

ARS



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПРОВИЗОРОВ

MEDICA

Искусство медицины

N1 (81) МАЙ 2014

Учредитель: ОДО «АЛЬВЕНТО»

Управляющий: Витвицкий Сергей Сергеевич

Главный редактор: Витвицкий Сергей Сергеевич

Редактор: И.В. Солонкова

Дизайн: В.Б. Явид

© «ARS MEDICA»

При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Периодичность выхода: один раз в квартал.

Бесплатно, адресная рассылка.

Учредитель и издатель

ОДО «Альвенто»

Свидетельство о государственной регистрации

средства массовой информации №584

выдана Министерством информации Республики Беларусь

29.07.2009 г.

Адрес редакции:

220015, Республика Беларусь,

г. Минск, ул. Гурского, 11 каб.43а

Тел/факс (+375 17) 256 29 14

e-mail: odo_alvento@mail.ru

Отпечатано в типографии

ООО «ТМ АРГО-ГРАФИКС»

Адрес типографии: 220113, Республика Беларусь,

г. Минск, ул. Мележа, д.1, комн. 221

Лиц. № 02330/110

от 03.04.09г. Заказ №

Тираж 900 экз.

Формат 70x100 1/16.

Печать офсетная.

Усл. печ. л. 9,75+0,65 вкл.

© Любое воспроизведение опубликованных материалов

без письменного разрешения редакции не допускается.

Редакция не несет ответственность за достоверность информации,

опубликованной в рекламных материалах.

© ОДО «Альвенто»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА д.м.н. ПРОФЕССОР БЕЛЯЕВА Л. М.

д.м.н. профессор
Бова А. А.

д.м.н., профессор
Булгак А. Г.

д.м.н., профессор
Василевский И. В.

к.м.н., доцент
Вощула В. И.

д.м.н., профессор
Гаин Ю. М.

д.м.н., профессор
Данилова Л. И.

д.м.н. профессор
Демидчик Ю.Е.,

к.м.н., доцент
Доста Н. И.

д.м.н., профессор
Евстигнеев В. В.

д.м.н., профессор
Жерносек В. С.

д.м.н., профессор
Илюкевич Г. В.

д.м.н., профессор
Имшенецкая Т. А.

д.м.н. профессор
Камышников В.С.,

д.м.н. профессор
Карпов И.А.,

д.м.н., профессор
Кевра М. К.

д.м.н. профессор
Ключарева А.А.,

д.м.н., профессор
Крутилина Н. И.

к.м.н., доцент
Кузьмин Ю.В.

д.м.н., доцент
Лаптева И. М.

д.м.н., профессор
Лихачев С. А.

д.м.н., профессор
Мараховский Ю. Х.

д.м.н., профессор
Матвеев В. А.

д.м.н., профессор
Михалевич С. И.

Михасько Т. А.

д.м.н., профессор
Панкратов О. В.

д.м.н. профессор
Пересада О. А.

д.м.н., профессор
Петрова Л. Г.

д.м.н. профессор
Пристром М.С.,

д.м.н., профессор
Руденко Э. В.

д.м.н. академик
Семененко Т.А. (Москва)

д.м.н., профессор
Сиваков А. П.

д.м.н. профессор
Силивончик Н. Н.

д.м.н. профессор

Смирнова Л. А.

д.м.н., профессор
Сорока Н. Ф.

к.м.н. доцент

Сушинский В.Э.,

д.м.н. профессор

Трисветова Е.Л.,

д.м.н. профессор

Туйчиев Л.Н. (Ташкент)

д.м.н. профессор

Тютюнников С.В.

(Барнаул)

д.м.н., профессор

Тябут Т. Д.

д.м.н., профессор

Филиппович Н. Ф.

д.м.н., профессор

Хапалюк А. В.

д.м.н., профессор

Шанько Г. Г.

д.м.н., профессор

Шанько Ю. Г.

к.ф.н. Шеряков А. А.

д.м.н., профессор

Шишко Г. А.

к.м.н., доцент

Апанасович В. Г.

к.м.н., доцент

Щавелева М. В.,

Содержание

- **Вступление, стр. 6**
- **Рубцовая алопеция волосистой части головы при красной волчанке**
Бабушкина М.В., Загртдинова Р.М., Лоншакова Т.М., Иванов Г.С., **стр. 8**
- **Онихомикозы у пациентов с псориазом и экземой – возможности местной терапии**
Барабанов А.Л., Шикалов Р.Ю., **стр. 12**
- **Основные тенденции развития и течения псориаза**
Барцевич И.Г., Путро А.А., **стр. 18**
- **Оценка нуждаемости в психотерапевтической помощи детей г. Гродно, страдающих атопическим дерматитом**
Бедин П.Г., Ляликов С.А., Руколеева О.А., **стр. 22**
- **Исследование уровня тревожности у пациентов, страдающих псориазом**
Белугина И.Н., Жукова Т.В., Яговдик Н.З., **стр. 25**
- **Особенности дезорганизации липидной и фосфолипидной компонентов мембран лимфоцитов при сочетанном течении псориаза и дефицита витамина D**
Бекирова Э.Ю., **стр. 29**
- **Значение оценки перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в мониторинге терапии псориаза**
Белявская А.А., Торшина И.Е., Рафальский В.В., Пересецкая О.В., **стр. 33**
- **Клинико-лабораторная диагностика кожных форм лайм-боррелиоза**
Князева О.Р., Верещако Н.С., Красько А.Г., Полещук Е.Н., Яговдик Н.З., **стр. 36**
- **Взаимосвязь между рекциями адаптации и показателями протеиназной ингибиторной системы у детей с атопическим дерматитом**
Кобец А.А., **стр. 40**
- **Клинический случай сочетания листовидной пузырчатки и герпетиформного дерматоза дюринга**
Колос Ю.В., Лукьянов А.М., Бич Т.А., **стр. 45**
- **Молекулярный спектр аутоантител при различных клинических фенотипах акантолитической пузырчатки**
Колос Ю.В., Лукьянов А.М., **стр. 49**
- **Ошибки диагностики герпетиформного дерматоза дюринга**
Колос Ю.В., Лукьянов А.М., Левченя М.В., **стр. 53**
- **Влияние природных факторов озера Саки на клиническое течение и показатели цитокинового профиля у больных псориазом**
М.Ю. Кузнецова, Нгема Э.Н., **стр. 57**
- **Беременность и патология кожи**
Е.А.Левончук, С.М.Тарасевич, Элджик Камيران, **стр. 61**
- **Лангергансоклеточный гистиоцитоз**
Е.А.Левончук, В.В.Крумкачев, Н.А.Милькота, Исмаил Хусейн Эльнбхани Махмуд, **стр. 64**
- **Особенности психосоматического статуса у пациентов с акнеформными дерматозами**
Музыченко А.П., Качук М.В., **стр. 67**
- **Актуальные проблемы скрытого сифилиса в г. Минске**
В.Г.Панкратов, О.В.Панкратов, Е.В.Коваленко, Л.В.Климова, Ю.В.Салук, Е.С.Ерыгина, А.А.Лебедевская, **стр. 72**
- **Клинико-диагностические критерии и современные подходы к лечению склеороатрофического лишена**
В.Г.Панкратов, Е.И.Раковская, А.А.Хартоник, О.М.Рабчинская, С.А.Гумбар, В.А.Потапюк, **стр. 78**
- **О роли БелНИКВИ в становлении и развитии дермато-венерологической службы в Республике Беларусь**

