Одним из значимых параметров является отсутствие данных о сопутствующей патологии, что крайне важно при выборе тактики ведения пациентов и необходимости сопутствующей терапии. На основании проведенного исследования считаем целесообразным создание микологической карты, которая максимально позволит систематизировать работу врача-миколога и поможет ему при проведении диспансерного наблюдения.

Клинико-морфологические аспекты онихомикозов и их комплексная терапия

Васенова В.Ю., Бутков Ю.С.

Кафедра кожных и венерических болезней, клинической микологии с курсом дерматокосметологии ФУВ РГМУ.

Определенный интерес представляют сведения о расположении мицелия грибов в структурах ногтевого ложа у больных онихомикозами. В связи с этим мы изучили биоптаты этой области у пациентов после удаления ногтевых пластин, пораженных грибом.

Было обнаружено нарушение дифференцировки эпидермиса на слои, признаки спонгиоза, разрушение базальной мембраны. В дерме выявлена деструкция соединительной ткани, хорошо видны нити мицелия, сужение сосудов, уменьшение количества фибробластов, осуществляющих синтез коллагеновых структур, которые являются стромой соединительной ткани. Их недостаток ведет к нарушению структуры соединительной ткани, снижению ее способности к регенерации и противостоянию агрессивному воздействию грибов. Выявлена агрегация эритроцитов, выраженная гиперплазия эндотелиоцитов, скопление нитей мицелия в периваскулярном пространстве. Четко видна деструкция волокнистого компонента межклеточного вещества соединительной ткани. Отмечено отсутствие активного роста новых сосудов, что, по-видимому, обусловлено токсическим воздействием грибов.

Таким образом, мы видим, что под воздействием грибов базальная мембрана эпидермиса ногтевого ложа разрушается, нарушается дифференцировка эпидермиса на слои, но при этом большого количества мицелия в этой зоне мы не обнаружили. Вероятно, что, после разрушения эпидермиса, грибы устремляются в более глубоко лежащие слои дермы, где отмечается большое скопление нитей мицелия, с деструкцией соединительной ткани и явлениями васкулита.

Для терапии применялось комбинированное лечение, состоявшее из удаления пораженных ногтевых пластинок и назначения орунгала по стандартной методике пульс-терапии. Эффективность лечения составила 92,6%.

Комплексный метод лечения кандидозных поражений кожи и ногтей

Шебашова Н.В., Клеменова И.А., Мишина Ю.В., Воронова Н.Ю., Жукова Г.И.

Нижний Новгород

В настоящее время возрастает роль *Candida non-albicans* в патологии кожи и ногтей дрожжевой этиологии, многие из которых устойчивы к современным системным и местным антимикотикам. Предлагаемый способ комплексной терапии кандидозных поражений кожи и ногтей с учетом видовой идентификации выделяемых грибов и чувствительности к антифунгальным препаратам позволяет повысить эффективность лечения, снизить число неудач терапии и предотвратить рецидивы заболевания.

Под нашим наблюдением находились 92 взрослых пациентов и 46 детей с клиническими признаками поражения кожи и ногтевых пластинок кистей и стоп кандидозной этиологии. У пациентов часто наблюдались множественные онихии и паронихии на кистях, часто процесс сопровождался явлениями дрожжевой экземы. Рост грибов рода *Candida* на среде Сабуро обнаружен у 58 взрослых пациентов (63% от общего количества наблюдавшихся больных) и 40 детей (87%). Для видовой идентификации *Candida* spp. производился пересев на *candida*-селективную среду Кардиселект-4 (BIO-RAD). Для предотвращения неудач в ле-

чении дрожжевых поражений кожи, кандидозных онихий и паронихий и развития рецидивов заболевания перед назначением системного антимикотика проводилось определение чувствительности полученных колоний грибов рода *Candida* к антифунгальным препаратам с помощью набора Фунгитест (BIO-RAD). Было обнаружено существенное снижение чувствительности *Candida* spp. к азоловым препаратам, которые в настоящее время наиболее широко используются в терапии дрожжевых онихомикозов (снижение чувствительности *Candida alb.* к итраконазу в 18% случаев, к флюконазолу в 9%, к миконазолу в 62%; *Candida trop.* — в 27% случаев к итраконазолу и кетоконазолу, в 59% — к миконазолу). Всем пациентам, нуждающимся в системной антимикотической терапии, назначалось лечение с учетом чувствительности грибов к определенному лекарственному препарату. У детей в лечении использовались препараты из группы флюконазола до полного отрастания ногтей в дозах, соответствующих весу ребенка. У пациентов с изолированным поражением кожи дрожжевой этиологии (кандидозе складок, кандидозных экземах и др.) назначались противогрибковые мази и кремы (залаин, мифунгар, травоген, низорал и др.). При обследовании иммунного статуса было выявлено подавление клеточного иммунитета в виде снижения относительного содержания Т-супрессоров у 24% и CD 4+ (Т-хелперов) — у 38% пациентов. В комплексной терапии назначались иммуномодулирующие (натрий нуклеинат, имудон, милайф) и витаминные (ревалид, цинктерал, мерц, сана-сол и др.) препараты. Побочных эффектов в процессе терапии не отмечено. После проведенного курса терапии имела место полная клинико-лабораторная ремиссия. Прослежены отдаленные результаты терапии в течение от одного года до трех лет, рецидивов заболевания не отмечено.

Микроспория у новорожденных

Степанова Ж.В., Зеленцова С.Е., Климова И.Я., Оленич И.В.

Москва

В последние годы чаще стала регистрироваться микроспория у новорожденных. В детском микологическом отделении городской клинической больницы им. В.Г.Короленко за последние 5 лет (2001–2005 гг.) из 1167 больных микроспорией, находящихся на стационарном лечении, было 20 детей в возрасте до 1 года, что составляет 1,7%. По данным Н.А.Костенич с соавт. (1976) 30 лет назад микроспорию у новорожденных выявляли в 0,2–0,3%. Волосистая часть головы в этом возрасте поражается редко, чаще наблюдаются очаги на гладкой коже, которые своевременно не диагностируются. Однако, в микологическом отделении больницы им. В.Г.Короленко за первое полугодие 2006 года было четверо детей в возрасте до года (29 дней; 4 мес.; 5 мес.; 1 год). Из них 3–е с очагами микроспории на голове.

По клиническим проявлениям микроспория у новорожденных имеет некоторые особенности: очаги, как правило, крупные до 4–5 см в диаметре, с четкими границами, отечным и гиперемизированным валиком по краю, незначительным шелушением и гиперемией в центре. Волосы в первые 3 недели заболевания могут быть не обломаны.

Лечение микроспории у новорожденных проводится гризеофульвином в форме суспензии и таблетками из расчета 21–22 мг на 1 кг массы тела. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то антибиотик можно получать с молоком матери. В качестве иллюстрации приводим наше наблюдение. Больная Д.А., 5 месяцев (ист.б. 402–Д) с диагнозом микроспория волосистой части головы находилась на стационарном лечении в микологическом отделении больницы им. В.Г.Короленко с 28.07.06 по 11.08.06 г. Больная в течение 3 недель. Источник заражения не установлен. При поступлении в затылочной области был очаг размером до 5 см в диаметре, розового цвета, с шелушением в центре, обломанными волосами. Под люминесцентной лампой Вуда определялось зеленое свечение, микроскопически обнаружен *Microsporum* в волосе. По органам изменений не обнаружено. Проведено лечение гризеофульвином, наружно применяли серно-салициловую мазь.

Увеличение больных микроспорией новорожденных можно объяснить ослаблением санитарно-просветительной работы среди населения.

Опыт применения набора микоспор для лечения сквамозно-гиперкератотической формы руброфитии стоп и ладонно-подошвенных кератодермий

Савенков В.В.

Кожно-венерологический диспансер №2, г. Москва

В последние годы мы наблюдали 13 больных сквамозно-гиперкератотической формой руброфитии стоп и девять больных различными ладонно-подошвенными кератодермиями.

В течение двух недель один раз в день на кожу наносилась мазь из набора МИКОСПОР, содержащая мочевины. Через две недели у всех 13 больных руброфитией стоп отмечалось клиническое выздоровление, а элементы патогенных грибов были обнаружены только у четырех пациентов (13,7 процента).

У шести из девяти больных ладонно-подошвенными кератодермиями через две недели от начала лечения наступило клиническое выздоровление, у двух — значительное улучшение, у одного — улучшение.

Спустя два месяца по окончании лечения клиническое излечение у всех 13 больных руброфитией стоп (подтверждено микроскопией) и у восьми человек (92 процента) больных ладонно-подошвенными кератодермиями.

Все два месяца по окончании лечения мазью из набора МИКОСПОР с мочевиной и до контрольного обследования мы предлагали пациентам ежедневно заниматься уходом за кожей ладоней и подошв (ванночки, смазывание мазью Радевит).

Отмечается удобство и простота применения лекарственных средств. К преимуществу нашей методики мы относим отсутствие необходимости предварительной отслойки роговых масс, быстрое разрешение клинических проявлений заболевания и быстрая элиминация патогенных грибов из очагов поражения кожи.

К тому же, отсутствие в аптечной сети уреалпаста, особенно в регионах, может быть компенсировано мазью МИКОСПОР с мочевиной из набора для лечения ногтей.

По прямому же назначению набор для лечения ногтей МИКОСПОР мы рекомендуем пациентам с незначительными, краевыми, линейными микотическими поражениями единичных ногтей, а так же как паллиатив пациентам, которые по тем или иным причинам не могут или не хотят принимать системные антимикотики.

Отечественные жженые квасцы – эффективное и доступное средство борьбы с гипергидрозом и его последствиями

В.М.Рукавишников

ГУЦНИКВИ Росздрава, г Москва

Гипергидроз (Г) — это постоянно «мокрые» ноги, неприятный запах, мацерация кожи, зудящие и/или болезненные пузырьки, трещины, эрозии; частое наложение грибково — бактериально– вирусных инфекций, обычно остропротекающих с нередким развитием поливалентной сенсбилизации.

Эффективным средством борьбы с Г. являются отечественные жженые квасцы (ЖК) — обезвоженные алюмокалиевые сернокислые соединения. Их противовоспалительное, высушивающее и дезодорирующее действие связано с уплотнением стенок сосудов и уменьшением протекания жидкости, запустеванием избыточно работающих потовых желез, высокой гигроскопичностью и поглощением пота, кожных сала, запахов. Противозудный эффект ЖК обусловлен образованием на месте их соприкосновения с раздраженной, мацерированной кожей коллоидной пленочки, защищающей нервные окончания. Бактерицидные свойства ЖК объясняют фиксацией и обездвиживанием микроорганизмов, действием на них солей алюминия.

Мы применили ЖК у 368 б–х. 343 из них страдали выраженным Г. стоп. Из–за постоянной влажности и тошнотворного запаха от ног они чувствовали себя изгоями общества, быстро изнашивались носки и обувь. Ежедневно 1 раз в день припудривали ЖК межпальцевые складки и кожу стоп и засыпали их в носки и обувь для профилактики микозов стоп. Начиная с 3–4 дня у всех уменьшалось, а с 10 дня исчезало ощущение постоянной влажности и неприятного запаха от ног. Быстро эпителизировались трещины и эрозии, разрешались и не появлялись вновь дисгидротические высыпания. В дальнейшем ЖК применяли по мере надобности 1–2 раза в неделю.

При ожирении (45 б–х) и опрелости зуд, чувство постоянной влажности в складках, неприятный запах проходили спустя 3–4 дня после применения ЖК 1 раз в день. К концу недели очаги бледнели, кожа в них нормализовывалась. В последующем ЖК использовали только по мере надобности, не чаще 1–2 раза в неделю..

Применение ЖК ни у одного из 368 больных не вызвало никаких побочных явлений.

Химическая устойчивость и инертность ЖК позволяет комбинировать их с различными фунгицидными и бактерицидными медикаментами, повышая результативность лечения Г и его последствий. Отечественные ЖК не уступают зарубежным образцам по эффективности и в отличие от них, вполне доступны по цене. ЖК заслуживают широкого использования для лечения Г и профилактики микотических и бактериальных инфекций.

Применение аппарата «АЛОМ» для лечения онихомикоза стоп

Федосеев А.С., Рачек И.И.

ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ (Московская обл.).

Как показывает опыт, лечение онизомикозов стоп, требующее систематического, длительного подхода, представляет трудность как для пациентов, так и врача, осуществляющего контроль лечения. Зачастую у пациентов не хватает времени и терпения проводить терапию на постоянной основе.

В связи с появлением нового аппарата для лечения онихомикозов «АЛОМ», нами была предпринята попытка интенсифицировать лечебный процесс в условиях санатория, где пациенты могут получить специальное лечение на систематической основе.

Аппарат «АЛОМ», работающий в трех режимах — ультразвуковое воздействие (фонофорез), магнитофорез, электрофорез одновременно или в любом сочетании, позволяет ускорить «доставку» лечебных средств к пораженным участкам, использовать небольшие концентрации лекарственных препаратов.

За период с марта 2006 г. нами был пролечен 21 пациент санатория в возрасте от 47 до 72 лет (возрастно–половой состав представлен в табл. 1).

Табл. 1

Возраст	Пол	
	Мужчины	Женщины
47–50	3	–
51–60	7	5
61 и старше	4	3
Итого	14	8

При выборе и определении длительности и форм лечения, учитывались клинические формы проявления онихомикозов, согласно международной классификации, предложенной N. Zaias. Данная классификация учитывает выраженность подногтевого гиперкератоза и степень вовлечённости ногтевой пластинки. Тяжесть микотического процесса оценивалась в соответствии с КИОТОС.

Распределение пациентов по формам поражения представлено в табл. 2.

Табл. 2

Форма онихомикоза	Число пациентов	% от общего числа пролеченных
Дистально–латеральная	9	42,9
Поверхностная белая	3	14,3
Проксимальная подногтевая	5	23,8
Тотально–дистрофическая	4	19,0

Учитывая возрастной состав пациентов, необходимо отметить, что ряд пациентов имели сопутствующую патологию, способствующую течению микотической инфекции. Так у 15 больных (74,4%) онихомикоз протекал на фоне таких заболеваний, как диабетическая ангиопатия и варикозная болезнь нижних конечностей различной степени тяжести (без трофических изменений кожи). Пациенты по данным заболеваниям получали лечение в соответствии с диагнозами под контролем лечащих врачей-терапевтов.

Специальное противомикотическое лечение всех пациентов проводилось комплексно, в соответствии со стандартом медицинской помощи больным микозом ногтей и методическими рекомендациями для врачей по профилактике грибковых заболеваний в санаторно-курортных учреждениях и пансионатах.

Больным с поражением менее половины ногтя назначалась терапия местными антимикотиками и лечение с помощью аппарата «АЛОМ». При поражениях более половины ногтя, а также 2-х и более ногтей местная терапия сочеталась с системной (препараты итраконазола или тербинафина).

Процедуры проводились ежедневно по 15–20 мин каждая. В ванночку аппарата заливали раствор йодида калия (2 %) или раствор цитросепта.

Перед процедурой проводилось чистка поражённых ногтей с помощью наложения уреапласта или специального аппарата.

Практически у всех пациентов (90,5 %) наблюдались клинические признаки разрешения онихомикотического процесса, с явлениями роста здоровой ногтевой пластинки.

Кроме лечения онихомикозов, в нашей практике аппарат «АЛОМ» использовался у 5 больных с немикотическими ониходистрофиями. Нами применялся раствор витаминов А и Е с добавлением димексида (по оригинальной прописи). Клиническая картина лечения носила положительно-динамический характер.

Полученные результаты позволяют рекомендовать аппарат «АЛОМ» для лечения онихомикозов и применению в медицинской практике.

Современные подходы к дифференциальной диагностике поражения ногтей у детей

Мишина Ю. В.

ФГУ «Нижегородский НИКВИ Росздрава»
Нижний Новгород, Россия.

Статистические данные свидетельствуют о том, что обращаемость к дерматологам детей и подростков с патологическими изменениями ногтевых пластинок различной этиологии ежегодно увеличивается. Это ставит задачу поиска новых, более эффективных методов дифференциальной диагностики данных заболеваний. Актуальность проблеме придаёт высокая распространённость микотической инфекции в популяции, а также низкий уровень диагностики в сельских районах и ряде детских городских поликлиник.

За период с января 2005 г. по июнь 2006 г. в Нижегородском НИКВИ было проконсультировано и взято на лечение 72 пациента в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст—7,9 лет), направленных для уточнения характера поражения ногтей из детских поликлиник города и области. В группе пациентов 34 (47,2%) девочки и 38 (52,8%) мальчиков. Продолжительность заболевания составила от 2 недель до 6 лет.

Дифференциальная диагностика проводилась между онихомикозами, ониходистрофиями, псориазическими онихиями. В ходе комплексного обследования всем детям проводились микроскопическое и культуральное исследования на грибы, анализы кала на дисбиоз, по показаниям — биохимическое исследование микроэлементного состава сыворотки крови и слюны, а также — исследование функционального состояния печени и поджелудочной железы.