В.Г.Панкратов, Н.З.Яговдик, **стр. 83**

■ **Характеристика клинических особенностей у больных демодекозом в Крымском регионе**

Равлюк Д.А., **стр. 88**

■ **К вопросу о формировании внутренней картины болезни у больных с меланомой кожи на ранних стадиях развития**

Д.В. Прохоров, О.А. Притуло, Н.С. Ольшевская, М.Б. Испирьян, **стр. 92**

■ **Саркоидоз: описание редкого случая у пациента 39 лет**

Т.В.Святенко, А.В.Прохач, Н.А. Еркович, **стр. 97**

■ **Черный акантоз: описание собственного наблюдения у пациента 55 лет**

Т.В.Святенко, Гура Г.И., Титаренко Е.С., Бравдовская В.Е., Мартыненко М.П., **стр. 101**

■ **Фолликулярный муциноз: случай из практики**

Святенко Т.В., Гура Г.И., Титаренко Е.С., Бравдовская В.Е., **стр. 105**

■ **ВИЧ-ассоциированная липоатрофия лица:**

возможности эстетической коррекции

Т.В.Святенко, О.А.Чеверда, **стр. 109**

■ **Организация работы кабинета «Эстетическая стопа» в микологическом отделении обложвендиспансера**

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Шафранская Т.В., **стр. 112**

■ **Применение УФ-в терапии в лечении больных хроническими дерматозами**

Спиридонов В.Е., Сержанова Г.Г., Саларев В.В., **стр. 115**

■ **Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях**

Селютина Ольга Викторовна, **стр. 117**

■ **К решению проблем преподавания дерматовенерологии в медицинском вузе**

Торшина И. Е., **стр. 117**

■ **Дифгностические возможности лазерной доплерографии (ЛД) у пациентов с хроническими иммунозависимыми аллергодерматозами**

Торшина И.Е., Бусько Т.М., Борсуков А.В., **стр. 122**

■ **Новая стратегия терапии онихомикозов у лиц старшей возрастной группы**

Устинов М.В., **стр. 125**

■ **Уровень активности каталазы у пациентов с розацеа**

Е.С.Ярмолик, **стр. 130**

■ **Микробассоциированные формы псориаза: клинико-морфологические характеристики**

Сикорская Т.А., Бич Т.А., Лукьянов, **стр. 133**

■ **Комбинированная терапия пациентов с витилиго (УФБ плюс местный антиоксидант)**

Адаскевич В.П., Саларев В.В., Сержанова Г.Г., **стр. 139**

■ **Клинические варианты демодекс-фолликулита и методы местной терапии**

Адаскевич В.П., Саларев В.В., Ловчиновская Ю.А., Зыкова О.С., **стр. 146**

■ **Клинические аспекты дерматологической диагностики артропатического псориаза**

О.С. Зыкова, **стр. 150**

■ **Современный подход к лечению алопеции**

Качук М.В., Филатова Ю.Г., **стр. 154**

■ **Опыт применения 1% крема Пимекролимус в комплексной терапии пациентов с розацеа**

Крук Н.В., Крук А.В., Хилькевич Н.Д., **стр. 159**

■ **Особенности заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь в 2006-2012 годы**

Навроцкий А.Л., Бондарь С.Ю., Агаларова А.Г., **стр. 163**

- **Детекция *C. trachomatis* на твердо-фазном аналитическом носителе с использованием флуоресцентных иммуномагнитных микросфер**
Асташонок А.Н., Рубаник Л.В., Квасюк А.А., Полещук Н.Н., стр. 167
- **Анализ оценки тенденций эпидемиологии ИППП в Смоленской области (2009 – 2013 гг.)**
Воробьева П.И., Торшина И.Е., Тарасова Н.Н., стр. 174
- **Клинико-морфологические изменения при цереброваскулярном нейросифилисе**
Комкина Н.Г., Назаренко Н.В., Назаренко Т.В., Прохожев А. Ю., Метальникова О. П., стр. 177
- **Сифилис сердечно-сосудистой системы в Республике Беларусь**
Крумкачев В.В., Панкратов О.В., Юдина О.А., Шкет А.П., Крумкачева А.Ю., Климова Л.В., стр. 181
- **Врождённый сифилис в Республике Беларусь: 20 лет борьбы, результаты и достижения**
Панкратов О.В., Панкратов Ал.О., стр. 186
- **Значение эндогенной и экзогенной инфекции в формировании репродуктивных нарушений у женщин**
Ришук С.В., стр. 191
- **Роль уrogenитальных инфекций в репродуктивном здоровье – как фактор демографической безопасности региона**
В.Е. Спиридонов, А.М. Майстрёнок, стр. 197
- **Предварительные результаты использования фосфомицина в лечении неспецифических уретритов у мужчин**
Хилькевич Н.Д., стр. 199
- **Диагностика инфекций *ureaplasma urealyticum* и *mycoplasma hominis* с помощью тест-системы «Mycoplasma-ist» и выбор их оптимальной терапии**
Хилькевич Н.Д., Сухобокова Н.Н., Шарай М.Р., стр. 201
- **Идиопатический уретрит у мужчин: диагностика и лечение**
Хилькевич Н.Д., стр. 205
- **Мультирезистентность *neisseria gonorrhoeae* и выбор рациональной терапии при гонококковой инфекции**
Хилькевич Н.Д., Сухобокова Н.Н., Шарай М.Р., стр. 208
- **Трихоскопическая оценка эффективности наружных методов лечения телогенового выпадения волос**
И.Г. Шиманская, Н.И. Крук, стр. 213
- **Мезотерапия с применением факторов роста при лечении диффузного телогенового выпадения волос**
И.Г. Шиманская, Н.И. Крук, стр. 215
- **Возможности сочетанного применения коллагенового комплекса «КОЛЛОСТ®» и препаратов на основе гиалуроновой кислоты**
Данилова – Скальная С.В., стр. 217

ВСТУПЛЕНИЕ

Настоящий номер журнала состоит из материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Белорусского научного общества дерматовенерологов «Дерматовенерология и косметология Республики Беларусь: вчера, сегодня, завтра» (г. Минск, 05-06.06. 2014 г.).