В результате проведённых исследований диагноз онихомикоза был установлен 33 пациентам (17 девочкам, 16 мальчикам), ониходистрофии — 39 (17 девочкам, 22 мальчикам), причём у одного ребёнка отмечалась дистрофия 20 ногтей на фоне красного плоского лишая.

В зависимости от характера установленного заболевания всем детям своевременно было назначено необходимое комплексное лечение в соответствии с диагнозом.

Таким образом, необходимо более широко использовать диагностические возможности лабораторий различного профиля для ранней диагностики онихомикозов и ониходистрофий в детском и подростковом возрасте.

Тербизил в терапии больных трихофитией

Касымов О.И., Нуралиев М.Д., Самторов С.М.

Кафедра дерматовенерологии института последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучение эффективности системного аллиламинового антимикотика тербизила (тербинафина), выпускаемого фирмой «Геден Рихтер», при лечении больных трихофитией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 53 больных трихофитией в возрасте от 6 до 14 лет (32 мальчика, 21 девочка). В возрасте от 6 до 9 лет было 29 детей, от 10 до 14 лет — 24 (14 мальчиков, 10 девочек). Длительность заболеваний от 3–4 недель до 2 месяцев была у 22 детей, 31 пациент страдал микозом от 2 до 7 месяцев.

Поверхностная трихофития была диагностирована у 22 больных (12 мальчиков, 10 девочек), из них только волосистая часть головы была поражена у 14 больных, волосистая часть головы и гладкая кожа — у 8.

Инфильтративно-нагноительная трихофития была обнаружена у 31 больного (19 мальчиков, 12 девочек), и у всех очаги поражения располагались на волосистой части головы. У 15 из них, кроме того, наблюдалось поражение гладкой кожи. У 7 больных выявлена инфильтративная форма заболевания, у 24 — инфильтративно-нагноительная.

Диагноз трихофитии подтверждался микроскопически и культурально. Для оценки эффективности тербизила в зависимости от вида грибка, исследованию были подвержены больные, диагноз грибкового поражения которым был подтвержден культурально. Из 22 больных с поверхностной трихофитией у 19 причиной заболевания был *Tr. violaceum*, у 3 — *Tr. tonsurans* или *scutigeriforme*. Из 31 больного с инфильтративно-нагноительной трихофитией гипсовый трихофитон был высеян у 19 больных, фавиформный — у 12.

Тербизил детям с массой до 40 кг назначался в дозе 125 мг в сутки, при массе свыше 40 кг — по 250 мг в сутки. Кроме этого, проводилось местное лечение.

Результаты и их обсуждение. Лечение все больные перенесли хорошо. Только у 2 больных в первые дни терапии отмечалась аллергическая сыпь, которая быстро прошла после назначения антигистаминного препарата. Лечение оказалось эффективным у всех больных. У большинства больных инфильтративной и инфильтративно-нагноительной трихофитией уплотнение очагов поражения, рассасывание инфильтрации началось с 6–7 дня лечения, пустулизация полностью прекратилась к 9–10 дню. Полное рассасывание инфильтратов произошло к 15–16 дню терапии. Микроскопические анализы на грибы волос с очагов поражения через день начали проводить у всех больных с 8 дня терапии. При первом отрицательном результате последующие анализы проводили через 3 дня. После 3 отрицательных анализов лечение прекращалось и больных выписывали из стационара на диспансерное наблюдение.

У 2 больных с инфильтративной формой инфильтративно-нагноительной трихофитии и 4 больных с нагноительной трихофитией с 10-го дня терапии анализы на грибы начали давать отрицательные результаты, у 5 больных с инфильтративной и 6 с нагноительной — с 12-го дня, у 11 больных с нагноительной — с 14-го дня, у оставшихся 3 больных — с 16-го дня лечения. Лечение у 2 больных с инфильтративной формой инфильтративно-нагноительной трихофитии продолжалось в среднем 16 дней, у 5 больных — 18 дней. 7 больных с инфильтративной формой инфильтративно-нагноительной трихофитии получили лечение в среднем в течение $17,2 \pm 1,8$ дней. У 24 больных с нагноительной трихофитией лечение в среднем продолжалось $19,1 \pm 1,7$ дней.

Среди 22 больных с поверхностной трихофитией отрицательные результаты с 12 дня терапии с очагов поражения на в/ч головы наблюдалось у 4 больных, с 14-го — у 4, с 16-го — у 3, с 18 — у 4, с 20 — у 3, с 22 — у 2, с 24 — у 2. Лечение у 22 больных поверхностной трихофитией в среднем продолжалось $23,1 \pm 2,2$ дня.

У всех больных кожа в очагах поражения полностью нормализовалась за 5–7 дней до окончания лечения.

Параклинические исследования (общие анализы крови, мочи, кала, биохимические анализы крови — общий белок, билирубин, глюкоза, АсТ, АлТ, ЩФ, креатинин) до и после лечения были в пределах нормальных величин.

Диспансерное наблюдение над больными трихофитией продолжалось в течение 3–х месяцев, в течение которого проведено было шестикратное исследование на грибы и во всех случаях был получен отрицательный результат.

Таким образом, наши исследования показали, что тербизил не только дает отличные результаты лечения при трихофитии, но также сокращает сроки лечения и у подавляющего количества больных не оказывает побочных действий.

IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Алгоритм ведения больных с патологией шейки матки и хламидийной инфекцией

Макаров Э.В.
Ульяновск

Проведенные нами клиничко–лабораторные исследования позволили сформулировать следующую модель оказания медицинской помощи при обнаружении патологии шейки матки у женщин в амбулаторно–поликлинических и стационарных условиях:

I этап — исключение ИППП с применением современных методов диагностики (ПИФ, ПЦР), оценка состояния иммунного статуса, проведение бактериологического, бактериоскопического исследования гениталий.

1. При обнаружении хламидийной инфекции, независимо от проявлений инфекционного процесса, до проведения каких–либо оперативных вмешательств на шейке матки рекомендовано проведение 3–х этапного лечения, включающего: I этап (подготовительный) до 3 недель — системная энзимотерапия; повышение неспецифической резистентности макроорганизма, иммунокоррекция (при нарушениях иммунного статуса) — с 1 недели по 4 неделю (в зависимости от сопутствующих заболеваний, показаний и выбранного препарата); местное лечение.

II этап (базисный) — начало через неделю после начала проведения подготовительного этапа — 2 недели: антибиотикотерапия (выбор препаратов при этом определяется степенью чувствительности микробной флоры); антимиотики в терапевтических концентрациях; иммунокоррекция; антиоксиданты

III этап (восстановительный) 3–4 недели: восстановление нормального биоценоза; антиоксиданты; адаптогены; местное лечение; физиолечение.

2. Диспансерное наблюдение осуществляется в период не менее 1 года. Через 6 месяцев после окончания терапии целесообразно повторное обследование на половую инфекцию с оценкой иммунного статуса, кольпоскопической и цитологической картины шейки матки.

При применении указанного алгоритма диагностики и, соответственно лечения хламидийной инфекции у женщин с патологией шейки матки, эффективность его составляет 94,4%. В том случае, если после проведенного лечения в процессе обследования вновь выявляется хламидийная инфекция, курс следует повторить с выбором антибиотика в зависимости от степени чувствительности к нему сопутствующей микробной флоры.

Анализ результатов введения липосомальных форм антибиотиков кроликам при экспериментальном сифилисе

Одинец А.В.
г.Ставрополь

Первое экспериментальное изучение терапевтической роли пенициллина при сифилитической инфекции на кроликах было осуществлено более 50 лет назад. Однако этот метод по–прежнему является основным критерием оценки эффективности новых лекарственных препаратов.

В опытах использовали 10 кроликов породы «Шиншилла» весом 1,5–2 кг, полученных из питомника Ставропольского аграрного университета. В процессе содержания животных поддерживали рекомендуемый режим питания, согласно приказу № 1179 МЗ РФ от 1983 г. Все процедуры по экспериментальным животным, включая эвтаназию, проводили согласно рекомендациям В.В.Карпенко (1985), С.А.Куфлиной (1985).

Заражение кроликов осуществляли введением патогенных бледных трепонем в мошонку и во внутреннюю сторону бедра подкожно. Через 1,5–2 месяца наблюдали появление шанкров. Наличие антител к бледным трепонемам исследовали в течение всего процесса развития сифилитической инфекции у животных. Для этого в лаборатории Ставропольского краевого клинического кожно–венерологического диспансера ставили микрореакцию преципитации и реакцию пассивной гемагглютинации. После появления шанкров, кролики получали лечение в первой группе — внутримышечно натриевой солью бензилпенициллина из расчёта 50 ед/кг массы тела, 4 раза в сутки 20 дней. Второй группе животных вводили липосомальную форму антибиотика в той же дозе. Липосомальный препарат был предварительно приготовлен методом выпаривания и обращения фаз совместно с сотрудниками Ставропольского научно–исследовательского противочумного института.

Результаты лечения продемонстрировали негативацию серологических реакций через 30 дней после начала лечения в 1 группе у 30% кроликов, а во второй группе у 60% кроликов. Шанкры эпителизировались в 1 группе через 30–40 дней, а во второй через 20–25 дней.

Полученные данные позволяют предположить более высокую терапевтическую эффективность липосомальных форм антибиотиков для лечения сифилитической инфекции.

Анализ факторов неудач лечения инфекционных уретритов у мужчин

Гомберг М.А., Ковальк В.П., Бурцев О.А., Климова Р.Р., Куц А.А.

Стандартными схемами лечения неспецифических уретритов являются азитромицин 1,0 г однократно и доксициклин 0,1 дважды в день в течение 7 дней. Однако недостаточно изученная этиология этого заболевания, наличие микст — инфекций и часто осложненное течение являются причинами рецидивов уретрита. Опыт лечения этого заболевания свидетельствует о клиническом излечении лишь в 70–80% случаях. Среди прочих причин неуспеха терапии особую настороженность вызывает резистентность этиологических инфекционных агентов уретрита.

Цель настоящего исследования: выявить инфекционные агенты, достоверно ассоциированные с неуспехом лечения свежих уретритов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 113 пациентов с уретритом, длительностью не более 1 месяца. Все больные проходили расширенное клиничко–лабораторное обследование: микроскопия, *Mycoplasma DUO*, ПЦР (тест системы Литех), бактериологические исследования для выявления аэробной флоры, вирусологическое исследование. Для исключения анатомических аномалий уретры применяли урофлоуметрию, микционную УЗИ уретры, уретроскопию. Во всех случаях применяли мо–

дификацию вирусологического исследования — быстрый культуральный метод, который позволял идентифицировать ВПГ 1 и 2 типа спустя 26–28 часов после взятия материала.

Для лечения бактериальных уретритов назначали стандартное лечение азитромицином, доксициклином или цефтриаксоном, а при выявлении ВПГ использовали валацикловир 2,0 г всего два приема на курс.

Для оценки микробных агентов, которые могут приводить к неэффективности лечения все пациенты, были разбиты на группу пациентов с неудачей первого курса лечения (n=25) и группу пациентов, успешно пролеченных одним курсом (n=88).

Результаты. Этиологический спектр уретритов был представлен *N. gonorrhoeae* (4.4%), *C. trachomatis* (6.2%), *T. vaginalis* (1.8%), *U. urealyticum* (22.1%), *M. hominis* (2.7%), *M. genitalium* (12.4%), *M. pneumoniae* (1.8%) ВПГ (35.4%), аэробной бактериальной флорой (25.7%).

Частота выявления потенциальных уретральных патогенов после лечения представлена в таблице.

Таблица. Сравнительная частота идентификации вирусных и бактериальных уретральных патогенов при контрольных исследованиях.

Группы пациентов	Пациенты с неудачей первого курса лечения n=25	Пациенты, успешно пролеченные одним курсом лечения n=88	P (для разницы между группами)
Микроорганизмы			
<i>N. gonorrhoeae</i>	–	–	–
<i>C. trachomatis</i>	–	–	–
<i>U. urealyticum</i>	5	6	>0,05
<i>M. hominis</i>	–	–	–
<i>M. genitalium</i>	3	–	0,01
<i>T. vaginalis</i>	–	–	–
ВПГ–1 и 2 типа	5	1	0,001
Аэробная условно патогенная флора, >10 ⁴	8	13	>0,05

Выводы: Статистический анализ полученных данных свидетельствует, что из всех микроорганизмов — возможных уретральных патогенов, установлена достоверная ассоциация *M. genitalium* (разность долей — 27.5, 95% доверительный интервал 1.4 — 540.1) и ВПГ 1 и 2 типов (разность долей — 7.1, 95% доверительный интервал — 1.6 — 31.6) с неудачами лечения инфекционных уретритов. Не получено данных о роли *U. urealyticum* и условно-патогенной микрофлоры в неуспехе лечения этого заболевания.

Вагинальные суппозитории «Залаин» в терапии урогенитального кандидоза

Дегтярёв О.В., Рассказов Н.И., Иншина А.Л., Губанова Н.В.

г. Астрахань.

Вагинальный кандидоз относится к числу наиболее распространённых заболеваний и составляет от 40 до 50% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий, являясь самой частой причиной обращения к врачам дерматовенерологам и акушерам-гинекологам. В последнее десятилетие частота выявления урогенитального кандидоза возросла в два раза. Около 75% женщин репродуктивного возраста имеют один и более эпизодов вульвовагинального кандидоза.

В связи с этим, особую значимость приобретает проблема лечения и профилактики урогенитального кандидоза. Несмотря на значительный арсенал антимикотических средств, продолжают исследования по расширению ассортимента препаратов с улучшенными фармакокинетическими свойствами, с меньшей токсичностью и высокой фунгицидной активностью.

Цель исследования была оценка эффективности комплексной терапии урогенитального кандидоза с местным применением вагинального суппозитория «Залаин» (ЭГИС А.О., Венгрия).

Действующее вещество сертаконазол, производное имидазола и бензотиофена, обладает фунгистатическим и фунгицидным действием в отношении грибов *Candida spp.* Одновременно препарат обладает антибактериальной активностью в отношении грамположительных бактерий. В исследование были включены 62 пациентки в возрасте от 18 до 40 лет с кандидозным вульвовагинитом, (КВВ) подтверждённым микроскопически и культуральными методами. Возбудителем инфекции в 40 случаях явилось *S. albicans*, в 10 — *S. tropicalis*, *S. glabrata* –5, *S. kruzei* –4, *Saccharomyces cerevisiae* –3. Острая форма КВВ диагностирована у 56 пациентов, кандидоносительство — 6.

«Залаин» назначали 1 раз в сутки, интравагинально, перед применением препарата было рекомендовано обмыть половые органы с использованием нейтрального или щелочного мыла. Большинство больных отмечали улучшение уже на третий день. У 10 пациенток клинические симптомы после однократного введения препарата сохранились, поэтому через 7 дней, назначено повторное его применение. Все женщины лечение переносили хорошо, побочных эффектов не отмечалось. Диспансерное наблюдение за больными в течение 2–х месяцев показало, что микологическая санация и клиническое выздоровление было достигнуто у 58 пациенток.

Высокая эффективность вагинальных суппозитория «Залаин», делают препарат перспективным в клинической практике венерологов и акушеров-гинекологов.

Влияние озонотерапии на состояние микроциркуляции уретры у мужчин с хроническими хламидийными уретритами

Кондратьева Ю. С.

Алтайский Государственный Медицинский Университет

У мужчин урогенитальный хламидиоз чаще всего манифестирует уретритом, который и является наиболее ранним клиническим проявлением хламидийной инфекции.

При хроническом хламидийном уретрите наблюдается инфекционное воспаление, нарушение трофики и регенерации уретеля, нарушение микроциркуляции; это дает основание использовать озонотерапию в лечении хронических форм хламидийного уретрита у мужчин.

Под нашим наблюдением находилось 44 мужчины в возрасте от 20 до 42 лет, с длительностью клинических проявлений от 6 месяцев до 5 лет, которым с помощью методов ИФА, ПЦР установлен диагноз хронического хламидийного уретрита.

В зависимости от комплекса лечения больные хроническим хламидийным уретритом были разделены на 2 группы: 1 группа — пациенты со стандартной базисной терапией азитромицин на курс 3 грамма, циклоферон по стандартной схеме и вобэнзим, во 2-й группе стандартная терапия была дополнена трансуретральной озонотерапией. Всем больным до и после лечения при контроле этиологической излеченности было проведена лазерная доплеровская флоуметрия уретры (ЛДФ).

До лечения в уретре у всех пациентов по данным ЛДФ наблюдались изменения микроциркуляции на уровне артериол и капилляров, что выражалось в снижении миогенного и нейрогенного тонусов, повышении тканевой перфузии, снижении внутрисосудистого сопротивления. После курса лечения в 1 группе отмечалось незначительное снижение тканевой перфузии ($M=24,03\pm 0,01$ пф.ед), остальные показатели остались прежними. Во 2 группе, получавшей кроме стандартной терапии региональную внутриуретральную озонотерапию, отмечалось значительное снижение тканевой перфузии ($M=16,71\pm 0,11$ пф.ед) и модуляции кровотока ($СКО=2,64\pm 0,04$ пф.ед.), что говорило об уменьшении воспалительного процесса в стенках сосудов уретры и уменьшению объема крови в микроциркуляторном русле. Так же повышени внутрисосудистого сопротивления, снижение миогенного и нейрогенного тонуса ($MT=0,78\pm 0,09$ у.е., $NT=0,83\pm 0,10$ у.е.). Стандартная терапия способствует элиминации возбудителя, устранению явлений воспаления и уменьшению симптомов заболевания, но не влияет на состояние микроциркуляции в уретре, что было подтверждено в проведенном исследовании методом ЛДФ. В группе пациентов, где использовалась озонотерапия, отмечалось улучшение состояния микроциркуляции уретры, тем самым ускорялся процесс купирования болевой симптоматики и элиминации возбудителя.

Влияние психосоциальных факторов сексуального поведения на риск возникновения инфекций, передающихся половым путем

Маруева Т.Б., Маруев М.Б.

Кемерово

Цель: установление влияния психосоциальных факторов (ПСФ) сексуального поведения на риск возникновения инфекций, передающихся половым путём (ИППП).

Задачи: 1. Проведение теоретического анализа психосоциальных аспектов сексуального поведения. 2. Теоретический анализ ПСФ сексуального поведения, влияющих на риск возникновения ИППП. 3. Экспериментальное выявление ПСФ сексуального поведения, влияющих на риск возникновения ИППП.

Материал и методы. Экспериментальная группа — I, 40 человек, 24 юноши (60%) и 16 девушек (40%), больных ИППП, МУЗ ГКВД г. Кемерово. Контрольная группа — II, 40 человек, 18 юноши (45%) и 22 девушки (55%), учащиеся 1 и 4 курсов лечебно-го и педиатрического факультетов КемГМА. Средний возраст I группы 18,9 лет; II — 19,3.

Гипотеза — риск возникновения ИППП обуславливается наличием определённых ПСФ сексуального поведения.

Ценностную структуру респондентов, её взаимосвязь с сексуальным поведением исследовали впервые модифицированной Яницким М.С. методики Р. Инглхарта. Индивидуальную иерархию ценностных ориентаций, впервые изучали методикой М. Рокча, модифицированной Д.А. Леонтьевым. Для конкретизации критериев ранжирования впервые использовали методику С.Р. Панталева. Результаты обрабатывали статистически.

Результаты. Была подтверждена гипотеза о том, что на риск возникновения ИППП влияют ПСФ. Биологическим фактором, является возраст начала сексуальной жизни. Во II группе — 16,6 лет, в I — 15, 3 года. Социальными факторами — образовательный уровень, неполный состав семьи и её материальное неблагополучие, социальное и моральное принятие добрых половых связей.

Наибольший риск заражения ИППП свойственен в I группе — адаптирующемуся, а во II — промежуточному типу ценностных ориентаций. Наиболее выдержанная модель сексуального поведения у индивидуализирующегося типа ценностных ориентаций.

Кроме того, у людей, страдающих ИППП и подвергающихся риску заражения, ядро мотивационно-потребностной сферы носит более эгоцентрический характер, они тяготеют к удовлетворению потребностей материально-биологического и предметного характера, а альтруистические ценности воспринимаются ими в минимальной степени.

Для оптимального решения озвученная в работе проблема требует дальнейшего изучения в рамках медико-психологической науки.

ЗИ — фактор в лечении урогенитального хламидиоза

Грашкин В.А., Бакулев А.Л., Куляш Г.Ю., Аликберов Ш.А.

г. Саратов, г. Балаково.

Урогенитальный хламидиоз (УХ) продолжает оставаться самой распространенной среди инфекций, передаваемых половым путем. Ежегодно в мире регистрируется около 92 млн. новых случаев хламидийной инфекции. В России заболеваемость хламидиозом в последнее время значительно возросла и составила за 2004 год 20% от всех зарегистрированных ИППП. Широкому распространению УХ способствует высокая заражаемость при половых контактах и бессимптомный характер течения инфекции. Эти факторы приводят к тому, что выявление заболевания затруднено и происходит в период развития осложнений, обуславливающих бесплодие и поражение различных органов и систем. Терапия УХ до настоящего времени остается важной и актуальной проблемой, что диктует необходимость поиска новых эффективных методов лечения.

Целью работы стало изучение эффективности препарата «зи — фактор» в терапии больных урогенитальным хламидиозом. Под наблюдением находились 32 пациента с впервые выявленным урогенитальным хламидиозом, в возрасте от 20 до 39 лет с длительностью заболевания от 2 месяцев до года. Клинические проявления хламидиоза у мужчин протекали чаще всего в форме уретрита: подостро, со скудными слизистыми выделениями и незначительными дизурическими расстройствами или торпидно, субманifestно. Диагноз подтверждали обнаружением хламидий методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) с использованием моноклональных мышинных антител против основного белка наружной мембраны *Chlamidia trachomatis*, меченных флюоресцеинизотиоцианатом (ФИТЦ), коммерческим набором «ХлаМоноСкрин», производства Ниармедик, Россия. Больные основной группы (16 человек) получали препарат «зи — фактор» внутрь по 1,0 г.: в 1-й, 7-й и 14 день лечения. Режим дозирования связан с периодом полувыведения препарата. Пациентам группы сравнения (16 человек) проводилось лечение «зи — фактор» по общепринятой схеме: 1,0 г. внутрь — в 1-й день, а затем — по 0,5 г. во 2-й, 3-й, 4-й и 5 дни. Переносимость лечения была хорошей. На 3–4-й день после лечения субъективные ощущения и признаки воспаления исчезали. Контрольные исследования моноклональных мышинных антител против основного белка наружной мембраны *Chlamidia trachomatis*, меченных флюоресцеинизотиоцианатом (ФИТЦ), коммерческим набором «ХлаМоноСкрин», производства Ниармедик, Россия. Больные основной группы (16 человек) получали препарат «зи — фактор» внутрь по 1,0 г.: в 1-й, 7-й и 14 день лечения. Режим дозирования связан с периодом полувыведения препарата. Пациентам группы сравнения (16 человек) проводилось лечение «зи — фактор» по общепринятой схеме: 1,0 г. внутрь — в 1-й день, а затем — по 0,5 г. во 2-й, 3-й, 4-й и 5 дни. Переносимость лечения была хорошей. На 3–4-й день после лечения субъективные ощущения и признаки воспаления исчезали. Контрольные исследования моноклональных мышинных антител против основного белка наружной мембраны *Chlamidia trachomatis*, меченных флюоресцеинизотиоцианатом (ФИТЦ), коммерческим набором «ХлаМоноСкрин», производства Ниармедик, Россия. Больные основной группы и у 81,3% группы сравнения. Побочных явлений и осложнений при лечении препаратом «зи — фактор» не наблюдалось.

Таким образом, в результате проведенного лечения урогенитального хламидиоза препаратом «зи — фактор» клинико-этиологическое излечение было достигнуто у всех пациентов основной группы и у 13 — группы сравнения. Препарат «зи — фактор» является высокоэффективным средством лечения урогенитального хламидиоза. Метод пульс-терапии рационален, позволяет отказаться от длительного непрерывного приема антибактериальных препаратов, снижая риск развития дисбактериоза, кандидоза и других осложнений.

Клинико-эпидемиологические аспекты и особенности ведения больных поздним нейросифилисом

Сурганова В.И., Сырнева Т.А.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург

Анализ эпидемиологической ситуации по позднему нейросифилису, сложившаяся в настоящее время в г.Екатеринбурге и Свердловской области, показал, что за последние пять лет удельный вес позднего нейросифилиса существенно увеличился и соответственно составил 2001 г. — 0,09%; 2002 г. — 0,18%; 2003 г. — 0,32%; 2004 г. — 0,38%; 2005 г. — 0,59%.

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. Пациенты изучаемой группы в 78,2±1,78% случаев были представлены мужчинами в возрасте 30–49 лет (30,4±1,99%), 50–59 лет (26,1±1,90%). В основном это были жители города 66,2%, имеющие неполное и среднее образование 30,4% и 39,0% соответственно и в 82,6% случаев, не состоящие в браке. В стационар пациенты попадали различными путями. Так милицией с улицы, с признаками полной амнезии, было доставлено 13,0% больных, машинной 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%). Черепно-мозговая травма в анамнезе наблюдалась у 82,6% больных, причем у 78,3% многократно и с потерей сознания. У всех пациентов 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 кардиолипидным антигеном в количественной модификации. 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-х недельного перерыва. На фоне специфической терапии больные становились более адекватными, исчезала нервозность, галлюцинации, улучшалось поведение. Но вместе с тем у 2-х пациентов исследуемой группы наступил смертельный исход, что свидетельствует о тяжелом течении позднего нейросифилиса и обуславливает необходимость разработки научно обоснованной тактики ведения больных данной патологией.

Лечение азитромицином больных урогенитальным хламидиозом

Касымов О.И., Янова Л.А., Таджибаев У.Р.

Кафедра дерматовенерологии института последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Введение. Азитромицин является антибиотиком широкого спектра действия и относится к азалидам — антибактериальным препаратам из группы макролидов. Нами изучена эффективность и безопасность азитромицина в лекарственной форме азитро, выпускаемой АО «Химфарм» (Казахстан) совместно с фирмой Santo (Австрия), при лечении свежих (острых и подострых) и осложненных форм хламидийной и смешанной хламидийно-уреамикоплазменной инфекций мочевого тракта у мужчин и женщин.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 48 больных с урогенитальным хламидиозом и уреамикоплазмозом в возрасте от 17 до 38 лет. Мужчин было 27 человек, женщин — 21. Длительность заболевания у больных колебалась от нескольких недель до 1 года и более: до 2 мес. — 18 больных, до 6 мес. — 13, более 6 мес. — 17. По топическому диагнозу больные были распределены следующим образом. Мужчины: у 6 — передний уретрит, у 5 — тотальный, у 16 — хронический простатит; женщины: у 4 — эндоцервицит, у 3 — эндоцервицит и уретрит, у 9 — эндоцервицит и сальпингофорит, у 5 — эндоцервицит, сальпингофорит и уретрит. У 25 больных хламидийная инфекция выявлена в виде моноинфекции, у 23 — в виде микстинфекции: у 10 хламидиоз сочетался с уреамикоплазмозом, у 6 — с микоплазмозом, у 7 — с микоплазмозом и уреамикоплазмозом.

Диагноз урогенитального хламидиоза установлен на основании положительной реакции прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), уреамикоплазмоза и микоплазмоза — культуральным методом на питательных средах. Материал для исследования на хла-

мидии брали путем соскоба у мужчин со слизистой уретры, у женщин — со слизистой цервикального канала и уретры. Материалом для исследования на микоплазмы и уреоплазмы служили соскоб и выделения из цервикального канала и уретры.

Лечение азитро 18 больным со свежими формами хламидиоза (длительность заболевания до 2-х месяцев) проводилось назначением 1,0 г препарата однократно за час до еды. Больным с длительностью заболевания более 2-х месяцев с наличием осложненных форм хламидиоза и хламидийно-уреамикоплазменной инфекции азитро назначался по схеме: 1,0 г однократно в первый день, в последующие 4 дня по 0,5 г. Всего на курс лечения — 3,0 г.

Результаты и их обсуждение. Лечение все больные перенесли хорошо. Побочных явлений и осложнений не наблюдалось. Под влиянием проведенной терапии клинические симптомы со стороны урогенитального тракта полностью регрессировали у 42 (87,5%) больных, в том числе у 17 (94,4%) из 18 больных со свежим хламидиозом. У 2 больных с хроническим простатитом и 3 — с сальпингоофоритом клинические симптомы значительно уменьшились.

Контроль за эрадикацией возбудителей проводили через 1 и 2 месяца после окончания лечения. Этиологическое излечение наступило у 44 (91,7%) больных с урогенитальным хламидиозом, причем у всех 18 (100%) больных свежим хламидиозом, у 16 (94,1%) из 17 больных уреоплазмозом и у 12 (92,3%) из 13 больных микоплазмозом.

Таким образом, наши исследования показали, что азитро является высокоэффективным препаратом для лечения урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза и может быть рекомендован как препарат выбора в терапии этих инфекций.

Новые подходы к ведению больных с рецидивирующей герпетической инфекцией

Талдыбаева Г.Б., Бардеништейн Л.М., Гомберг М.А.

гУ ЦНИКВИ Росздрава, кафедра психиатрии и наркологии МГМСУ.

Введение: Инфицированность в популяции одним или несколькими вирусами, относящихся к семейству Herpesviridae, достигает 90%, при этом заболеваемость растет такими темпами, что опережает скорость прироста населения.

Первичное выявление герпеса является фактором стресса для больного. Проявления аногенитального герпеса часто оказывают негативное влияние на социальную жизнь пациентов и их партнеров. Влияние герпетической инфекции (ГИ) на психоэмоциональный статус больных коррелирует с характером и длительностью заболевания, что во многом определяет качество жизни больных. Рецидивы ГИ сопровождаются депрессивными состояниями, вплоть до суицидальных попыток (Barton S.E., Green J., 1999). Известно, что вирус простого герпеса (ВПГ 1 и 2 типа) не поддается элиминации.

В условиях отсутствия препаратов, способных полностью элиминировать ВПГ из организма, при часто рецидивирующей герпетической инфекции (ГИ) наиболее оправданной тактикой оказывается профилактика рецидивов и передачи ВПГ путем подавления репликации вируса с помощью аналогов нуклеозидов, у которых сегодня, практически, нет альтернативы. Рост заболеваемости генитальным герпесом диктует необходимость разработки новых подходов профилактики и лечения этого заболевания.

Цель: Изучить влияние ГИ на психический статус больных рецидивирующей герпетической инфекцией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 12 больных (7 мужчин и 5 женщин, в возрасте 20–58 лет) с часто рецидивирующей ГИ, проходивших обследование в ФГУ «ЦНИКВИ Росздрава». Идентификацию антител к ВПГ 1 и 2 типа проводили с помощью ИФА. Для прямого обнаружения ВПГ использовали ПЦР (тест система Литех).

Для оценки психического состояния использовали шкалы Hamilton [Hamilton M., 1959–1967], HDRS–21; HARS, SOFAS, CGI–S [Guy W., 1976].

Результаты: При обследовании у больных отмечались жалобы на рецидивы герпеса с частотой 1–2 раза в месяц. У большинства больных отмечалось полное отсутствие жизненных интересов, нарушение аппетита и сна (раннее утреннее пробуждение), упадок сил, снижение концентрации внимания и полового влечения, чувство вины. У некоторых пациентов отмечалась эмоциональная лабильность, сопровождавшаяся постоянной слезливостью, раздражительностью.

Средними показателями психического состояния по шкалам Hamilton были 24 балла (HDRS–21); 22 балла (HARS), 53 балла (SOFAS), 4 балла (CGI–S).

Согласно МКБ–10 (1994) данное состояние соответствует диагнозу «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами», F32.11.

Вывод: У большинства обследованных больных с часто рецидивирующей ГИ имеются депрессивные расстройства, которые с очевидностью приводят к ухудшению течения ГИ и требуют медикаментозной коррекции, проводимой совместно с врачами-психиатрами.

Об эффективной терапии больных с урогенитальной микоплазменной инфекцией

Бакулев А.Л., Кравченя С.С.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Цель исследования — оценка клинической эффективности и безопасности препарата «Фактив» у больных с урогенитальной микоплазменной инфекцией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 39 лет, имевших уретрит, как правило, с минимальной клинической симптоматикой. При уретроскопии (ВМГ, Германия) у 6 человек констатирован мягкий инфильтрат, у 4 — морганит. При лабораторном тестировании соскобов из уретры и мочи (прямая иммунофлуоресценция и ПЦР в режиме реального времени) у всех пациентов идентифицированы *M.genitalium*. Кроме того, у 12 человек верифицирована инфекция, обусловленная *C.trachomatis*; у 7 — *T.vaginalis*.

20 больных в качестве этиотропной терапии получали препарат «Фактив» (гемифлоксацин), производитель — ЗАО «Верофарм», по 320 мг внутрь ежедневно в течение 7 дней. В лечении 25 наблюдавшихся пациентов использовали юнидокс-солютаб (доксациклин моногидрат), производитель — Astellas, по 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Лицам, имевшим урогенитальный трихомоноз, дополнительно назначали протистостатические средства. В качестве критерия оценки результатов терапии рассматривали отсутствие симптомов уретрита и отрицательные результаты лабораторного тестирования биологического материала на ИППП через 1 и 3 месяца после лечения. О побочных эффектах судили по влиянию терапии на ежедневную активность и работоспособность наблюдавшихся лиц. Безопасность фармакотерапии оценивали по отсутствию (наличию) побочных явлений и целесообразности специального лечения по их устранению.

Результаты и их обсуждение. В результате предпринятой терапии с использованием фактива явления уретрита купировались у 19 больных, сохранялись — лишь у 1 пациента с сопутствующей трихомонадной инфекцией. При этом, отрицательные результаты лабораторных исследований соскобов из уретры и порций мочи в отношении *M.genitalium* имели место в 18 случаях, в отношении *S.trachomatis* — у всех больных.