История дерматовенерологии нашей страны имеет многовековую традицию. Немногочисленные уцелевшие документы неполностью расшифровывают процедуру возникновения общества врачей-дерматовенерологов Беларуси, и многие факты до сих пор остаются настоящей тайной. В 1914 году из научного Общества минских врачей выделилась группа докторов (Б.С. Сильвестрович, Н.Г. Юнгерц, С.К. Свентицкий, М.Л. Каценельсон, К.Ф. Олехнович, А.Ф. Медвецкий, А.М. Александров, А.З. Яхнин, П.Ф. Дзеконский, М.З. Зак), которая стала основой самостоятельного общества врачей-дерматовенерологов. Именно с 1914 года начинается история нашего общества, которое было вначале представлено коллективным руководством. Затем с 1922 года и по настоящее время общество возглавляли известные дерматовенерологи: профессор В.Ю. Мронговиус (1922-1930 гг.), академик А.Я. Прокопчук (1931-1965 гг.), профессор О.П. Комов (1965-1986 гг.), профессор Н.З. Яговдик (1987-2011 гг.), профессор В.П. Адашкевич (с 2011 года).

В 1923 году в нашей стране были образованы первые кожно-венерологические диспансеры в Минске и Витебске, положившие начало ныне функционирующей дерматовенерологической сети, а в 1925 году начали работать диспансеры в Гомеле, Полоцке, Могилеве и Бобруйске. В 1923 году создана первая в нашей стране кафедра кожно-венерических болезней Минского медицинского института, а в 1935 году – кафедра кожных и венерических болезней при Витебском медицинском институте, образованы кафедры дерматовенерологии в Гродненском государственном медицинском институте в 1961 году и в Белорусском институте усовершенствования врачей в Минске в 1946 году, в 1994 году была организована кафедра дерматовенерологии Гомельского государственного медицинского института. С 1932 по 1988 годы функционировал Белорусский научно-исследовательский кожно-венерологический институт, сотрудники которого на протяжении полувека координировали научную, организационно-методическую и лечебную работу дерматовенерологической службы страны.

Значительными событиями в истории общества стали республиканские съезды врачей-дерматовенерологов (Минск, 1982; Могилев, 1992; Минск, 1996; Гомель, 2001; Минск, 2006; Витебск, 2011). Белорусские дерматовенерологи принимают активное участие в работе национальных, европейских и всемирных конгрессов, конференций и съездов по кожным

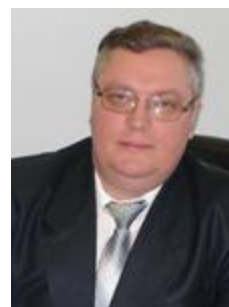
болезням и инфекциям, передаваемым половым путем. С января 2014 года Белорусская общественная организация дерматовенерологов и косметологов (БООДК) является членом Всемирной Международной Лиги дерматологических обществ. По состоянию на январь 2014 года БООДК насчитывала 428 членов, из которых – 7 докторов медицинских наук и 24 кандидата медицинских наук. Свой столетний юбилей общественная организация встречает активной профессиональной деятельностью в области дерматовенерологии, венерологии и косметологии на благо здоровья населения страны.



**Председатель
Белорусской
общественной ор-
ганизации дерма-
товенерологов и
косметологов, док-
тор медицинских
наук, профессор
В.П. Адашкевич**



**Заместитель
председателя
Белорусской обще-
ственной организа-
ции дерматовене-
рологов и косме-
тологов, доктор
медицинских
наук, доцент
А.М. Лукьянов**



**Заместитель
председателя
Белорусской обще-
ственной организа-
ции дерматовене-
рологов и косме-
тологов, доктор
медицинских наук,
профессор
О.В. Панкратов**

Тербизил®

terbinafine

Препарат выбора для лечения микозов
волосистой части головы, кожи и ногтей
Для системного и местного применения

Пер.Уд. МЗ РБ 5225/01/06/11 от 06.01.2011; 9537/01/06/11 от 06.01.2011;



Таблетки 250 мг

онихомикозы, микозы стоп,
распространенные микозы гладкой кожи,
микозы волосистой части головы
у взрослых и детей



Крем

- разноцветный лишай
- дерматофитии
- кандидоз кожи



ГЕДЕОН РИХТЕР ОАО
Учреждено в 1964 году

220004, Минск, пр. Победителей, 5, офис 505, 507

RGD: 63764/R

■ РУБЦОВАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Бабушкина М.В. , Загртдинова Р.М. , Лоншакова Т.М. , Иванов Г.С. ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, БУЗ УР РКВД МЗ УР г. Ижевск, Россия

Резюме. Под нашим наблюдением находились 7 женщин в возрасте от 35 до 61 года с изолированным поражением кожи волосистой части головы при красной волчанке. Клиническая картина характеризовалась наличием очагов рубцовой алопеции, по периферии которых отмечались эритематозные пятна без выраженных явлений инфильтрации и гиперкератоза. При дерматоскопии определялись молочно-красные и белые зоны с отсутствием устьев волосяных фолликулов, разветвленные и перекрученные сосуды, явления фолликулярного и перифолликулярного гиперкератоза. Патоморфологические изменения были представлены атрофией эпидермиса, вакуольной дистрофией базальных клеток, фолликулярным гиперкератозом, базофильной дегенерацией коллагена и лимфоидной инфильтрацией дермы.

Ключевые слова: кожная форма красной волчанки, рубцовая алопеция

Summary. There were 7 women aged 35 to 61 years with an isolated lesion of the scalp in lupus erythematosus under our supervision. The most characteristic clinical features were areas of cicatricial alopecia, erythematous patches without expressed phenomena of infiltration and hyperkeratosis. Dermoscopy study shows milky red and white areas with a lack of follicular opening, arborizing and twisted vessels, follicular and perifollicular hyperkeratosis. Histopathologic findings include epidermal atrophy, basal vacuolar degeneration, follicular hyperkeratosis, basophilic degeneration of collagen and dermal lymphocytic infiltrate.

Key words: cutaneous lupus erythematosus, cicatricial alopecia

Введение. Красная волчанка (эритематоз) – аутоиммунное заболевание из группы коллагенозов, характеризующееся поражением кожи, суставов, серозных оболочек и внутренних органов [1]. Выделяют две формы заболевания – системную и кожную. Кожная красная волчанка может протекать в виде дискоидной, диссеминированной, поверхностной и глубокой. Поражение волосистой части головы при кожной форме красной волчанки описаны разными авторами у 7-50% больных [2]. В большинстве случаев поражение скальпа развивается в течение года после начала заболевания [3]. Патологический процесс в своем развитии проходит 3 стадии: эритематозную, инфильтративно-гиперкератотическую и рубцово-атрофическую, что в конечном итоге приводит к формированию на коже волосистой части головы очагов рубцовой алопеции [1-3]. Необратимая потеря волос может развиваться при дискоидной и диссеминированной формах эритематоза [2, 4]. Непосредственной причиной рубцовой алопеции при кожной форме волчанки является склерозирование волосяных фолликулов, соединительной ткани и кровеносных сосудов дермы [2].