В группе больных, получавших юнидокс–солютаб, признаки воспаления мочеиспускательного канала отсутствовали у 20 пациентов, сохранялись — у 5 человек, имевших микст–инфекцию. При контрольных тестированиях биологического материала *M.genitalium* не была обнаружена у 22 наблюдавшихся пациентов, идентифицирована вновь — в 3 случаях. Микробиологическое излечение в отношении *S.trachomatis* в данной группе больных также было достигнуто во всех случаях.

В процессе фармакотерапии фактивом побочных реакций не было, в связи с чем профиль безопасности характеризовали как «очень хорошо». При использовании юнидокс–солютаба у 2–х больных отмечались бессонница и диспепсия (связь с исследуемым препаратом — вероятная), которые не привели к нарушению работоспособности наблюдавшихся лиц; оценка безопасности терапии — «хорошо».

Вопреки сложившимся в настоящее время представлениям о фторхинолонах как препаратах, имеющих среднюю активность в отношении генитальных микоплазм, результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности фактива при уретритах, ассоциированных с *M.genitalium*. Фактив обладает широким профилем безопасности, что является немаловажным фактором при выборе фармакотерапевтических средств.

Выводы. Препарат «Фактив» обладает высокой активностью в отношении *M.genitalium*. Фактив является эффективным и безопасным фармакотерапевтическим средством лечения уретритов, ассоциированных с *M.genitalium*, у мужчин.

Определение осведомленности о иппп/вич–инфекции учащихся средних учебных заведений оренбургской области

Поршина О.В., Шерман Ю.Ф., Воронина Л.Г., Малахова Е.И.
г. Оренбург

Целью данной работы явилось определение уровня осведомленности и заинтересованности в вопросах ИППП/ВИЧ–инфекции в средних учебных учреждениях Оренбургской области, определение отношения учащихся к проблемам распространения ИППП/ВИЧ, выявление наиболее востребованных источников информации. Исследование проводилось в Октябрьском, Саракташском, Соль–Илецком районах Оренбургской области. В работе нами был использован метод анонимного анкетирования. Анкета включала в себя 15 вопросов. В анкетировании приняло участие 200 учащихся, возраст которых составил 14 — 21 год.

Анализ результатов анкетирования показал, что 100% респондентов относят к ИППП ВИЧ–инфекцию, 87% — сифилис, 69,5% — гонорею, 15% — хламидиоз. Возможность заражения ВИЧ–инфекцией, сифилисом и гонореей при бытовом контакте отметили 45% респондентов. К первым проявлениям ИППП 75% анкетированных относят зуд, гнойные выделения и болезненность при мочеиспускании, в тоже время 35,5% к перечисленным относят и головную боль, тошноту, кашель, насморк, чихание. По мнению большинства учащихся ВИЧ–инфекция протекает без проявлений, хотя 38% учащихся считают, что проявлениями является выпадение волос, изменение голоса, снижение массы тела, головную боль. К мерам защиты 100% респондентов относят презервативы, 78% — гормональные контрацептивы. При заражении ВИЧ–инфекцией близкого человека 27% учащихся прекратят с ним общение, 18% — «будут с ним осторожны», 47% — продолжат отношения, 8% — ответить затрудняются. Резюмируя полученные данные проведенного исследования, можно сделать вывод о низком уровне осведомленности о ИППП/ВИЧ–инфекции учащихся средних учебных заведений в Оренбургской области. Однако, несмотря на низкий уровень осведомленности, потребность в знаниях о данных заболеваниях, как показало анкетирование довольно высокая.

Необходимо для повышения уровня осведомленности предоставление достоверной информации о ИППП/ВИЧ, организация программ, ориентированных на районные населенные пункты с учетом местных особенностей.

Определение факторов риска по ИППП на основе изучения медицинских и сексуальных знаний и поведения студентов первого курса немедицинских ВУЗов г. Иркутска

Рудых Н.М., Яковлева С.В., Ермолаева Е.А.
г. Иркутск

Высокий уровень заболеваемости ИППП среди подростков и молодежи требует своевременного выявления факторов риска. Целью нашего исследования было выявление факторов риска по ИППП среди студентов первого курса немедицинских ВУЗов г. Иркутска. Нами было проведено анкетирование 413 студентов первого курса немедицинских ВУЗов г. Иркутска с помощью вопросника, составленного на основании стандартных анкет (Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский, 2001; J. Robber, 2001). Анкеты включали в себя ряд социально–демографических параметров, вопросы, касающиеся проблем ИППП, сексуальных знаний и поведения. Среди исследуемых было 59% девушек и 41% юношей. Опрошенные были в возрасте от 17 до 19 лет, средний возраст — 17,8±0,6 лет. 98% исследуемых не состояли в браке. В результате проведенного исследования выяснено, что 50% студентов обладают не достаточными знаниями в сфере ИППП. Среди опрошенных была выявлена группа студентов, болевших ИППП, которая составила 5% по отношению ко всем опрошенным и 9% по отношению к студентам, имевшим сексуальный опыт. Группа студентов, болевших ИППП, характеризовалась следующими признаками: большинство из них были девушки (67%), преимущественно в возрасте 18 лет (48%); средний возраст начала половой жизни составил 14,2±0,2 лет; основными мотивами начала половой жизни явились половое влечение и любовь (по 42%); у 57% студентов за три месяца было 2 и более половых партнеров; 53% опрошенных употребляли пиво раз в неделю, а 43% — крепкий алкоголь раз в месяц; часть (33%) пробовали дурманящие вещества; большинство (52%) никогда не использовали презервативы. При сравнении группы студентов, болевших ИППП, и здоровых, имевших сексуальный опыт, с помощью непараметрических методов статистики мы не получили достоверных отличий ($p>0,05$), кроме одного исследуемого признака. Так для студентов, болевших ИППП, и для здоровых, имевших сексуальный опыт, было характерно раннее начало половой жизни; для обеих групп студентов было характерно большое количество половых партнеров, частое употребление пива, крепких алкогольных напитков и «допингов». Мы получили достоверное отличие только по одному признаку — отказ от использования презервативов. Так студенты, болевшие ИППП, реже пользовались презервативами, занимаясь сексом, по сравнению с не болевшими, соответственно 48% и 77% ($p<0,01$).

Таким образом, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, частое употребление алкоголя и «допингов» были характерны и для студентов, имевших сексуальный опыт, но не болевших ИППП, что также делает их группой высокого поведенческого риска заражения ИППП, и только использование презерватива снижает степень этого риска.

Осложненные инфекции, передаваемые половым путем: критерии и особенности ведения больных

Герасимова Н.М., Вишневская И.Ф., Скидан Н.И., Кузнецова Ю.Н., Дмитриева М.В.
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург

Стандартизация подходов к терапии ИППП в настоящее время является насущной задачей и соответствует требованиям Всемирной Организации Здравоохранения

Особенностью современной клиники ИППП, по данным отечественной и зарубежной научно-медицинской литературы, является асимтомное или малосимптомное, торпидное течение. Вероятно в силу этого, у инфицированных лиц отсутствует мотивация посещения врача, а в результате, с одной стороны инфекция распространяется в популяции, с другой — приобретает осложненный характер течения.

В руководствах по ведению больных с ИППП (и ВОЗ, и национальных) приводятся стандарты ведения больных только с неосложненными инфекциями. Что касается ИППП верхних отделов урогенитального тракта, то для каждой нозологии разработаны свои стандарты, причем как в амбулаторном, так и стационарном режимах, и задачей дерматовенеролога является рационально их сочетать, действуя согласно определенному алгоритму.

Среди наиболее частых осложнений ИППП отмечаются воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Принимая во внимание данные отечественных и зарубежных исследований о том, что триггерным фактором ВЗОМТ чаще всего являются в равной степени гонококки и/или хламидии, обуславливая развитие латентного воспаления, затем присоединяется анаэробная инфекция с развитием острой клинической симптоматики, лечение должно включать воздействие на все три группы возбудителей.

Согласно рекомендациям международных руководств по лечению ИППП, «с целью повышения эффективности профилактики ранних и отдаленных вторичных осложнений и, учитывая широкую распространенность в популяции внутриклеточных инфекций, возможную ассоциацию с другими специфическими возбудителями, рекомендуется внутривенная эмпирическая терапия этиотропными препаратами с высоким тканевым накоплением, например, азитромицином» (Naber K.G., Funfstuck R. et al., 2000).

На фармрынке России тоже появилась инфузионная форма азитромицина (Сумамед, Плива), которая с успехом используется при осложненной хламидийной инфекции (ВЗОМТ, простатит, орхит, проктит) в виде ступенчатой терапии: 1–2 день — 500 мг в/в 1 раз в сутки; 3–7 дни — 250 мг перорально 1 раз в сутки. Препарат назначается в виде монотерапии или в комбинации с метронидазолом.

Особенности изменений иммунной системы у женщин с урогенитальной хламидийной инфекцией

Макаров Э.В.
г. Ульяновск

Учитывая патогенетическую значимость состояния иммунной системы в развитии патологии шейки матки, целью настоящего исследования явилось изучение состояния клеточного звена иммунитета у женщин хламидийным поражением шейки матки. Иммунологический статус определяли у 142 пациенток с хламидийным поражением шейки матки (основная группа). Контрольной группой являлись 56 практически здоровых женщин репрезентативных по возрасту.

Нами определялись следующие параметры: содержание лейкоцитов и общего пула лимфоцитов крови, относительное и абсолютное содержание зрелых Т-лимфоцитов (CD3⁺), Т-хелперов/индукторов (CD4⁺), Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов (CD8⁺ клетки), рассчитывался иммунорегуляторный индекс — отношение процентного содержания CD4⁺ клеток к CD8⁺ клеткам.

Исследования лейкоцитов показали, что их среднее значение в основной группе составило $8,6 \pm 0,8 \cdot 10^9/\text{л}$, в контрольной группе — $6,7 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ($p > 0,05$), статистических различий в содержании лимфоцитов выявлено не было. Исследование субпопуляций лимфоцитов свидетельствовало о том, что у женщин с хламидийной инфекцией имеет место достоверное ($p < 0,05$) снижение Т-лимфоцитов относительно контроля. У женщин с хламидийной инфекцией формировалась статистически значимая CD3⁺ и CD4⁺ Т-лимфоцитопения. Содержание CD3-лимфоцитов было снижено до $1,43 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$ (в контроле — $1,77 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$), CD4-лимфоцитов — до $0,59 \pm 0,10 \cdot 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), при контрольных значениях — $0,98 \pm 0,08 \cdot 10^9/\text{л}$. Выявлена статистически недостоверное снижение уровня CD8-лимфоцитов — до $0,57 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$ (в контроле $0,68 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$; $p > 0,05$). Соотношение CD4/CD8 субпопуляций Т-лимфоцитов в обследуемой группе было достоверно снижено до $1,03 \pm 0,03$ (в контрольной группе — $1,44 \pm 0,04$; $p < 0,05$).

Таким образом, выявлено достоверное снижение абсолютного содержания субпопуляций Т-лимфоцитов, экспрессирующих CD3- и CD4-рецепторы, по сравнению с такими же данными у здоровых женщин из контрольной группы. Показатель соотношения CD4/CD8 субпопуляций Т-лимфоцитов, также был достоверно снижен, что свидетельствует о выраженной иммуносупрессии у женщин исследуемой группы по сравнению с контролем. Все вышеизложенное обуславливает необходимость проведения иммунокорректирующих мероприятий при выборе тактики лечения таких пациенток.

Особенности распределения HLA-антигенов у больных урогенитальным хламидиозом с выраженными иммунологическими нарушениями

Кошкин С.В., Зайцева Г.А., Черных Т.В.

г. Киров

Исследованы иммунологические показатели и HLA-фенотип у 189 больных урогенитальным хламидиозом (УГХ). Среди наблюдавшихся были выделены пациенты, у которых течение УГХ сопровождалось наиболее часто регистрируемыми выраженными иммунологическими нарушениями. В зависимости от преобладающего характера иммунологических сдвигов выделили 7 групп больных: I группа (7,26%) — больные с сочетанными нарушениями иммунологических показателей (не менее 3–4); II группа (8,5%) — со снижением активности клеточного звена иммунитета ($IPI \leq 1,3$); III группа (8,3%) — с низким содержанием CD4-лимфоцитов (<40%); IV группа (8,8%) — с высокими значениями ИРИ (>3,0); V группа (11,04%) — со снижением уровня иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови; VI группа (6,3%) — со сниженным значением ФАН (<40%); VII группа (5,4%) — со снижением активности НСТ-теста (<8,0%). Проанализировали характер распределения HLA-антигенов в указанных группах больных. В I группе отмечено увеличение частоты (в сравнении со здоровыми) фенотипического сочетания B12–B16 (8,69% против 0,75%; $\chi^2=7,51$) и гаплотипических комбинаций: A2–B17 (1,7% против 0,5%; $RR=2,43$), A9–B14 (4,4% против 0,3%; $RR=3,02$). Во II группе реже, чем в контроле, определялся антиген B7 (11,11% против 28,93%; $\chi^2=5,01$), вместе с тем наблюдалось повышение частоты встречаемости антигена B17 (22,22% против 7,04%; $\chi^2=6,59$) и антигенных сочетаний: B8–B14 (7,40% против 0,13%; $\chi^2=20,68$) и A3–B12 (4,6% против 0,2%; $RR=5,11$). В III группе больных достоверно чаще регистрировались гаплотипические комбинации A1–B13 (3,6% против 0,2%; $RR=5,54$), A1–B16 (3,3% против 0,2%; $RR=5,74$). В IV группе выявлена положительная ассоциация иммунного нарушения с антигенными сочетаниями: B5–B16 (3,57% против 0,25%; $RR=4,17$), B16–B17 (3,57% против 0,25%; $RR=4,17$) и A19–B17 (3,63% против 0,18%; $RR=6,29$). В V группе зарегистрировано повышение частоты встречаемости, по сравнению со здоровыми, антигенов B16 (22,85% против 7,67%; $\chi^2=8,25$) и B17 (20,0% против 7,04%; $\chi^2=6,28$) и антигенных комбинаций: B7–B17 (5,71% против 0,50%; $\chi^2=6,46$), B8–B17 (5,71% против 0,38%; $\chi^2=8,28$) и B22–B35 (8,57% против 0,63%; $\chi^2=14,62$), A9–B17 (3,8% против 0,2%; $RR=5,43$), A19–B17 (3,9% против 0,2%; $RR=5,38$). У больных VI группы отмечено снижение частоты встречаемости антигена A2 (20,0% против 47,04%; $\chi^2=6,88$), вместе с тем у них было повышение частоты выявления антигена A9 (50,0% против 27,17%; $\chi^2=3,99$) и фенотипических сочетаний: A9–A10 (10,0% против 2,39%; $\chi^2=4,55$), B5–B7 (15,0% против 1,76%; $\chi^2=10,89$). У больных VII группы наблюдалось увеличение представительства комбинации антигенов B5–B7 (11,76% против 1,76%; $\chi^2=4,22$).

Таким образом, определение тканевых антигенов может быть использовано для прогнозирования характера иммунных нарушений у больных УГХ и, следовательно, может служить одним из критериев выбора иммунокорректирующих препаратов для включения в комплексное лечение больных.

Применение Индинола в комплексной терапии остроконечных кондилом

Хуснутдинова Ю.Б., Абанина Е.Ю., Машьянов Ю.С.

Санкт-Петербург

Проблема лечения папилломавирусной инфекции имеет важнейшее медицинское и социальное значение, в связи с их широким распространением и прогрессирующим ростом как в нашей стране, так и во всем мире. Одним из основных клинических проявлений вируса папилломы человека являются остроконечные кондиломы, причем определенные типы данного вируса обладают значительной контагиозностью и доказанной высокой онкогенностью. Лечение кондилом должно быть направлено на полное исчезновение высыпаний или, по крайней мере, их длительную ремиссию.

Индинол — это фитонутриент, обладающий антипролиферативной активностью, а также способен избирательно индуцировать в опухолевых клетках эпителиального происхождения процессы апоптоза.

Наблюдались и получали лечение 5 женщин от 27 до 42 лет, с выраженными проявлениями аногенитальной папилломавирусной инфекции. Больным было проведено тестирование материала из урогенитального тракта на ИППП, типирование вирусов папилломы человека. При этом выделены ВПЧ 16 и 18 типов. Пациентам удалены видимые поражения с помощью углекислотного, высокочастотного лазера «Ланцет» и проведена терапия Индинолом в дозе 400 мг в день в течение 10–12 недель в течение 4 месяцев. При наблюдении за пациентками в течение 6 месяцев после лечения рецидивирования кондилом было не обнаружено. Клиническое излечение сопровождалось прекращением выделения вируса при повторных лабораторных исследованиях биологического материала испытуемых.

Таким образом, данные исследования показали, что сочетание лазерной эксцизии видимых поражений в комбинации с терапией Индинолом является эффективным комбинированным методом лечения больных остроконечными кондиломами с наличием высокоонкогенных типов вируса папилломы человека. Данный препарат обладает антиопухолевым действием, способствует профилактике рецидивов, хорошо переносится больными и не вызывает побочных эффектов.