Выпадение волос при данной патологии относится к первичным рубцовым алопециям, которые в зависимости от характера перифолликулярной инфильтрации подразделяются на 3 группы: заболевания с преимущественно лимфоцитарным характером инфильтрата (красная волчанка, красный плоский лишай, центральная центробежная рубцовая алопеция, фолликулярный муциноз, фолликулярный шиповидный кератоз), преимущественно нейтрофильным характером инфильтрации (декальвирующий фолликулит, абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна) и полиморфно-клеточным характером инфильтрата (келоидные акне, некротические акне, эрозивный пустулезный дерматоз) [2, 3, 5].

Клиническая диагностика первичных руб-

цовых алопеций несет в себе ряд трудностей, которые нередко возникают в случаях отсутствия на скальпе, гладкой коже или слизистых оболочках свежих высыпаний или других характерных признаков, позволяющих идентифицировать заболевание, вызвавшее замещение волосяных фолликулов фиброзной тканью [3].

В установлении природы рубцовой алопеции и определении активности воспалительного процесса учитываются данные анамнеза и клинического осмотра кожных покровов, слизистых оболочек и состояния ногтевых пластинок, результаты теста натяжения волос (pull test), лабораторных методов исследования (полный анализ крови, биохимические, иммунологические показатели), дерматоскопического, гистологического и, при необходимости, микроскопического и культурального исследований. В большинстве случаев только полноценное комплексное обследование пациентов позволяет установить правильный диагноз и подобрать соответствующее лечение [3, 5-7].

Целью исследования являлась оценка клинических, дерматоскопических и патоморфологических особенностей рубцовой алопеции при кожной форме красной волчанке.

Материалы и методы. Дискоидная красная волчанка была диагностирована у 7 женщин в возрасте от 35 до 61 года (в среднем 42,3 года). Длительность заболевания составляла от 4 месяцев до 3 лет. Три пациентки связывали развитие заболевания с инсоляцией, одна больная – с приемом антибактериальных препаратов по поводу обострения хронического тонзиллита. Большинство пациентов страдали различными эндокринными расстройствами: патология щитовидной железы (гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, субклинический тиреотоксикоз) была диагностирована у 4 человек, сахарный диабет 2 типа – у 2, нарушение толерантности к глюкозе – у 1 женщины, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастродуоденит, панкреатит) – у 2, артериальная гипертензия – у 2, мочекаменная болезнь – у 1 женщины. Наличие фокальной инфекции в виде

хронического тонзиллита было выявлено у 3 больных. Ранее 4 пациентки не лечились, остальные получали препараты, улучшающие микроциркуляцию, витамины группы В, А, Е, местную терапию (кортикостероиды в виде лосьонов, препараты на основе пиритиона цинка), без особого эффекта.

Всем пациентам были выполнены осмотр и микрофотосъемка кожи в области очагов поражения с использованием цифровой видеокамеры Aramo SG (Aram Human Vision System, Корея). Для визуализации и обработки цифровых данных использовалась компьютерная программа Trichoscience Pro v1.1SE.

Также всем больным была проведена диагностическая биопсия кожи волосистой части головы, забор материала для исследования производили на границе клинически активных очагов. Биопсия проводилась после местной инфильтрационной анестезии 1% раствором лидокаина с помощью тонкой иглы. На края разреза накладывали 1-2 шва, затем асептическую повязку. Биоптаты фиксировали в 10%-ом забуференном растворе формалина (рН 7,2-7,4) в течение 10-20 часов. Проводку и заливку материала в парафин выполняли по общепринятой методике с последующим ориентированием кусочков с целью получения срезов, перпендикулярных поверхности кожи. Из каждого блока приготавливали 5-6 срезов толщиной 4 мкм, помещая их на стекла, обработанные поли-L-лизинном с целью повышения адгезивных свойств парафиновых срезов. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Приготовление красителей, буферных растворов и технику окраски проводили по принятым прописям (Саркисов Д.С., Перов Ю.Л., 1996). Просмотр и фотографирование микропрепаратов под увеличениями 10 и 40 осуществляли на системе видеоморфометрии LeicaDM2500.

Результаты и обсуждение. У всех больных наблюдалось изолированное поражение кожи волосистой части головы. Патологический процесс локализовался преимущественно в теменной области, где у 6 пациенток определялись очаги рубцовой алопеции округлой формы 1-1,5 см в диаметре. Кожа в этих участках была гладкая, блестящая, устья во-



Рис. 1. Б-ная П., 61 год. Очаги рубцовой алопеции на коже волосистой части головы.



Рис. 2. Б-ная А., 38 лет. Эритематозная стадия дискоидной красной волчанки.



Рис. 3. Дерматоскопическая картина в очаге дискоидной красной волчанки. Молочно-красные и белые зоны с отсутствием устьев волосяных фолликулов, разветвленные сосуды. Ув. 60.

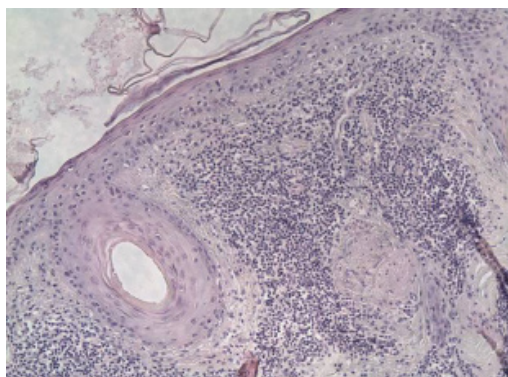


Рис. 4. Гистологический препарат. Атрофия эпидермиса, вакуольная дистрофия базальных клеток, инфильтрация в дерме. Окраска гематоксилин – эозин. Ув. 10.

лосяных фолликулов отсутствовали (рис. 1). По периферии имелись эритематозные пятна с достаточно четкими границами, умеренно выраженное шелушение фолликулярного характера. У 3 больных отмечалась небольшая инфильтрация в пределах очагов эритемы. Симптом «дамского каблучка», отражающий наличие роговых шпиков в устьях волосяных фолликулов, был выявлен только у одной больной, при этом 6 пациенток ощущали болезненность при поскабливании чешуек. У одной женщины (рис.2) была выявлена первая (эритематозная) стадия кожной волчан-

ки, проявляющаяся округлыми и овальными пятнами розово-красного цвета до 1 см в диаметре, с гладкой поверхностью, лишенной чешуек.

Тест натяжения волос, указывающий на активность очагов, был положительным у 4 человек. Субъективно 3 пациенток беспокоило жжение в области высыпаний, 2 – зуд и 1 женщину – болезненность при пальпации очагов поражения.

Дерматоскопическая картина в очагах фиброза характеризовалась наличием молочно-красных и белых зон с отсутствием устьев во-

лосяных фолликулов. По периферии участков алопеции выявлялись разветвленные и перекрученные сосуды, ширина которых уменьшалась по мере снижения активности воспаления. Шелушение определялось в виде плотно прилегающих к эпидермису чешуек, располагающихся как в области волосяных фолликулов, так и межфолликулярной зоне.

В полном анализе крови у 3 больных регистрировалась ускоренная СОЭ (до 18 мм/ч), волчаночные клетки (LE-клетки) не были выявлены ни в одном случае, антинуклеарные антитела определялись только у 1 больной.

При гистологическом исследовании биоптатов в участках алопеции выявлены атрофия эпидермиса и сглаженность эпителиальных выростов. Также присутствовали вакуольная дистрофия базальных кератиноцитов, явления гиперкератоза с фолликулярными пробками. Изменения в дерме были представлены участками базофильной дегенерации коллагена и лимфоидными периваскулярными и перифолликулярными инфильтратами. Сальные железы отсутствовали в биоптатах у 4 больных, у остальных были атрофичными. У 2 человек были обнаружены признаки «неудержания пигмента» в виде скопления меланофагов в верхней части дермы, связанные с дегенеративными изменениями в базальной слое эпидермиса.

Выводы. Таким образом, первичная рубцовая алопеция при кожной форме красной волчанки имеет свои клинические, дерматоскопические и патоморфологические особенности, которые позволяют установить

правильный диагноз и назначить этиопатогенетически обоснованную терапию.

Список литературы

1. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: руководство для врачей. – 2-е изд., стереотипное / М.А. Пальцев [и др.]. – М.: Медицина, 2010. – 512 с.
2. Корнишева В.Г. Патология волос и кожи волосистой части головы / В.Г. Корнишева, Г.А. Ежков. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2012. – 200 с.
3. Гаджигороева А.Г. Клиническая трихология / А.Г. Гаджигороева. – М.: Практическая медицина, 2014. – 184 с.
4. Воронкова М.В. Клинико-патогенетические особенности рубцовых алопеций и влияние на их течение кислородно-озоновой терапии: автореф. дис. на соискание канд. мед. наук / М.В. Воронкова // М., 2013. – 24 с.
5. Update on cicatricial alopecia / E. Olsen [et al] // Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings. – 2003. - Vol. 8. – P. 189.
6. Дерматоскопия в клинической практике: руководство для врачей / под ред. Н.Н. Потекаева. – М.: Студия МДВ, 2011. – 144 с.
7. Rakowska A. Trichoscopy of cicatricial alopecia / A. Rakowska, M. Slowinska, E. Kowalska-Oledzka et al. // Journal of drugs in dermatology. – 2012. - № 11 (6) . – P. 753-758.

■ ОНИХОМИКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ЭКЗЕМОЙ – ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

Барабанов А.Л.¹, Шикалов Р.Ю.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», ²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Был предложен новый метод местного лечения онихомикоза у пациентов с псориазом и экземой, основанный на сочетанном применении отечественного топического раствора тербинафина и аппаратного удаления пораженных частей ногтевых пластинок. Были пролечены 19 пациентов с распространенным псориазом и 11 с распространенной экземой. Все включенные в обследование были инфицированы патогенными грибами. По окончании лечения микологическое выздоровление было достигнуто у 42,1% пациентов с псориазом и 45,5% - с экземой. Значительное улучшение состояния ногтевых пластинок отмечалось у 86,7% пациентов. Изначально высокая степень микогенной сенсибилизации также несколько уменьшилась. Во время курса лечения не было случаев ухудшения состояния пациентов, осложнений или побочных эффектов.

Summary

Onychomycoses in patients with psoriasis and eczema – ability of topical treatment

Barabanau A.L., Shikalov R.Yu. There was developed new method of onychomycosis topical treatment in patients with psoriasis and eczema based on combined use of Belarusian made topical terbinafine solution with apparatus removal of damaged part of nail plate. 19 patients with widespread psoriasis and 11 with widespread eczema underwent such a treatment. Every investigated person was infected by pathogenic fungi. Upon completion of treatment mycological recovery was achieved in 42,1% of patients with psoriasis and 45,5% - with eczema. Considerable clinical improvement of nail condition was observed in 86,7% of patients.

The initially high extent of mycotic sensitization was also reduced. During the therapy course there occurred no cases of worsening of patient condition, no complications or side effects of treatment.

Введение. Известно, что грибковая инфекция, обусловленная, в основном, дерматофитами является одной из самых частых медицинских проблем в мировом масштабе, преимущественно поражая людей пожилого возраста, а также лиц со снижением общего и местного иммунитета, нарушениями трофики, целостности кожи и ее придатков, с воспалительными изменениями кожи, в том числе – с псориазом и экземой. При указанных кожных заболеваниях клиника микоза может как маскироваться основным процессом, так и ошибочно приниматься за его проявления. Возбудители микозов способны усугублять трофические нарушения, усиливать сухость кожи и нарушать ее целостность, стимулировать деление клеток эпидермиса, они также обладают выраженным сенсибилизирующим действием, могут вызывать ауто-сенсибилизацию и повышать интенсивность воспаления проявлений дерматозов на коже. В итоге упомянутые дерматозы на фоне микоза отличаются склонностью к более частому рецидивированию, большей площади поражения кожи и степени выраженности клинических проявлений, резистентностью к лечению [1, 2].

По нашим собственным данным, при обследовании 124 пациентов с псориазом и 34 с экземой при наличии сопутствующих онихопатий выявлено значительное преобладание мужчин, причем сопутствующая грибковая инфекция была выявлена у 46,8% лиц с псориазом, и у 59% пациентов с экземой, то есть значительно чаще, чем в популяции в целом. Микозами у подавляющего большинства пациентов были поражены ногти стоп, возбудители представлены *Tr. rubrum* и недерматофитными плесенями. *Tr. interdigitale* выявлялся в единичных случаях только методом ПЦР. Лишь в половине случаев резуль-

таты микроскопического и культурального исследования совпадали, независимо от основного дерматоза, что предполагает необходимость лабораторной диагностики микоза несколькими методами одновременно. Установлено, что при наличии сопутствующего микоза уменьшается средняя длительность ремиссии и увеличивается тяжесть течения псориаза, а при экземе возрастает площадь высыпаний, средняя длительность обострения и количество пораженных ногтей. Общее количество измененных ногтевых пластин и тяжесть их поражения при псориазе с онихопатиями не зависели от наличия сопутствующего микоза. Была выявлена сенсibilизация, от легкой до умеренной степени, к дерматофитам и плесневым грибкам *A. niger* при сочетании псориаза с микозом и к *Tr. rubrum* и *A. fumigatus* при сочетании экземы и микоза. Сопутствующая грибковая инфекция не влияла на частоту встречаемости отдельных клинических характеристик поражения ногтей ни при псориазе, ни при экземе, то есть подтверждение онихомикоза только на основании клинических признаков, без лабораторной верификации, при псориазе и экземе маловероятно [3].