Приоритеты диагностики и терапии урогенитальных инфекций

Липова Е.В., Хзраян Р.С.

Москва

Приоритеты диагностики и терапии урогенитальных инфекций в значительной степени определяются особенностями их клинического течения, заключающимися, по нашим данным, в превалировании хронических, мало- и асимптомных форм (89,8%), корреляции с факторами риска в 92,2%, многоочаговости инфицирования (85,5%), развитием осложнений (49,6%). В этиологической структуре урогенитальных инфекций (УИ) ведущее значение приобретает условно-патогенная микрофлора (УПМ) (77%), генитальный герпес (ГГ) и папилломавирусная инфекция (ПВИ) (29,2%). Соответственно, приоритеты диагностики — это повышение качества лабораторного анализа и его эффективности на всех этапах принятия диагностического решения. На преаналитическом этапе — путем активного выявления клинико-anamnestических данных, введения контроля качества получения, хранения и транспортировки биоматериала, овладения клиницистами основами клинической лабораторной диагностики. На аналитическом этапе — улучшение материально-технического оснащения лабораторий, повышение профессиональной квалификации врачей клинической лабораторной диагностики не только на сертификационных циклах, но и, главным образом, на циклах тематического усовершенствования. В виду широкого распространения ПВИ необходимо введение в спектр обязательных

диагностических мероприятий расширенной кольпоскопии и цитологического исследования Пап–мазков. Приоритетами терапии является совершенствование имеющихся и разработка новых высокоэффективных способов лечения, отвечающих требованиям необходимости и достаточности во избежание полипрагмазии. Лечение хронических, торпидно протекающих форм заболеваний должно быть курсовым и комплексным. Учитывая превалирование хронических форм заболеваний, наличие факторов риска, свидетельствующих о снижении резистентности организма, высокие показатели инфицирования вирусными инфекциями, целесообразно применение комплексных препаратов местного действия, обладающих противовирусным и иммуномодулирующим эффектом, представителем которых является *Генферон* (Биокад, Москва). Установлено, что монотерапия *Генфероном* (по 1 свече, 1000 000 МЕ, 2 раза в день, per vaginae, 10 дней), выполненная женщинам с верифицированным диагнозом ГГ и/или ПВИ в сочетании с УПМ, в 43,5% достигает терапевтического эффекта, в 26,1% не вызывает динамики, в 30,4% приводит к обострению УИ и выявлению ранее не диагностированных возбудителей. Полученные данные свидетельствуют об эффективности монотерапии *Генфероном* и зависимости терапевтического эффекта от индивидуальной чувствительности к интерферонам, исходной резистентности организма, стадии заболевания.

Рациональная терапия урогенитального хламидиоза

Скрипкин Ю.К., Дворников А.С., Скрипкина П.А.

Кафедра кожных и венерических болезней л/ф, РГМУ, Москва

В начале XXI века проблема инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), не потеряла своей актуальности. Эти заболевания широко распространены, но чаще наблюдаются у лиц детородного возраста.

Частота урогенитального хламидиоза (УГХ) среди женщин составляет 38–69%, а при бесплодии выявляется в 36–49% случаев, т.е. почти у каждой второй пациентки. Наиболее часто инфицируется шейка матки, также процесс может распространяться в уретру, матку, маточные трубы, внутренние органы. Особого внимания заслуживает возможность развития вторичного бесплодия после перенесенного УГХ.

У мужчин следует отметить роль хламидий в развитии эпидидимитов, в особенности в молодом возрасте. К другим, часто встречающимся осложнениям УГХ у мужчин, относят орхоэпидидимиты, циститы и стриктуры уретры. Возможно развитие проктитов и фарингитов. Хламидийный простатит в 46% случаев сопутствует уретриту той же этиологии.

Приведенные данные свидетельствуют, что проблема урогенитальной хламидийной инфекции остается актуальной, поэтому вопрос совершенствования методов ранней диагностики и раннего лечения заболевания не теряет остроты.

Основными группами антибиотиков, обладающих активностью в отношении *S. trachomatis* являются макролиды, тетрациклины, фторхинолоны.

В соответствии с рекомендациями ЦНИКВИ «Характеристика лечебных мероприятий при неосложненном хламидиозе нижних отделов мочеполовой системы» 2003 г. Зи–фактор (азитромицин) назначался в дозе 1 г (4 капсулы по 250 мг) внутрь однократно.

Осложненные, хронические формы хламидийной инфекции подлежат лечению по схеме пульс–терапии, вошедшей в Федеральное руководство — по 1 г азитромицина однократно в 1, 7, 14 дни — курсовая доза 3 г.

При отсутствии эффекта лечения урогенитального хламидиоза в соответствии с рекомендациями ЦНИКВИ (2003 г.) предлагается назначение комбинаций антибиотика с другими химическими препаратами (или их группами). Часть пациентов остаются носителями скрытой хламидийной инфекции, т.к. элиминация возбудителя, по данным различных авторов, происходит в 83,3–98,0% случаев (Чеботарев В.В., Гомберг М.А., 2001; Кунцевич Л.Д., Комов Н.Н., 2004).

Среди причин возникновения устойчивости возбудителя УГХ к проводимой терапии можно назвать развитие антибиотикорезистентности и появление персистирующих форм хламидий.

В этой связи представляется перспективным клиническое исследование на базах нашей кафедры «первого антибиотика XXI века» гемифлоксацина (Фактив). В доклинических испытаниях препарат показал активность в отношении большинства штаммов микроорганизмов, как в условиях *in vitro*, так и *in vivo*.

Серорезистентность: выбор методики лечения

Чеботарева Н.В., Шаталова Г.Ю.

г. Ставрополь

В последние годы число больных с серорезистентностью (СР) увеличивается [Мыскин В.С. и соавт., 2003; Кулагин В.И., Ломакина Е.А., 2001; Чеботарев В.В., 2005]. В тоже время принципы ее установления и схема лечения определены лишь в Методических указаниях от 1999 года. Проведенный нами анализ лечения по нормативной схеме пациентов с серорезистентностью показал недостаточную ее эффективность. Объясняется это тем, что СР устанавливают не только в сроки 1–2 лет но, нередко, позже, если пациенты по разным причинам уклонялись от диспансерного наблюдения. В подобной ситуации, когда прошло более 2–х лет (иногда 3 и более) дополнительное лечение по схеме раннего скрытого сифилиса вряд ли оправдано. Подтверждает это проведенные нами исследования.

Под наблюдением находилось 152 пациента с СР, включенные в 3 группы. В 1–й группе (100 чел.) СР была установлена в сроки от 1 года до 1,5 лет; во 2–й (28 чел.) и 3–й (24 чел.) — в сроки 2 и более лет. Лечение пациентов 1 и 2–й группы проводили по схеме раннего скрытого сифилиса, в 3–й—по схеме позднего скрытого сифилиса.

Сроки последующего наблюдения составили 2 года.

Эффективность дополнительной терапии СР, установленной в сроки до 1,5 лет (1–я группа) составила 32%; более 2–х лет — при лечении по схеме скрытого раннего сифилиса — 25,2% (2–я группа). В 3–й группе, получавшей дополнительную терапию по схеме скрытого позднего сифилиса — 45,7%, что на 20,5% чаще, чем во 2–й группе ($p < 0,01$).

Таким образом, лицам с СР, дополнительное лечение которых начинают спустя 2 и более лет после окончания стартовой специфической терапии, следует проводить по схеме скрытого позднего сифилиса.

Данная методика значительно повышает эффективность терапии, а следовательно и реабилитацию пациентов с СР.

Полученные результаты целесообразно учесть при составлении протокола ведения больных с серорезистентностью.

Современные возможности лечения папилломовирусной инфекции интерферонами

Герасимчук Е.В.

9-ая консультативно-диагностическая поликлиника МВО, г. Москва

Вирусные инфекции занимают четвертое место в структуре заболеваемости кожного отделения 9-ой КДП по данным анализа за 10 лет. Акрохорды (нитевидные бородавки, папилломы) — это доброкачественные эпидермальные пролиферации, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ). Для лечения папилломовирусной инфекции используется комбинированная схема, включающая виростатики (подавляющие репликацию вируса) и препараты, повышающие резистентность макроорганизма. Целью исследования явилось изучение клинической эффективности, безопасности и переносимости нового отечественного препарата растительного происхождения «Панавир», относящегося к виростатикам и способствующего индукции интерферона. Препарат «Панавир» представлен двумя лекарственными формами: изотоническим раствором с концентрацией препарата 0,004% в ампулах по 5 мл и защитным гелем для наружного применения. В исследовании приняло участие 60 человек: 24 женщины (40%) и 36 мужчин (60%) в возрасте от 32 до 66 лет. Длительность заболевания от 3 до 8 лет. Ранее все пациенты подвергались деструктивным методам удаления папиллом. Больные первой группы (n=32) получали стандартное лечение после деструкции папиллом. Больные второй группы (n=28) внутривенно и местно применяли «Панавир» после деструкции папиллом. В качестве деструктивного метода использовалась диатермокоагуляция (ДК) на аппарате ЭХВЧ. Удаленный материал направлялся на гистологическое исследование в центральную патологоанатомическую лабораторию ЦВМУ. В 100% случаев гистологически был подтвержден диагноз папиллом.

Схема лечения. Сразу после операции внутривенно вводился 0,004%-ный раствор «Панавира» в объеме 5 мл, две последующие инъекции проводились с интервалом в 48 часов. У 5 пациентов с большим количеством папиллом (n > 20) четвертая и пятая инъекции проводились через 72 часа. Защитный гель «Панавир» наносился 3–4 раза в день на послеоперационные участки в течение 7–14 дней в зависимости от количества и размера акрохорд.

Заключение. У пациентов 2-ой группы рецидивы в течение года не наблюдались, в 1-ой группе рецидивы наступали через 4–6 месяцев. Отторжение корок и эпителизация сократились вдвое во 2-ой группе по сравнению с 1-ой и составили 4,5 дня. Аллергических реакций не отмечалось.

Современные методы контроля герпетической инфекции

Гомберг М. А.

Главный научный сотрудник ЦНИКВИ, профессор кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ

Введение.

Герпетическая инфекция среди других регистрируемых в Российской Федерации ИППП, занимает особое место. С одной стороны, она относится к числу вирусных ИППП, что подразумевает пожизненное персистирование в организме хозяина, а с другой — это единственная вирусная инфекция, при которой существует эффективная терапия с установленной мишенью, на которую воздействуют современные противовирусные препараты.

Несмотря на безусловные успехи в терапии герпетической инфекции, наблюдается рост заболеваемости генитальным герпесом.

Между тем, имеется прямая связь между накоплением в популяции когорты инфицированных лиц с рецидивирующим течением заболевания и уровнем репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Кроме того, ВПГ-инфекция является ко-фактором эпидемии ВИЧ-инфекции: манифестный генитальный герпес в 3 раза повышает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией

Принципы контроля герпетической инфекции

1. Создание эффективных и безопасных профилактических и лечебных вакцин.
2. Модификация сексуального поведения (санитарное просвещение, пропаганда практики безопасного секса, и т.п.).
3. Внедрение в практику национальных стандартов диагностики ВПГ-инфекции. Формирование единого подхода к диагностическим алгоритмам и методам лабораторной верификации диагноза, прежде всего, в отношении молекулярно-биологических методов диагностики.
4. Внедрение в практику национальных стандартов лечения, обеспечивающих наиболее эффективную тактику ведения пациентов с герпетической инфекцией.
5. Широкое применение супрессивной терапии нуклеозидными аналогами II поколения для профилактики рецидивов и передачи инфекции в дискордантных по ВПГ парах.

Что реально сегодня?

Из всех возможных методов контроля ВПГ-инфекции с точки зрения доказательной медицины наиболее эффективным является системное использование аналогов нуклеозидов для эпизодической или супрессивной терапии. В частности, показано, что назначение валацикловира в супрессивном режиме по 500 мг 1 раз в сутки в дискордантных парах снижает не только риск заражения манифестным генитальным герпесом, но и риск передачи любой формы ВПГ-инфекции, в том числе и при субклиническом течении.

Перспективы

Создание эффективных вакцин — одна из наиболее насущных проблем в контроле ВПГ-инфекции. Модификация сексуального поведения потребует многих лет и огромных затрат на пропаганду здорового образа жизни. Большие перспективы в плане совершенствования диагностики, хотя для контроля инфекции эффективность диагностики не является принципиальным моментом.

В плане терапии необходимо искать новые препараты и совершенствовать методики терапии уже известными, стремясь к минимизации сроков лечения без потерь в эффективности.

Содержание интерферонов α – и γ в секрете цервикального канала у пациенток с транзиторной и персистирующей папилломавирусной инфекцией

Евстигнеева Н.П., Левчик Н.К.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (директор — проф.Н.В.Кунгуров), г.Екатеринбург

Особенности жизненного цикла вируса папилломы человека (ВПЧ) : отсутствие цитопатических свойств, фазы вирусемии, наличие механизмов, позволяющих уйти от контроля иммунной системы, увеличивают значение системы местной резистентности. Сведений о состоянии уровня α – и γ интерферонов при различных формах урогенитальной папилломавирусной инфекции недостаточно.

Целью данного исследования являлось изучение α –и γ – интерферонов, действующих на местном уровне — в секрете цервикального канала при транзиторной и персистирующей папилломавирусной инфекции. Количественная оценка α –и γ – интерферонов проводилась методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест–систем « γ — интерферон–ИФА– Бест» и « α –интерферон–ИФА–Бест» производства ЗАО «Вектор–Бест», Новосибирск.

Результаты. Клинико–лабораторное обследование 52 пациенток с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) шейки матки в возрасте 17–66 лет показало транзиторное течение инфекции (однократное вирусовыделение) у 21 больной, у 31 женщины наблюдалась персистенция вируса папилломы человека в шейке матки.

Удельный вес проб отделяемого цервикального канала с существенным повышением уровня α – — и γ – интерферонов составил 44,2 % (23 образца).

Сравнительный анализ выявил достоверные отличия содержания α – и γ – интерферона в цервикальном секрете в зависимости от формы ПВИ (транзиторная или персистирующая). При персистирующей папилломавирусной инфекции в 2,2 раза был выше удельный вес высоких значений α –интерферона (41,9% против 19,0%, $p < 0,05$), и значительно выше его количественный уровень (2311 ± 500 пг/мл против 486 ± 237 пг/мл, $p < 0,05$). Максимальный уровень α — интерферона составил 6978,0 пг/мл при персистирующей, и 1158,0 пг/мл — при транзиторной ПВИ.

Аналогичная картина наблюдалась при оценке интенсивности γ –интерфероногенеза. У пациенток с неоднократным вирусовыделением в 4,5 раза чаще определяли высокие величины γ –интерферона (37,5 % против 8,30 %, $p < 0,05$), средние значения также были достоверно выше ($2379 \pm 701,5$ пг/мл против 1218 ± 432 пг/мл, $p < 0,05$). Максимальное значение, наблюдаемое при персистирующей форме, составило 8430,0 пг/мл, тогда как при однократном вирусовыделении — 1650,0 пг/мл.

В 26,9% случаев не выявили значимых уровней как α –, так и γ –интерферонов в цервикальном секрете. У этих женщин в 71,2% был диагностирован транзиторный вариант папилломавирусной инфекции.

Нами отмечено снижение эффективности системной противовирусной терапии и недостаточный локальный интерфероногенез у пациенток, не получавших местного лечения интерферонами.

Ранее нами установлено, что при персистирующей форме папилломавирусной инфекции в 6,5 раз чаще регистрируется микстинфицирование различными серотипами ВПЧ.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при папилломавирусной инфекции наблюдается значимость данного вида иммунного ответа для полноценной элиминации вируса папилломы человека в процессе терапии, взаимозависимость между длительностью вирусовыделения, вирусной нагрузкой и интенсивностью местного α – и γ интерфероногенеза.

Способ конструирования липосомальных препаратов для лечения сифилиса

Одинец А.В.

г.Ставрополь

Лечение сифилиса в России проводится в соответствии с методическими рекомендациями «Лечение и профилактика сифилиса», которые пересматриваются и уточняются, а потом утверждаются МЗ РФ каждые 5 лет. В связи с этим, разработка новых методов для повышения эффективности лечения сифилитической инфекции актуальна. Для решения этой задачи разработаны липосомальные формы антибиотиков.

Первоначально были получены моноламеллярные липосомы методом выпаривания и обращения фаз. Фосфолипиды в количестве 30 мг растворяли в 3 мл эфира или хлороформа, или в смеси эфира с хлороформом в соотношении два к одному и вносили в круглодонную колбу роторного испарителя объемом 100 см. Включаемый материал в 0,01 М фосфатном буфере pH 7,5 добавляли в объеме 1 мл к раствору фосфолипидов в органической фазе и обработкой ультразвуком частотой 20 кГц и мощностью 20 Вт в течение нескольких минут достигали образования эмульсии типа «вода в масле». Колбу с эмульсией присоединяли к роторному испарителю и при вращении колбы постепенно понижали давление так, чтобы не происходило кипения органического растворителя, который полностью удаляли. К образовавшемуся гелю добавляли 5 мл 0,01 М фосфатного буфера pH 7,5 и встряхивали до образования гомогенной структуры суспензии.

При выборе способа получения липосомальных препаратов была поставлена задача разработки технологии иммобилизации в липосомы натриевой соли бензилпенициллина, используемой для лечения экспериментальной сифилитической инфекции. Применение антиоксидантов на различных стадиях приготовления, позволило получить стерильные, лиофильно высушенные препараты, сохраняющие стабильность в процессе их длительного хранения. Проводились электронно–микроскопические исследования полученных структур в качестве контроля их образования и определения количества включенного в них антибиотика. Это позволило стандартизировать липосомальный препарат с включением 86–90% антибиотика для лечения сифилиса в эксперименте.

Уретриты у мужчин и перспективы их диагностики

Ширшова Е.В., Цеслюк М.В., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Рыжих П.Г., Шитулин Г.А.

г. Москва

В настоящее время наблюдается высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), которые являются одной из актуальных проблем здравоохранения и привлекают все большее внимание специалистов во всем мире (Громыко А.И., 1999). Несмотря на ускоренное развитие социальных программ, пропаганду «защищенного» секса, появление новейших диагностических методов исследований и разработку современных схем лечения, заболеваемость ИППП оста-

ется стабильно высокой, как по всему миру, так и в России (Аковбян В.А., 1998). Среди них уретрит является наиболее частым заболеванием урогенитального тракта у мужчин, основными симптомами которого являются выделения из уретры. Несмотря на то, что классическая клиническая картина уретрита развивается у 40–50% больных, около 20% пациентов имеют незначительные симптомы заболевания. Этот факт снижает мотивацию к своевременному обращению пациентов к специалистам. В связи с этим пациенты обращаются за помощью уже на стадии развития осложнений, при этом не редко на фоне хронического воспалительного процесса (простатиты, везикулиты и орхиты). Этиологическим агентом уретрита могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы: *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *T.vaginalis*, *M.genitalium*, *U.parvum/urealyticum* и др., причем, достаточно часто наблюдается микст-инфекция, вызванная ассоциацией нескольких микроорганизмов. В связи с этим понятна актуальность, своевременность и качество диагностики уретритов.

С появлением молекулярно-биологических методов уровень соответствия лабораторной диагностики был максимально приближен к объективным современным требованиям, направленным на достижение эффективного результата лечения многих инфекционных заболеваний, включая уретрит. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), широко известный в нашей стране, но пока не включенный в протоколы ведения больных наряду с другими методами амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) уже вошел в Европейское руководство по ведению больных инфекциями, передаваемых половым путем. Среди достоинств МАНК — высокая аналитическая и, как следствие — диагностическая чувствительность, высокая специфичность, универсальность технологии для разных микроорганизмов, позволяющая унифицировать лабораторные исследования при разных инфекциях. Появившаяся в последние годы модификация метода ПЦР — «ПЦР в реальном времени» позволяет осуществлять количественную оценку микроорганизмов в исследуемом клиническом материале, а также возможность тестирования клинического материала одновременно на несколько возбудителей (multiplex-PCR), что является весьма актуальным именно при диагностике уретрита. При этом время получения результата исследования занимает всего несколько часов с возможностью автоматизации процесса. Весьма перспективной является реакция транскрипционной амплификации, в частности NASBA-Real-time, в основе которой лежит амплификация одноцепочечных РНК. Реакция транскрипционной амплификации имеет ряд существенных достоинств, из которых следует выделить возможность адекватно оценивать наличие жизнеспособных микроорганизмов, что особенно важно при контроле лечения, также в случае несовпадения результатов различных лабораторных исследований (например, ПИФ и ПЦР при выявлении *C.trachomatis*) NASBA-Real-Time может выступать в роли референсного теста.

Вышесказанное подчеркивает необходимость современной и качественной диагностики с применением новых высокотехнологических методов, что позволит повысить уровень оказания медицинской помощи данной категории больных.

Характеристика антикарнозиновой активности *Neisseria gonorrhoeae*, выделенных от больных со свежей и хронической гонококковой инфекцией

Воронина Л.Г., Михайлова Е.А., Кузнецова Е.К., Михайлова О.О.

г. Оренбург

Трудности в лечении гонококковой инфекции связаны с рядом факторов, в том числе со способностью гонококка персистировать в эпителиоцитах хозяина. Персистенцию патогенов связывают с образованием эндогенных бактериальных факторов, нейтрализующих механизмы защиты макроорганизма. В качестве защитного субстрата хозяина, который могли бы инактивировать бактерии для переживания в организме, внимание исследователей привлекает дипептид карнозин, который способен осуществлять комплексные регуляторные воздействия с включением многообразных адаптационных механизмов.

Целью работы было оценить наличие и степень выраженности антикарнозиновой активности (АКрА) у штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, выделенных от больных с различным характером течения гонококковой инфекции.

Было исследовано 18 штаммов *N. gonorrhoeae*, 9 из которых (1 группа) выделены от больных со свежей, и 9 (2 группа) — от больных с хронической гонококковой инфекцией.

Выделение и идентификацию возбудителей проводили в соответствии с приказом № 415 МЗ РФ по ведению больных «Гонококковая инфекция» от 2003 года. Антикарнозиновую активность определяли по методике О.В. Бухарина с соавторами (2005).

Обнаружено, что АКрА присутствовала у 33 % штаммов 1 группы и у 44 % штаммов — 2 группы. Величина изучаемого признака у штаммов 1 группы составила $2,4 \pm 0,2$ мг/мл, а у штаммов 2 группы — $2,7 \pm 0,1$ мг/мл.

Таким образом, достоверных отличий в антикарнозиновой активности штаммов гонококков сравниваемых групп нами не было обнаружено. Частота встречаемости данного фактора персистенции, а также степень его выраженности существенно не отличались у штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, выделенных от больных со свежей и хронической гонококковой инфекцией.

V. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Видеоцифровая система «Эксперт–Лаб» для лабораторной диагностики сифилиса

Зайко В.В., Стериополо Н.А., Калачева О.С., Старовойтова Т.А., Ротанов В.С., Фриго Н.В., Венгеров Ю.Ю.
Институт биохимии им. А.Н. Баха РАН, ГУЗ Диагностический центр №5 УЗ СВАО г.Москвы, ГУ «ЦНИКВИ Росздора»

Важную роль в диагностике сифилиса играют методы массового профилактического обследования населения (скрининга), что придает актуальность проблеме усовершенствования распространенных скрининговых и подтверждающих тестов на сифилис. В настоящее время в диагностике сифилиса применяются в массовом количестве в основном 4 типа тестов, а именно: RPR и VRDL — кардиолипидные реакции, используемые для скрининга сывороток, и РПГА и иммуноферментные тесты, как подтверждающие. Очевидные достоинства тестов RPR и VRDL: простота, быстрота, воспроизводимость, минимум реагентов — делают их чрезвычайно привлекательными в диагностике сифилиса, особенно для малых и средних лабораторий. Однако эти системы имеют существенные недостатки, обусловленные необходимостью визуального учета результатов реакции. Субъективный подход к оценке, невозможность документирования и сохранения результата для проверки и консультации ограничивает ценность теста и может привести к ошибкам, особенно в неоднозначных сложных случаях. Это относится и к РПГА, так как данная реакция предполагает визуальный учет результатов.

Внедрение систем для документирования и объективизации интерпретации результатов данных тестов может быть важным шагом в усовершенствовании и унификации лабораторных тестов в диагностике сифилиса. Нами разработан и апробирован для применения с перечисленными тестами компьютерный комплекс «Эксперт–Лаб», представляющий собой видеоцифровое устройство на основе фотосканера и пакеты соответствующего программного обеспечения. Программы «Э–Лаб –Л–тест» и «Э–Лаб–РПГА» позволяют получать и сохранять в электронном виде первичное изображение результатов тестов, обеспечивают возможность их компьютерной обработки, сопоставления изображений для индивидуальных образцов с контролями. Также можно получить и расчетные значения, характеризующие интенсивность реакции, которые могут являться дополнительным ориентиром для оператора при интерпретации результата. Результат реакции маркируется в протоколе как положительный или отрицательный, а также может быть выражен в привычных «крестах» (для РПГА).

Трудно переоценить значение предоставляемой возможности архивирования первичной информации для ретроспективной экспертной оценки правильности результата любого проведенного анализа.

Следует также отметить, что система «Эксперт–Лаб» с программой «Э–Лаб–ИФА» может использоваться в качестве ИФА–ридера, что позволяет ту же систему применять в сочетании с любыми ИФА тест–системами, предназначенными для определения антител к трепонемным антигенам.

Таким образом, видеоцифровой комплекс «Эксперт–Лаб» является много–функциональной лабораторной системой для диагностики сифилиса, обеспечивающей регистрацию и объективизацию результатов тестов с визуальной оценкой (кардиолипидных RPR и VRDL, РПГА), а также возможность использования в качестве ридера для иммуноферментных тест–систем.

Выявление ДНК NEISSERIA GONORRHOEAЕ у пациентов с урогенитальным хламидиозом

Цеслюк М.В., Гуцин А.Е., Шунулин Г.А.
г. Москва

Согласно имеющимся наблюдениям, *Neisseria gonorrhoeae* довольно часто выявляется у больных с урогенитальным хламидиозом.

В связи с этим, зарубежные коммерческие тест–системы на основе методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) для диагностики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), позволяют одновременно с *Chlamydia trachomatis* выявлять и *N. gonorrhoeae* (PCR Cobas Amplicor CT/NG — Roche, АPTIMA COMBO 2, SDA — Becton–Dickinson). В Российской Федерации метод ПЦР официально не регламентирован, поэтому не имеет юридической правомочности при постановке диагноза ИППП, однако проблема существования сопутствующих инфекций диктует необходимость предпринимать меры по совершенствованию диагностики.

Целью исследования была оценка частоты обнаружения ДНК *N. gonorrhoeae* в клиническом материале, полученном от пациентов, инфицированных *S. trachomatis*.

Материалом для исследования служили 700 клинических образцов — 236 мазков из уретры мужчин и 464 мазка из цервикального канала женщин. В этих образцах в клинико–диагностической лаборатории Центра Молекулярной Диагностики ЦНИ–ИЭ методом ПЦР была выявлена ДНК *S. trachomatis*.

Частота выявления ДНК *N. gonorrhoeae* в данных образцах составила 7,6% у женщин и 8,5% у мужчин. При этом только 240 образцов были направлены в лабораторию с целью одновременного исследования на наличие в клиническом материале ДНК *S. trachomatis* и ДНК *N. gonorrhoeae*, а 460 (122 от мужчин и 338 от женщин) — для выявления ДНК *S. Trachomatis*. Следует подчеркнуть, что медицинские учреждения, направившие материал для выявления *S. trachomatis*, не обеспечивали культурально–го исследования на гонококк, ограничиваясь микроскопическим исследованием окрашенных мазков. Вместе с тем известно, микроскопия при гонорее у женщин обладает низкой чувствительностью. Полученные результаты подчеркивают необходимость более тщательного обследования больных урогенитальным хламидиозом на гонококковую инфекцию.

Иммунореактивность сывороток больных урогенитальным хламидиозом

Аликберов Ш.А., Федорова В.А., Елисеев Ю.Ю., Грашкин В.А.
г. Балаково, г. Саратов.

Особенности жизненного цикла хламидий обеспечивают длительную персистенцию этого патогена в организме зараженного человека и способствует поддержанию достаточно высокого уровня специфических антихламидийных антител в кровяном русле больных урогенитальным хламидиозом (УГХ) и другими заболеваниями, вызываемыми хламидиями, в течение нескольких лет. Данное обстоятельство используется для серологической диагностики этой инфекции [Mania–Pramanik et al., 2006; Stanczak

et al., 2005]. В то же время, несмотря на интерес исследователей к этому вопросу, до сих пор не удавалось выяснить — какие именно антигены возбудителя УГХ являются иммунореактивными и вызывают образование антихламидийных антител [Гранитов, 2002].

В настоящей работе изучали иммунохимические свойства специфических антихламидийных сывороточных антител с применением сывороток больных с диагностическим титром специфических антител к возбудителю УГХ.

С этой целью были отобраны сыворотки больных УГХ в острой или хронической форме (условно обозначены «О» и «Х») с максимальным титром (IgA 1:32/IgG 1:128 или IgG 1:32–1:64, соответственно) специфических антихламидийных антител, выявленных с помощью отечественных коммерческих иммуноферментных тест-систем «ИммуноКомб Хламидия Трахоматис «Chlamydia trachomatis IgG» и «ИммуноКомб Хламидия Трахоматис Chlamydia trachomatis IgA». Лигандом служил препарат очищенного хламидийного антигена (С-антиген) [Банникова, 2004; Федорова с соавт., 2005]. Для этого в непрямом варианте dot-ELISA на нитроцеллюлезную мембрану наносили нативный С-антиген, а также этот же антиген, предварительно депротенинизированный проназой К с последующей инкубацией с сыворотками. Сыворотки «О» давали сходный уровень цветового сигнала как с нативным, так и протеолитически обработанным С-антигеном, что указывало на преобладание в пуле сывороточных антител специфических иммуноглобулинов к углеводной части молекулы. Аналогичное тестирование образцов «Х» показало заметное снижение цветной реакции с С-антигеном после его протеолитической обработки, очевидно, только частично за счет антиуглеводных, в том числе, анти-ЛПС-антител, в то время как определенная часть специфических антихламидийных иммуноглобулинов была направлена к белковой части молекулы, вероятно, компонентам МOMP [Федорова с соавт., 2005].

К вопросу о применении метода ПЦР в диагностике сифилиса

Гущин А.Е., Фриго Н.В., Дударева Л.А., Топоровский Л.М., Миронов К.О., Шипулин Г.А.
г. Москва

Основу в диагностике сифилиса составляют не прямые — серологические методы, позволяющие выявлять в сыворотке крови антитела, образующиеся в процессе развития сифилитической инфекции. Тем не менее, лишь прямое выявление возбудителя по-прежнему остается бесспорным доказательством наличия инфекции, особенно при ранних формах заболевания, когда серологические маркеры еще не обнаруживаются.

Единственным регламентированным прямым методом исследования в диагностике сифилиса на сегодняшний день остается микроскопия в темном поле зрения (МТП). Несмотря простоту исполнения, предел обнаружения возбудителя методом МТП составляет 105 клеток/мл [Liu et al 2001]. К тому же при МТП существуют определенные трудности в дифференциации *Treponema pallidum* от спирохет-сапрофитов, колонизирующих слизистые оболочки и кожу человека, что может оказывать влияние на правильность лабораторного исследования. В этом отношении метод ПЦР имеет безусловные преимущества, поскольку может обеспечить не только более высокую аналитическую чувствительность — до 10^2 — 10^3 клеток/мл [Orle et al 1996, Родионова Е.Н. с соавт. 2003], но и высокую специфичность, основанную на выявлении уникальных для *T. pallidum* фрагментов генома.

В целях совершенствования лабораторной диагностики ранних форм сифилиса методом ПЦР (тест-система «Амплиценс *Treponema pallidum*» производства ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора) было проведено ретроспективное исследование содержимого эрозивно-язвенных элементов в области гениталий, полученных от 19 пациентов-жителей г. Москвы, которым на основании клинико-лабораторных данных был установлен диагноз первичного сифилиса. Результаты МТП и серологические реакции на сифилис были положительны у 17 пациентов. У этих же больных методом ПЦР была обнаружена ДНК *T. pallidum*. У двух из 19 пациентов, имевших отрицательные результаты серологических реакций, диагноз первичного сифилиса основывался на наличии клинических признаков инфекции, включавших, помимо эрозивно-язвенных проявлений, региональный лимфаденит, а также на положительных результатах МТП. При исследовании методом ПЦР, проведенном у этих пациентов, ДНК *T. pallidum* не обнаружилось, однако более детальное молекулярно-биологическое исследование, включавшее ПЦР-амплификацию и секвенирование фрагментов 16S-рибосомальной ДНК с последующим филогенетическим анализом, показало наличие в данных образцах ДНК *Treponema refringens* — сапрофитирующей спирохеты, имеющей морфологическое сходство с *Treponema pallidum*. Кроме того, в тех же образцах методом ПЦР (тест-система «Амплиценс HSV1/2» производства ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора) была обнаружена ДНК вируса простого герпеса 2-го типа. Данное обстоятельство по-видимому, и явилось причиной эрозивно-язвенных поражений гениталий у пациентов, а поставленный им диагноз первичного сифилиса можно трактовать как ошибочный.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в алгоритм обследования лиц с подозрением на сифилис при наличии отрицательных результатов серологических тестов необходимо, наряду с методом МТП, включать также ПЦР.

О результатах изучения структурно-функциональной организации серологических лабораторий кожно-венерологических диспансеров субъектов Российской Федерации

Ротанов С.В.

ГУ «ЦНИКВИ Росздора», Москва (директор — академик РАМН, проф. А.А.Кубанова).

Одним из важных организационных вопросов при разработке и внедрении системы регулирования качества серологических реакций для диагностики сифилиса в Российской Федерации является структурно-функциональная организация работы лабораторий, что включает такие позиции, как наличие необходимого набора помещений и их величина, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, обеспечивающего качественное выполнение лабораторных исследований и инфекционную безопасность.