Таким образом, микоз и онихомикоз на фоне псориаза и экземы является состоянием, требующим тщательного выявления и лечения. По существующим стандартам терапия онихомикоза проводится системными противогрибковыми препаратами, однако как псориаз, так и экзема являются ограничениями к их применению, поскольку существует возможность их обострения и перехода в более тяжелые формы на фоне приема данной группы препаратов [4, 5, 6, 7]. Таким образом, предпочтение стоит отдавать вариантам местного лечения онихомикозов, общим недостатком которых является низкая эффективность и необходимость длительного проведения. Для повышения эффективности местной терапии онихомикоза рекомендуется удаление измененных частей ногтевых пластинок, причем наиболее быстрым способом удаления является аппаратный [4]. На основании всего изложенного был разработан способ местного лечения

онихомикозов у пациентов с хроническими дерматозами, основанный на аппаратном удалении пораженных ногтевых пластинок с повторной их ежемесячной обработкой в сочетании с нанесением на обнаженное ногтевое ложе 1% раствора тербинафина отечественного производства ежедневно 2 раза в день на протяжении 16 недель.

Целью данного исследования являлось изучение эффективности предложенного метода лечения онихомикоза у пациентов с псориазом и экземой.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 пациентов (7 мужчин и 23 женщины, средний возраст $60,4 \pm 3,4$ лет), находившихся на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска по поводу псориаза и экземы.

У всех пациентов, включенных в исследование, выявлялось изменение ногтевых пластинок, диагноз онихомикоза подтверждался микроскопически (КОН-микроскопия) и/или культурально (посев на среду Сабуро) [4]. Ногти стоп были поражены микозом у всех обследованных, ногти кистей – только у 1 пациента с экземой; в связи с чем в динамике оценивалось только состояние ногтей стоп. Средние характеристики пораженных ногтей: длительность – $12,2 \pm 2,2$ лет, общее количество (на стопах) – $7,1 \pm 0,87$, степень вовлечения ногтя – $0,7 \pm 0,03$ (где 1,0 – поражение всей ногтевой пластинки).

При клиническом обследовании оценивалась длительность псориаза и экземы, продолжительность ремиссий и рецидивов, частота обострений, площадь поражения кожи. Тяжесть псориаза и экземы оценивалась путем расчета индексов Psoriasis Area and Severity Index (PASI) и Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD), соответственно, по стандартным формулам. Степень поражения ногтевых пластинок при псориазе оценивалась с помощью индекса Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI – учитывалось наличие либо отсутствие 8 определенных признаков поражения ногтевого ложа и ногтевой матрицы в 4 квадрантах каждого ногтя) [8]. При экземе использовался индекс тяжести поражения

ногтей, разработанный нами по аналогии с NAPSИ: ногтевая пластинка разделялась на 4 сектора, в каждом из которых оценивалось наличие любого из проявлений, наиболее характерных для поражения ногтей при экземе: изменения цвета, растрескивания ногтевой пластинки, ее утолщения, подногтевого гиперкератоза, онихолизиса, крошения, желтых полос, паронихий; наличие одного из признаков соответствовало 1 баллу индекса. Оценку степени поражения ногтевых пластин проводили непосредственно перед их аппаратной обработкой и ежемесячно в течение 4 месяцев.

В группу пациентов с псориазом входило 5 женщин и 14 мужчин (средний возраст $60,0 \pm 3,6$ лет), страдающих распространенным вульгарным псориазом (13 – зимним типом, 6 – недифференцированным). Средняя длительность заболевания составляла $25,0 \pm 4,1$ лет, настоящего обострения – $3,5 \pm 0,4$ месяцев, ремиссии – $4,7 \pm 0,6$ месяцев, средняя частота рецидивов в год – $2,3 \pm 0,1$. Площадь поражения кожи составила в среднем $30,6 \pm 4,9\%$. Тяжесть заболевания по баллам PASI составила от 12,5 до 27,9 (средняя $18,0 \pm 0,6$). Средняя длительность поражения ногтей составила $11,1 \pm 1,4$ лет. Средняя тяжесть поражения ногтей стоп составила $86,6 \pm 11,5$ баллов NAPSИ, количество пораженных ногтей стоп – $7,5 \pm 0,8$, средняя степень вовлечения ногтей – $0,7 \pm 0,04$. Наиболее частыми (более 50%) проявлениями онихопатий у обследованных являлись: изменение цвета (100%), подногтевой гиперкератоз (100%), растрескивание (89,5%). При культуральном исследовании у 5 пациентов выявлен *Tr. rubrum*, у 14 посев роста не дал.

В группу пациентов с экземой входило 2 женщины и 9 мужчин (средний возраст $61,5 \pm 3,0$ лет). У 6 пациентов была диагностирована распространенная истинная экзема, у 2 – монетовидная, у 3 – монетовидная и варикозная экзема. Средняя длительность заболевания составила $4,3 \pm 1,6$ лет, настоящего обострения – $1,3 \pm 0,3$ месяца, ремиссии – $2,6 \pm 0,6$ месяцев, средняя частота рецидивов в год $2,4 \pm 0,18$. Средняя площадь поражения кожи $21,3 \pm 2,9\%$. Средняя тяжесть заболева-

ния по баллам SCORAD составила $55,6 \pm 1,7$, средняя выраженность зуда по 10-балльной системе – $7,0 \pm 0,7$ балла. Средняя длительность поражения ногтей составила $14,1 \pm 3,6$ лет, тяжесть поражения ногтей стоп по баллам Индекса тяжести поражения ногтей – $90,3 \pm 10,9$, количество пораженных ногтей стоп – $6,5 \pm 0,7$, средняя степень вовлечения ногтей – $0,7 \pm 0,02$. Наиболее частыми проявлениями онихопатий у обследованных являлись: изменение цвета (100%), подногтевой гиперкератоз (100%), утолщение ногтевой пластинки (81,8%), растрескивание (72,7%). При культуральном исследовании у 5 пациентов выявлен *Tr. rubrum*, у 6 – посев роста не дал.

При поступлении в стационар и по окончании курса лечения в сыворотке крови всех пациентов, на базе НИЛ БелМАПО методом ИФА исследовались уровни общего иммуноглобулина E (ЗАО «Вектор-Бест», Россия), аллергенспецифических IgE к красному и межпальцевому трихофитонам (дискровые тест-системы Dr. Fooko, Германия), IgE к кандидам и основным плесневым грибкам рода *Aspergillus* (ООО НПО «Иммунотекс», Россия). Уровень аллергизации в каждом случае оценивался согласно инструкции к соответствующему набору [9].