Целью работы являлась оценка условий работы серологических лабораторий кожно-венерологических диспансеров (КВД) субъектов Российской Федерации, осуществляющих лабораторные исследования для диагностики сифилиса.

Для изучения условий деятельности серологических лабораторий 84 КВД субъектов Российской Федерации был разработан перечень вопросов, включающий позиции, характеризующие условия работы лабораторий: количество и целевое использование кабинетов, их площадь, соблюдение поточности движения биологического материала и санитарно-противоэпидемических норм. Работа выполнялась в рамках мероприятий Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (подпрограмма «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения забо-

леваний, передаваемых половым путем», 2002–2005 гг.) Данные об организационной структуре серологических лабораторий были получены из 66 (78,6%) КВД.

Результаты анкетирования показали, что в качестве самостоятельных структурных подразделений серологические лаборатории функционировали в 55 КВД (83,3%); в 10 учреждениях (15,2%) они являлись составной частью клинично-диагностических лабораторий, в 1 (1,5%) — централизованной бактериологической лаборатории.

При оценке набора помещений, занимаемых серологическими лабораториями, была установлена значительная вариативность рассматриваемого показателя. Лаборатории, организованные в качестве самостоятельных структурных функциональных подразделений, занимали от 2 до 24 комнат ($M=7,55\pm 0,65$; $n=52$) общей площадью от 40 до 327,4 м² ($M=111,55\pm 8,25$; $n=51$). Вместе с тем серологические лаборатории, входившие в состав более крупных лабораторных комплексов, занимали от 1 до 8 комнат ($M=4,91\pm 0,75$; $n=11$) общей площадью от 30 до 143,6 м² ($M=72,96\pm 11,1$; $n=11$).

Как показали результаты анкетирования, во многих КВД в распоряжение серологических лабораторий не предоставлялось необходимого комплекса отдельных помещений для выполнения различных видов производственной деятельности. Так, менее 5 комнат общей площадью до 80 м² имели серологические лаборатории 20-ти КВД (30,3%); от 5 до 7 комнат площадью 60–110 м² — 24-х КВД (36,3%), от 8 до 10 комнат величиной от 87 до 150 м² — 11 КВД (16,7%), более 10 комнат площадью от 100 до 317 м² — 11 учреждений (16,7%); ($n=66$). Вследствие этого в серологических лабораториях практиковалось функциональное разграничение разных видов исследований в одних и тех же помещениях за счет выполнения их по фиксированным дням недели, что ограничивало производственные возможности лабораторий. Однако определенные виды работ требовали ежедневного выполнения и по своему характеру не могли быть объединены. В связи с этим 59 (89,4%) лабораторий указали на наличие в своей структуре отдельных помещений или функциональных зон по приему биологического материала и выдаче результатов исследования, а также моечных комнат. В 15 серологических лабораториях (22,7%) при организации работы не обеспечивалось предусмотренного санитарными правилами СП 1.2.731–99 деления помещений на функциональные «чистую» и «грязную» зоны и, как следствие, в них не соблюдалась поточность движения биологического материала.

Данные анкетирования позволили констатировать, что в 43 КВД субъектов Российской Федерации (65,2%) условия работы лабораторий, занимающихся серодиагностикой сифилиса: по набор, целевое предназначение и величина занимаемых помещений, — соответствовали действующим Санитарным правилам и разработанным ГУ «ЦНИКВИ Росздрава в 2004 году «Стандартным требованиям организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику ИППП». В соответствии с указанными документами для качественной работы серологической лабораторий следует признать целесообразным и оправданным предоставление серологической лаборатории комплекса из 5–7 отдельных комнат общей площадью от 80 до 100 м². Эти рекомендуемые нормы позволили констатировать неудовлетворительное состояние условий работы лабораторий в 23 КВД (34,8%) субъектов Российской Федерации.

Дальнейшая работа, направленная на установление взаимосвязи между организационной структурой лаборатории и качеством проводимых исследований, позволит дать рациональные рекомендации по обеспечению качественной лабораторной диагностики сифилиса на уровне КВД субъектов Российской Федерации.

Оценка серологического комплекса РМП + РПГА в диагностике сифилиса

Чеботарев В.В., Земцов М.А., Павлик Л.В., Чеботарева Н.В.

г.Ставрополь

В связи с приказом МЗ РФ № 87 от 26.03.2001г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», с 1.01.2006г. его диагностика в КККВД стала осуществляться диагностическим комплексом РМП+РПГА и подтверждающим ИФА (с определением оптической плотности), а также ИФА Ig M.

Решено проанализировать результаты обследования, тем более, что в массовом порядке в КККВД из различных лечебных учреждений стали поступать пациенты с РМП (–) при положительной РПГА. Акушерами-гинекологами направлено 175 (82,9%) пациенток, при этом 99 из них имели беременность, при медосмотрах, устраивающихся на работу и другими специалистами — 36 (17,1%).

Под наблюдением находилось 211 человек, в возрасте от 15 до 60 лет. При осмотре клинических проявлений, активного сифилиса ни у кого не обнаружено. При сборе анамнеза удалось выяснить, что 87 в прошлом болели сифилисом и были сняты с учета по выздоровлению.

При повторном серологическом обследовании помимо комплекса РМП+РПГА, исследовали ИФА (суммарные антитела) с определением оптической плотности и ИФА Ig M. После тщательного обследования 135 пациентов сняты с учета.

Из 135 пациентов, снятых с наблюдения, болели сифилисом в прошлом 69 человек. Из их числа было 60 беременных, 25 из которых были сняты с учета ранее.

Причинами позитивных результатов РПГА оказались: у 8 ошибка в постановке реакции, у 69 — следовые реакции после перенесенного сифилиса в прошлом, у 27 — ЛПР, связанные с беременностью и у 31 — ложно-положительные реакции (ЛПР), возможно в связи с сопутствующей патологией. Следует отметить, что нельзя исключить и того обстоятельства, что среди них были лица, скрывшие свое заболевание сифилисом в прошлом. Многие бывшие больные, снятые с учета, обзавелись семьей и могли не сообщить о своем заболевании и лечении в прошлом, боясь разрушить семью.

Анализируя приведенные данные, приходим к заключению, что РПГА является высокочувствительной реакцией, сохраняющей длительное время позитивность с сывороткой крови больных, леченных по поводу сифилиса. С течением времени ее интенсивность уменьшается, но сохраняется до 2+ годами. В то же время РПГА может быть и ЛПР. Эти особенности реакции делают диагностический тест РМП+РПГА неприемлемым для широкого использования, особенно в практике акушеров-гинекологов. При серологическом обследовании беременных для исключения сифилиса следует оставить обязательным исследование РМП, а трепонемные тесты РПГА и ИФА использовать, как обязательные тесты, подтверждающие сифилис, в специализированных учреждениях, отдав при этом предпочтение диагностическому комплексу РМП+ИФА.

Применение аппаратно–программного комплекса (АПК) «КРИТЕРИЙ 2» для контроля качества серодиагностики сифилиса методом РПГА

Коноплева М.В., Сулов А.П., Теслер М.Э., Волков Д.А., Даниленко В.В., Денисов И.А., Нестеренко В.Г.

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», г. Москва, ЗАО «Токад», г. Москва,
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, г. Москва

В последние годы в лабораторную практику серодиагностики сифилиса в России все шире внедряются современные методы и требования к качеству тестирования. В частности, возрастает необходимость усиления контроля качества работы лаборатории и применяемых тест–систем, а также четкого документирования проводимых процедур. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), часто применяемая при серодиагностике сифилиса, по чувствительности и специфичности сопоставима с ИФА и используется как альтернативный или подтверждающий тест. Субъективный метод РПГА не соответствует новейшим требованиям. Благодаря автоматизации учета результатов РПГА данная проблема стала вполне устранимой.

Автоматизированный учет результатов диагностики сифилисной инфекции методом РПГА с помощью АПК «Критерий 2» обеспечивает повышение диагностической специфичности и чувствительности, исключает субъективный подход к интерпретации результатов. Использование базы данных обеспечивает возможность решения спорных вопросов, а также проведение эпидемиологических и клинических исследований.

В данной работе демонстрируется возможность использования АПК «Критерий 2» для количественной и статистической оценки воспроизводимости тестирования методом РПГА, сравнительной оценки работы различных операторов. В работе также демонстрируется возможность объективного количественного контроля адекватности использования различных микропланшетов для постановки РПГА с помощью АПК «Критерий 2».

Проведенные исследования показывают, что использование АПК «Критерий 2» позволяет поднять уровень тестирования методом РПГА в клинико–диагностических лабораториях до современных требований контроля качества.

ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией в определении CANDIDA ALBICANS в реальном времени и по конечной точке

Терман О.А., Рахматулина М.Р., Просовецкая А.Л., Кухарева Е.Н.

ГУ «ЦНИКВИ Росздрава», Москва

В рамках изучения терапевтической эффективности вагинальных таблеток Итраконазола (200 мг в течение 10 дней) были обследованы 13 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет с клиническими проявлениями кандидозного вульвовагинита, для которого характерны жалобы на зуд в области наружных половых органов, гиперемия слизистых оболочек вульвы и влагалища, наличие влагалищного отделяемого творожистого характера. У 3 пациенток исследовали соскобы до и после проведенного лечения.

Для лабораторного подтверждения клинического диагноза использовали световую микроскопию (окраска мазков отделяемого влагалища метиленовым синим), культуральный метод (среда CandiSelect, BIO–RAD), ПЦР с помощью тест–системы для ПЦР–анализа с электрофоретической детекцией («АмплиСенс® *Candida albicans*», ЦНИИЭ) и тест–системы для выявления ДНК *Candida albicans* методом ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией («АмплиСенс® *Candida albicans–Flu*», ЦНИИЭ) в двух комплектах: FRT (в режиме «реального времени») и FEP (по конечной точке). Принцип ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией основан на накоплении продуктов ПЦР, их гибридации со специфическими олигонуклеотидными зондами, имеющими флуоресцентную метку, с последующей регистрацией фотосигнала. Детекция проводится в формате закрытой пробирки, что сводит риск внутрилабораторной контаминации к минимуму.

Результаты исследования показали, что у 6 больных (46%) диагноз не был подтвержден лабораторно, у 2 — (15%) отмечался положительный результат при культуральном исследовании на *Candida spp.* и отрицательный результат при микроскопическом исследовании, еще у 1 больной (8%) результат микроскопического исследования был положительным, а культурального — отрицательным. Только у 4 больных (31%) диагноз был подтвержден микроскопическим и культуральным исследованиями.

Проведенное исследование показало, что во всех случаях верифицированного с помощью посева и микроскопии диагноза ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией дала положительную реакцию (100%). В 3–х случаях из 4–х при неподтвержденном диагнозе, а также у пациентки с предварительным диагнозом «бактериальный вагиноз» достоверно установлено наличие клинически значимых титров возбудителя. В одном случае при неподтвержденном лабораторными методами диагнозе кандидоза титр *Candida albicans* не превысил пороговых значений. В 3–х случаях определяли *Candida albicans* у пациенток, прошедших курс терапии. У одной из пациенток, несмотря на нормализацию клинических показателей, метод показал положительную реакцию. При сравнении результатов по двум вариантам метода, в реальном времени и по конечной точке, установлено их полное совпадение.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать вывод о высокой диагностической чувствительности метода ПЦР с гибридационно–флуоресцентной детекцией. При этом ПЦР в реальном времени, являясь полуколичественным методом, дает врачу более объемную информацию о титрах и динамике количества возбудителя кандидоза, позволяя оценить эффективность проведенной терапии. Для оценки терапевтической эффективности применяемой схемы терапии исследование планируется продолжить.

Разработка первого отечественного контрольного ШТАММА *N. gonorrhoeae* для проведения внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных тестов в диагностике гонококковой инфекции

Фриго Н.В., Припутневич Т.В., Аль-Хафаджи Н.С., Соломка В.С.

ГУ «ЦНИКВИ Росздрава», Москва.

Заблеваемость гонококковой инфекцией в Российской Федерации продолжает оставаться высокой (в 2005 г. – 71,5 на 100000 населения). Важным этапом борьбы с ее распространением являются качественные лабораторные исследования. Это требует применения контрольных мер как при повседневной работе лаборатории, так и при осуществлении внешнего контроля качества лабораторных методов исследования.

В отделе микробиологии ГУ «ЦНИКВИ Росздрава» 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) больно-го неосложненной гонококковой инфекцией, жителя г. Санкт-Петербурга, до лечения антимикробными препаратами.

Штамм был выделен на плотной селективной питательной среде GC II Agar Base с питательными добавками «Isovitalex», бы-чьим гемоглобином и селективной добавкой «VCAT» (компания «Becton Dickinson», США), в условиях инкубации в атмосфере CO₂ (8%) в термостате при температуре 35,5 °С. Рост культуры отмечен через 24 часа. В результате проведения видовой иден-тификации штамма путем окраски мазков из культур по Граму, постановки оксидазного теста, определения ферментативного профиля микроорганизма на приборе BBL–Crystal (Becton Dickinson, США) установлена принадлежность штамма к виду *N. gonorrhoeae*.

При определении профиля антибиотикорезистентности методом серийных разведений в агаре 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), цефтриаксону (МПК 0,002 мг/мл) и спектиномицину (МПК 2 мг/мл). Изучение генетического профиля штамма гонококка подтвер-дило отсутствие мутаций, ответственных за развитие антибиотикоустойчивости.

Проводится депонирование штамма в коллекции культур микроорганизмов ГИСК им. Л.А.Тарасевича и подготовка научно-технической документации для его государственной регистрации.

Таким образом, был получен первый отечественный контрольный штамм *N. gonorrhoeae*, предназначенный для осуществ-ления внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных исследований в диагностике гонореи. Заявленные свойства позволяют рекомендовать его использование в качестве эталонного штамма при проведении видовой идентификации *N. gonorrhoeae* и определении чувствительности *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам.

Совершенствование методов диагностики больных с уретритами, вызванными *Mycoplasma genitalium*

Бурцев О.А., Ковальк В.П., Гуцин А.Е., Гомберг М.А.

ГУ ЦНИКВИ Росздрава, ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

Среди всех возможных этиологических агентов, способных вызвать уретриты у мужчин, доля уретритов, не связанных с го-нококками, составляет до 65% наблюдений. В США и Великобритании заболеваемость негонококковыми уретритами (НГУ) зна-чительно превысила заболеваемость гонококковым уретритом, что обусловлено не только действительным ростом частоты уре-тритов, вызываемых микроорганизмами, отличными от *Neisseria gonorrhoeae*, но и повышением качества лабораторных методов идентификации различных инфекционных агентов.

Микоплазмы — это самые маленькие микроорганизмы, широко распространенные в природе и обитающие в организме че-ловека. Известно, что *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* часто присутствуют в половых путях здоровых мужчин и женщин. Биологические особенности *Mycoplasma genitalium* (способность прикрепляться к клеткам и возможная внутрикле-точная локализация), а также результаты опытов на животных свидетельствуют о том, что этот микроорганизм обладает пато-генным потенциалом. В настоящее время большинство исследователей считают, что *M. genitalium* является абсолютным пато-геном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции как у мужчин, так и у женщин.

В настоящее время существуют определенные сложности в изучении этого микроорганизма, связанные с трудностью его по-лучения в чистой культуре (продолжительность роста на питательных средах составляет более одного месяца). Культуральное выявление этого возбудителя на данном этапе не представляется возможным, и единственным убедительным способом его об-наружения с количественным определением микроорганизма является Real — time PCR (ПЦР в реальном времени). В настоя-щее время в ЦНИКВИ совместно с НИИ Эпидемиологии проводится работа по скринингу лиц, инфицированных *M. genitalium*, ме-тодами Real–Time PCR и NASBA–Real–Time. Проводимая работа позволяет установить роль и место молекулярно–биологических методов исследования в диагностике инфекций, обусловленных *M. genitalium*.

Особый интерес представляет молекулярное тестирование в диагностике заболеваний, где мишенью для возбудителя яв-ляется не ДНК, а РНК. Одним из вариантов такой реакции транскрипционной амплификации является NASBA (Nucleic Acid Sequ-ence–Based Amplification). С помощью этого метода можно не только выявлять *M. genitalium*, но и проследить снижение плотно-сти колонизации и элиминации этого возбудителя, также решить такую большую проблему для врачей, которой является контроль излеченности *M. genitalium*.

Тест иммуноферментного анализа (ИФА) при профилактическом обследовании на сифилис

Милонова Т.И., Савенков В.В.

Кожно–венерологический диспансер №2, г. Москва

В нашей стране предусмотрены массовые профилактические обследования населения на сифилис. До 2006 г. для этой це-ли использовали комплекс серологических реакций (КСР), включающий РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами и микрореакцию преципитации с кардиолипидным антигеном (МР), либо только микрореакцию преципитации с плазмой крови или инактивированной сывороткой крови. Полный комплекс серологических реакций предназначался для обследования боль-ных кардиологических, офтальмологических, акушерско–гинекологических, психоневрологических ЛПУ. Постановка КСР име-ла ряд недостатков. Так, РСК, входящая в комплекс, не является стандартным методом. При постановке этой реакции субъек-тивным является выбор рабочей дозы компонента, зависимость времени учета результатов теста от свойств исследуемой сыворотки, а также нестандартность применяемой взвеси эритроцитов барана.