Обработка ногтевых пластин проводилась при помощи аппарата «ESCORT-II» (SaeyangMicrotechCo. Ltd., Республика Корея), с использованием фрез зуботехнических твердосплавных («Ф-Фреза», Россия). Проводилось послойное удаление пораженных участков ногтей и подногтевого гиперкератоза. Для лечения ногтевого ложа использовался 1% раствор тербинафина (ООО «Фармтехнология», Республика Беларусь). Пациентам рекомендовалось наносить по 2 капли раствора на каждый пораженный ноготь 2 раза в день в течение 4 месяцев и посещать лечащего врача 1 раз в месяц для контроля над ходом лечения, во время которого проводился осмотр ногтевых пластин, при необходимости, осуществлялась повторная аппаратная обработка, а также проводилось лабораторное исследование ногтей на наличие микотической инфекции. Получение

Таблица 1 – Показатели микологического выздоровления у пациентов исследуемых групп на разных сроках лечения

Группы пациентов	Количество и доля (%) пациентов с микологическим выздоровлением			
	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4 месяца
Пациенты с псориазом, n=19	0	0	3 (15,8%)	8 (42,1%)
Пациенты с экземой, n=11	0	0	2 (18,2%)	5 (45,5%)
Все пациенты, n=30	0	0	5 (16,7%)	13 (43,3%)

Таблица 2 – Средняя тяжесть поражения ногтей стоп у пациентов исследуемых групп на разных сроках лечения

Группы пациентов	Средние значения индекса NAPSИ и Индекса тяжести поражения ногтей при псориазе и экземе, соответственно, M±m, баллы				
	до лечения	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4 месяца
Пациенты с псориазом, n=19	86,6±11,5	77,2±11,4	66,7±10,8	53,6±11,2*	44,8±10,6*
Пациенты с экземой, n=11	90,3±10,9	79,6±11,7	63,4±10,2	47,9±9,4*	31,5±8,3*

Примечание: * - достоверность различий с показателем «до лечения», p<0,05.

отрицательного результата лабораторного исследования являлось критерием окончания лечения, однако наблюдение за пациентами продолжалось в течение 4 месяцев от начала лечения.

Статистическая обработка результатов проведена с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel XP. Различия считались достоверными при уровне значимости p менее 0,05.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного лечения не было отмечено случаев ухудшения состояния пациентов, осложнений и побочных эффектов. Отмечена хорошая переносимость раствора тербинафина, не зафиксировано случаев местного раздражающего действия раствора и аллергических реакций, повлекших необходимость прекращения лечения.

Аппаратная обработка позволяла за короткий срок устранить основные клинические проявления ониомикоза и значительно улучшить внешний вид ногтевых пластинок.

Клинические результаты применения метода представлены в таблицах 1 и 2.

После 4 месяцев лечения микологическое

выздоровление (грибы не выявлялись ни одним из методов) было достигнуто у 42,1% пациентов с псориазом и 45,5% пациентов с экземой (таблица 1).

Динамика значений индексов, характеризующих состояние ногтей стоп, в зависимости от сроков лечения приведена в таблице 2.

Клиническое улучшение состояния ногтевых пластинок (снижение NAPSИ и Индекса тяжести поражения ногтей при экземе) отмечено у 86,7% пациентов; уже на 3 месяце лечения отмечалось достоверное снижение показателей тяжести в обеих группах.

При контроле динамики кожного процесса к моменту окончания лечения клиническая ремиссия была выявлена у 6 из 19 пациентов с псориазом (остались вторичная гиперпигментация и невыраженное шелушение), у остальных пациентов средняя площадь составила 6,2±1,24%, средняя тяжесть по PASI – 7,4±2,98; рецидив на фоне временного начального улучшения отмечался у 1 пациента, который не следовал данным при выписке рекомендациям. В группе пациентов с экземой к моменту завершения курса лечения ониомикоза у 10 человек отмечалась стой-

Таблица 3 – Уровень общего и аллергоспецифических иммуноглобулинов Е у пациентов исследуемых групп до и после лечения

Показатель	Пациенты с псориазом (n=19)		Пациенты с экземой (n=11)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общий Ig E, МЕ/мл	298±76,5	303±103,8	508±115,2	340±103,6
Ig E к <i>Tr. interdigitale</i> , МЕ/мл	0,34±0,012	0,31±0,050	0,45±0,095	0,37±0,092
Ig E к <i>Tr. rubrum</i> , МЕ/мл	0,40±0,036	0,33±0,012	0,75±0,172	0,39±0,084
Ig E к <i>A. fumigatus</i> , КЕ/мл	90,1±17,94	71,4±16,25	138±35,4	79,8±21,85
Ig E к <i>A. niger</i> , КЕ/мл	96,1±14,15	60,2±15,28	154±46,0	50,4±18,93*
Ig E к <i>A. flavus</i> , КЕ/мл	398±12,2	236±45,7*	348±28,2	220±31,1*
Ig E к <i>Cand. albicans</i> , КЕ/мл	276±36,2	91,7±25,64*	202±40,6	127±59,8

* - достоверность различий признака между группами «до» и «после лечения», при уровне значимости $p < 0,05$

кая ремиссия основного заболевания, у 1 отмечался рецидив, связанный с контактным раздражением.

Изменения выраженности микогенной сенсibilизации в ходе лечения по уровням общего и аллергоспецифических иммуноглобулинов Е представлены в таблице 3.

Средний уровень общего иммуноглобулина Е в обеих группах соответствовал высокой степени аллергизации как при поступлении, так и после окончания курса лечения, однако в группе пациентов с экземой была выражена тенденция к снижению. Содержание аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к дерматофитам в группе пациентов с сочетанием псориаза и онихомикоза при поступлении соответствовал низкой степени аллергизации к красному трихофитону и ее отсутствию – к межпальцевому; в процессе лечения содержание иммуноглобулинов к *Tr. interdigitale* осталось на прежнем уровне, а к *Tr. rubrum* – снизилось до соответствующего отсутствию аллергии. В группе пациентов с экземой до начала лечения уровень IgE к *Tr. interdigitale* соответствовал низкой степени аллергизации, а к *Tr. rubrum* – средней, после окончания лечения достоверного снижения концентрации ни одного из упомянутых иммуноглобулинов не наблюдалось, однако среднее содержание IgE к *Tr. rubrum* уже со-

ответствовало аллергизации низкой степени. Концентрация иммуноглобулинов Е к *A. fumigatus* в группе пациентов с псориазом в процессе лечения не менялась, соответствуя аллергической реакции легкой степени, при экземе уровень того же иммуноглобулина до лечения соответствовал умеренной степени аллергизации, а после курса терапии – легкой. В ходе терапии сходная тенденция отмечалась в отношении IgE к *A. niger* в группе пациентов с псориазом, тогда как у пациентов с экземой при поступлении содержание IgE к *A. niger* соответствовало умеренной степени аллергизации, а по окончании лечения достоверно снижалось до легкой. В процессе лечения наблюдалось достоверное снижение уровня IgE к *A. flavus* как у пациентов с псориазом, так и у пациентов с экземой страдающих сопутствующим онихомикозом, однако в обоих случаях пониженный в итоге уровень данного иммуноглобулина соответствовал высокой степени аллергизации. Средний уровень IgE к *C. albicans* при поступлении соответствовал сенсibilизации высокой степени в обеих исследуемых группах; в ходе лечения у пациентов с псориазом отмечалось достоверное его падение до уровня легкой аллергизации, а в группе пациентов с экземой – тенденция к снижению до умеренной степени.