Известно, что в РСК и МР выявляются неспецифические противоллипидные антитела. В РСК с трепонемным антигеном вы-являются антитела, образованные к антителам, общим для бледной трепонемы возбудителя сифилиса, и для других родствен-ных микроорганизмов, то есть реакции, входящие в комплекс, не являются строго специфическими. В связи с этим КСР недо-статочен при диагностике скрытых и стертых форм заболевания.

Цель работы — 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, методы и результаты. Высокую чувствительность ИФА подтверждают наши данные. 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*. 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.

Частота выявления специфических антихламидийных антител в сыворотках пациентов с урогенитальным хламидиозом

Аликберов Ш.А., Федорова В.А., Елисеев Ю.Ю., Грашкин В.А.
г. Балаково, г. Саратов.

Как известно, иммуноферментный анализ успешно применяется для параллельного выявления специфических IgA и IgG у больных урогенитальным хламидиозом (УГХ). При этом качественное и количественное выявление этих антител позволяет судить о давности инфицирования и стадии развития заболевания (Манзенюк с соавт., 2002).

Целью настоящей работы явилось исследование сывороток крови пациентов с подозрением на УГХ для детекции специфических IgA и IgG к *Chlamydia trachomatis*.

Для параллельного исследования образцов сывороток крови людей, обратившихся в ГУЗ Балаковский кожно-венерологический диспансер МЗ и соцподдержки Саратовской области, использовали коммерческие отечественные иммуноферментные тест-системы «ИммуноКомб Хламидия Трахоматис(*Chlamydia trachomatis* IgG)» и «ИммуноКомб Хламидия Трахоматис(*Chlamydia trachomatis* IgA)».

Установлено, что сыворотки только половины обследованных (57,14%) оказались серопозитивными. При этом преобладали пациенты с наличием в крови специфических антихламидийных антител класса IgG. Это составило 53,06% человек от общего количества обследованных или 92,86% от числа пациентов, имевших, по данным соответствующего иммунодиагностического теста, позитивный результат.

IgA-антитела против антигенов *C. trachomatis* определялись в сыворотках 24,49% обследованных или 42,86% серопозитивных. Совпадение положительных результатов двух тестов составило 20,41% от общего числа исследованных проб, или 35,72% от числа пациентов, у которых были выявлены антихламидийные антитела обоих классов. Совпадение отрицательных результатов составило 42,86% от общего количества проанализированных клинических проб в обеих модификациях ИФА, что соответствовало количеству пациентов, не имевших по данным ИФА, специфических антихламидийных иммуноглобулинов классов А или G.

Обоими методами было выявлено 48,97% лиц, с диагностическим титром ($\geq 1:32$) что составило 85,72% от общего количества позитивных ответов. Причем, только 4,08% всех обследованных пациентов и 7,14% имевших, по данным ИФА, антихламидийные иммуноглобулины, демонстрировали одновременно высокие титры специфических антихламидийных IgA и IgG-антител.

Частота встречаемости HLA-антигенов класса II у больных урогенитальным хламидиозом

Кошкин С.В., Зайцева Г.А.
г. Киров

Представление для распознавания чужеродных антигенов, инициация иммунного ответа и обеспечение взаимодействия клеток иммунной системы является основной функцией HLA-антигенов класса II. По мнению ряда ученых, HLA-генотипирование может стать эффективным средством установления как группового, так и индивидуального риска развития или устойчивости к развитию широкого спектра заболеваний, в том числе — инфекционных.

Характер распределения антигенов HLA класса II (DRB1-локус) изучен с помощью ПЦР у 46 больных урогенитальным хламидиозом (УГХ). Среди наблюдавшихся были выделены группы больных по признаку половой принадлежности (36 мужчин и 10 женщин) и по характеру клинических проявлений УГХ (уретрит, хронический простатит, персистирующая форма). В качестве сравнения служили показатели 103 здоровых лиц.

Анализ полиморфизма аллелей DRB1* в общей группе больных УГХ выявил ряд отклонений, по сравнению со здоровыми. Так, в общей группе больных УГХ отмечалось достоверное снижение частоты выявления DRB1* 12 (0% против 4,9%; $\chi^2=4,05$, RR=0,19). Какой-либо зависимости частоты выявления данного показателя в зависимости от половой принадлежности пациентов и характера клинических проявлений установлено не было. Возможно, это объясняется недостаточно большим числом больных, у которых были типированы антигены локуса HLA-DRB1.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о возможной причастности аллеля DRB1*12 к устойчивости носителей этого иммуногенетического признака к развитию УГХ.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ *

СТАТЬЯ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Академик РАМН, профессор,
Заслуженный деятель науки
Российской Федерации
А.А. Кубанова (3)

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Беззубова О.А. (8, 13)
Беликов А.Н. (6, 7, 8)
Воронина Л.Г. (12)
Воронова О.А. (17, 18)
Герасимова Н.М. (18)
Гирш В.А. (14)
Гридасов М.И. (10)
Гришаева Е.В. (5, 14)
Грищенко Т.А. (14)
Демидов Н.А. (6)
Дуйко В.В. (10)
Ермакова М.Н. (13)
Заславский Д.В. (5)
Захаров М.А. (15)
Зильберберг Н.В. (5, 9, 12, 15, 18)
Иванова М.А. (15)
Касымов О.И. (6)
Качура Л.В. (9)
Комлева Л.Ф. (6)
Кохан М.М. (5, 14)
Кузина В.А. (16)
Кузнецова Ю.Н. (7)
Кунгуров Н.В. (12, 14, 15)
Малахова Е.И. (12)
Маликова Н.Н. (15)
Мартынов А.А. (13)
Меркулова С.А. (10, 14, 16)
Нехамкин П.Б. (14)
Никифоров Б.Н. (5)
Оловянишников О.В. (5)
Петибская Е.А. (9, 17)
Платонов А.В. (10, 14, 16)
Платонова Е.Г. (16)
Поршина О.В. (12)
Рогачева Т.В. (15)
Ротанов С.В. (11)
Сивак В.П. (9, 17)
Сивак Д.В. (9)
Таджибаев У.Р. (6)
Торбин О.Н. (16)
Уфимцева М.А. (15)
Фоменко В.И. (9)
Шерман Ю.Ф. (12)
Ющенко А.А. (11)
Янова Л.А. (6)

II. ДЕРМАТОЛОГИЯ

Абрамова В.А. (19)
Агафонова Е.Е. (53)
Азам В.В. (22)
Александрова А.К. (20)
Алексанов А.Т. (30)
Андрейчев В.В. (21)
Аничков Н.М. (32)
Анохина В.В. (54)
Антонова И.В. (25, 36)
Апришкина М.С. (48)
Арифов С.С. (53, 54, 55)
Арифова А.С. (55)
Артеменко С.А. (26)
Аскарова Г.К. (41, 46)
Аюпова А.К. (23)
Баконина Н.В. (27)
Бакулев А.Л. (26, 34)
Балабаев Д.А. (24)
Бальбин Е.С. (38)
Бахметьев А.А. (40)
Бахметьева Т.М. (23, 29)
Белова Е.А. (40)
Белогубова Е.В. (45)
Березина Е.Ю. (43)
Богачева Н.А. (44)
Богданов Ю.В. (44)
Боровая О.В. (55)
Буслов К.Г. (45)
Бутарева М.М. (29, 36)
Бутов Ю.С. (32, 47)
Вавилов А.М. (27)
Вдовина Л.Н. (53)
Верхогляд И.В. (39)
Волнухин В.А. (51, 55)
Выборнова О.В. (55)
Гаджигороева А.Г. (23, 50)
Галимзянов Х.М. (35)
Галкина О.А. (35)
Галлямова Ю.А. (50)
Гамаюнов Б.Н. (43)
Генералова Г.А. (27)
ГлаксоСмитКляйн (47)
Гого А.В. (45)
Горячева Т.А. (22, 51)
Гострова С.В. (28)
Грашкин В.А. (34)
Грашкина И.Г. (26)
Грибанова Т.В. (25, 40, 45)
Гусева С.Н. (40)
Данилов С. И. (25, 40, 45, 51)
Даудова А.Д. (23)
Дворников А.С. (39)
Демидова И.А. (55)
Дубровина А.А. (47)
Думченко В.В. (37)
Ерина И.А. (37)
Жаворонкова Е.В. (51, 53)
Желнова Е.И. (55)
Жураева С.Ш. (40, 41, 44, 46)
Захарова А.Б. (53)
Зеленцова С.Е. (54)

Иевлева А.Г. (45)
Измерова Н.И. (44)
Имянитов Е.Н. (45)
Кантимирова Е.А. (27)
Карякина Л.А. (21, 28)
Катунина О.Р. (27)
Клеменова И.А. (30)
Ключарева С.В. (31, 45, 47)
Коротаева Н.Л. (51, 53)
Короткий Н. Г. (43)
Корсунская И.М. (51, 53, 54)
Костенко А.Ю. (27)
Котова Ю.А. (36)
Кубанов А.А. (33)
Кубанова А.А. (29)
Кузнецова Н.П. (36)
Кузнецова О.В. (44)
Кульдагова Л.Ф. (49)
Лалаева А.М. (47)
Ларкин А.А. (44)
Лобкова М.С. (45)
Лужнова С.А. (41)
Лыкова С.Г. (34, 49)
Лян Н.А. (43)
Макаров Ф.Ю. (30)
Мартынов А.А. (21, 27, 52)
Маслов А.К. (41)
Матушевская Ю.И. (33)
Митюшкина Н.В. (45)
Морозова Н.В. (28, 36)
Мошкалов А.В. (45)
Мурадян Н.Л. (55)
Мутаев А.А. (44)
Нагоев Б.С. (28, 49)
Надгериева О.В. (22, 51)
Наумов В.З. (48, 53)
Нечаева О.С. (20, 51)
Никонова С. М. (32)
Никулина Л.Н. (35)
Новикова Л.А. (23, 29)
Оганесян Ю.В. (35)
Олейник С.С. (54)
Опарин Р.Б. (34)
Осипов Г.А. (47)
Павлова О.А. (55)
Петренко О.С. (49)
Петунова Я.Г. (25)
Пирятинская В.А. (25, 40, 45)
Полеско И.В. (47)
Поповкина С.В. (44)
Поспеева Л.А. (37)
Путинцев А.Ю. (54)
Рассказов Н.И. (35, 37)
Рахимов И.Р. (53)
Резайкина А.В. (27)
Родина Ю.А. (32)
Рудых Н.М. (19, 52)
Сабурова Г.С. (28)
Савин Л.А. (38)
Савченко В.Г. (55)
Самсонов В.А. (51)
Самцов А.В. (45)
Селиванова О.Д. (31)

* В авторском указателе отмечены фамилии авторов, чьи работы публикуются в сборнике. Цифрами указаны страницы, на которых опубликованы тезисы авторов.

Семисаженев В.А. (26)
Серебрякова И.С. (25)
Серов Д.Н. (51)
Скрипкин Ю.К. (35, 39)
Служаева Н.Г. (29)
Смирнов В.С. (51)
Смирнова И.О. (25, 28, 31, 36)
Смирнова О.Н. (28, 36)
Смолкин Ю.С. (43)
Смольяникова В.А. (20, 22, 23, 24, 29)
Соколенке А.Г. (45)
Соколова Е.Е. (21, 27)
Степанова Е.В. (24)
Судакова О.Г. (36)
Суспицын Е.Н. (45)
Сухова Л.П. (44)
Сюч Н.И. (54)
Тарасова И.В. (43)
Тимошин Г.Г. (22, 36)
Тихомиров А.А. (43)
Тогоева Л.Т. (51, 54)
Улыбина Ю.М. (45)
Умнова З.Г. (54)
Урляпова Н.Г. (23, 54)
Устинова М.Е. (49)
Филиппова Т.Б. (19)
Хайрутдинов В.Р. (45)
Хараева З.Ф. (28)
Холодова И.Н. (27)
Хрисанова Ю.А. (26)
Царегородцева Е.Е. (22)
Цемба В.П. (48)
Чаплыгин А.В. (45)
Чащин А.Ю. (36)
Чекмарева Е.В. (45)
Чикин В.В. (44)
Чистякова И.А. (19)
Шахнович А.А. (39)
Шац Е.И. (38)
Шевчук А.Ю. (52)
Шпеер Е.Л. (47)
Ющенко А.А. (23)
Ягодина Е.В. (34)
Язлюк В.С. (44)

III. МИКОЛОГИЯ

Бутов Ю.С. (57)
Васенова В.Ю. (57)
Воронова Н.Ю. (57)
Жукова Г.И. (57)
Зеленцова С.Е. (58)
Касымов О. И. (60)
Клеменова И.А. (57)
Климова И.Я. (58)
Козюкова О.А. (57)
Мартынов А.А. (57)
Мишина Ю.В. (57, 60)
Нуралиев М. Д. (60)
Оленич И.В. (58)
Рачек И.И. (59)
Рукавишников В.М. (56, 59)
Савенков В.В. (58)
Сатторов С. М. (60)
Степанова Ж.В. (58)
Умбетьярова Л.Б. (56)
Федосеев А.С. (59)
Шебашова Н.В. (57)

IV. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Абанина Е.Ю. (69)
Аликберов Ш.А. (64)
Бакулев А.Л. (64, 66)
Барденштейн Л.М. (66)
Бурцев О.А. (62)
Вишневская И.Ф. (68)
Воронина Л.Г. (67, 73)
Герасимова Н.М. (68)
Герасимчук Е.В. (71)
Гомберг М.А. (62, 66, 71)
Грашкин В.А. (64)
Губанова Н.В. (63)
Гущин А.Е. (72)
Дворников А.С. (70)
Дегтярёв О.В. (63)
Дмитриева М.В. (68)
Евстигнеева Н.П. (72)
Ермолаева Е.А. (67)
Зайцева Г.А. (69)
Иншина А.Л. (63)
Касымов О. И. (65)
Кисина В.И. (72)
Климова Р.Р. (62)
Ковалык В.П. (62)
Кондратьева Ю.С. (64)
Кошкин С.В. (69)
Кравченя С.С. (66)
Кузнецова Е.К. (73)
Кузнецова Ю.Н. (68)
Куляш Г.Ю. (64)
Куц А.А. (62)
Левчик Н.К. (72)
Липова Е.В. (69)
Макаров Э.В. (62, 68)
Малахова Е.И. (67)
Маруев М.Б. (64)
Маруева Т.Б. (64)
Машьянов Ю.С. (69)
Михайлова Е.А. (73)
Михайлова О.О. (73)
Одинец А.В. (62, 72)
Поршина О.В. (67)
Рассказов Н.И. (63)
Рудых Н.М. (67)
Рыжих П.Г. (72)
Скидан Н.И. (68)
Скрипкин Ю.К. (70)
Скрипкина П.А. (70)
Сурганова В.И. (65)
Сырнева Т.А. (65)
Таджибаев У.Р. (65)
Талдыбаева Г.Б. (66)
Хэраян Р.С. (69)
Хуснутдинова Ю.Б. (69)
Цеслюк М.В. (72)
Чеботарева Н.В. (70)
Чермных Т.В. (69)
Шаталова Г.Ю. (70)
Шерман Ю.Ф. (67)
Шипулин Г.А. (72)
Ширшова Е.В. (72)
Яковлева С.В. (67)
Янова Л. А. (65)

V. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Аликберов Ш.А. (74, 79)
Аль-Хафаджи Н. С. (77)
Бурцев О.А. (78)
Венгеров Ю.Ю. (74)
Волков Д.А. (77)
Гомберг М.А. (78)
Грашкин В.А. (74, 79)
Гущин А.Е. (75, 78)
Даниленко В.В. (77)
Денисов И.А. (77)
Дударева Л.А. (75)
Елисеев Ю.Ю. (74, 79)
Зайцева Г.А. (79)
Зайко В.В. (74)
Земцов М.А. (76)
Калачева О.С. (74)
Ковалык В.П. (78)
Коноплева М.В. (77)
Кошкин С.В. (79)
Кухарева Е.Н. (77)
Милонова Т.И. (78)
Миронов К.О. (75)
Нестеренко В.Г. (77)
Павлик Л.В. (76)
Припутневич Т. В. (77)
Просовецкая А.Л. (77)
Рахматулина М.Р. (77)
Ротанов С.В. (74, 75)
Савенков В.В. (78)
Соломка В.С. (77)
Старовойтова Т.А. (74)
Стериополо Н.А. (74)
Суслов А.П. (77)
Терман О.А. (77)
Теслер М.Э. (77)
Топоровский Л.М. (75)
Федорова В.А. (74, 79)
Фриго Н. В., (74, 75, 77)
Цеслюк М.В. (74)
Чеботарев В.В. (76)
Чеботарева Н.В. (76)
Шипулин Г.А. (74, 75)