Таким образом, можно заключить, что предложенный метод, основанный на применении отечественного препарата, является безопасным, приводит к микологическому излечению и клиническому улучшению у значительного процента больных, уменьшает степень микогенной сенсибилизации за счет устранения основных аллергенов, может быть предложен к использованию для лечения онихомикозов у пациентов с хроническими дерматозами и другими ограничениями к системному применению антимикотиков.

Выводы:

Существует необходимость своевременного выявления и лечения сопутствующего микоза у пациентов с псориазом и экземой, однако при данных дерматозах имеются ограничения к применению системных антимикотиков.

Применявшийся способ местного лечения онихомикоза у пациентов с хроническими дерматозами, основанный на сочетании аппаратного удаления измененных частей ногтевых пластинок и применении местного антимикотика, позволял быстро достичь хорошего клинического результата, не сопровождался ухудшением состояния пациентов, осложнением основного кожного заболевания, побочными действиями.

В результате использования способа местного лечения микологическое выздоровление было достигнуто у 43,3% включенных в исследование пациентов, клиническое улучшение состояния ногтевых пластин – у 86,7%.

В ходе применения предложенного метода, вероятно – за счет устранения источника сенсибилизации, в группе пациентов с псориазом и сопутствующим микозом отмечено снижение уровня аллергоспецифического IgE к *Tr. rubrum* (от уровня низкой аллергизации до ее отсутствия), достоверное падение уровней IgE к *A. flavus* и *C. albicans*; в группе пациентов с экземой - снижение уровня аллергоспецифического IgE к *Tr. rubrum* (от уровня умеренной до низкой аллергизации), уровня IgE к *A. fumigatus* (от уровня умерен-

ной до легкой аллергизации), достоверное падение уровней IgE к *A. niger* и *A. flavus*, уменьшение содержания IgE к *C. albicans* от высокого до умеренного уровня.

Литература

1. Барабанов, А.Л. Особенности течения некоторых дерматозов, сочетанных с грибковой инфекцией / А.Л. Барабанов // Медицинская панорама. – 2008. – №11(94). – С. 43-48.
2. Рукавишникова, В.М. Микозы стоп / В.М. Рукавишникова – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва: ЭликсКом, 2003. – 332 с.: ил.
3. Микотическая инфекция и микогенная сенсибилизация у пациентов с псориазом и экземой / Барабанов А.Л. [и др.] // ArsMedica. - № 8(78). – 2013. – С. 88-94.
4. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции. Рук-во для врачей. 2 изд. / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев – М.:Издательство БИНОМ, 2008. – 480 с.:ил.
5. Cutaneous adverse effects associated with terbinafine therapy: 10 case reports and a review of the literature / AK Gupta [et al] // Br. J. Dermatol. – 1998. – № 138 (3). – P. 529-532.
6. Gupta, A.K. Hypersensitivity reaction to terbinafine / A.K. Gupta, J.B. Kopstein, N.H. Shear // J. Am. Acad. Dermatol. – 1997. – № 36 (6 Pt 1). – P. 1018-1019.
7. Terbinafine therapy may be associated with the development of psoriasis de novo or its exacerbation: four case reports and a review of drug-induced psoriasis / A.K. Gupta [et al] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1997. – № 36 (5 Pt 2). – P. 858-862.
8. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич – М.: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
9. Микотическая сенсибилизация с участием IgE у пациентов, страдающих дерматозами с поражением ногтевых пластин / А.В. Русакович [и др.] // Мед. панорама. – № 4 (130). – 2012. – С. 49-54.

■ ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Барцевич И.Г., Путро А.А.
Гродненский государственный медицинский
университет
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель: провести оценку течения псориаза у госпитализированных пациентов. **Материал и методы.** Обследовано 102 пациента с различными формами псориаза. Методы исследования включали: оценку степени тяжести псориаза по индексу PASI. **Результаты.** Тяжесть и распространенность поражения кожи при псориазе ассоциируется с длительностью и тяжестью болезни ($R=0,269$, $p=0006$, а также продолжительностью течения псориаза и возрастом ($R=0,493$, $p<0,001$). Каждый четвертый пациент с псориазом имеет сопутствующую патологию. **Выводы.** Медицинское сопровождение пациентов с псориазом вызывает необходимость проведения мониторинга для улучшения медико-социальной и клинической помощи пациентам, страдающим псориазом.

Ключевые слова: псориаз экссудативный, вульгарный, ладонно-подошвенный, индекс PASI.

THE MAIN TENDENCY OF DEVELOPMENT AND FLOW OF PSORIASIS

Bartsevich I.G., Putro A.A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Aim: to conduct the estimation of psoriasis flow in the hospitalized patients. **Material and methods:** 102 patients with the different forms of psoriasis were examined. Methods of our research included: estimation of severity of psoriasis on the index PASI. **Results:** severity and spreading of skin lesions in patient with psoriasis are associated with duration and stage of disease (of $R=0,269$, $p=0006$, and also with duration of psoriasis and with age (of $R=0,493$, $p<0,001$). Every fourth patient with psoriasis has concomitant pathology. **Conclusions:** Medical

accompaniment of patients with psoriasis causes the necessity of realization of monitoring for the improvement of medico-social and clinical help to the patients with psoriasis.

Key words: psoriasis exudative, vulgaris, palmar-plantar, PASI.

Введение. Проблема псориаза – одна из наиболее актуальных в дерматологии, что связано со значительной распространенностью заболевания, хроническим, зачастую тяжелым течением, несовершенством имеющихся методов лечения, неясностью этиологии и патогенеза. Среди стационарных больных дерматологических отделений на долю псориаза приходится от 6,5% до 22% случаев, а среди всех больных дерматологического профиля – 5% [1]. В проявлении этой болезни играют роль, как врожденная склонность, так и внешние факторы, такие, как кожные травмы, некоторые лекарственные средства, инфекции, психическая нагрузка. Заболевание характеризуется волнообразным течением, чередованием различных по продолжительности периодов ремиссии и обострения болезни. Симптомы болезни можно смягчить, однако в настоящее время псориаз полностью излечить невозможно [2,3,4]. Несмотря на большое количество исследований по изучению псориаза, причина заболевания остается до конца невыясненной. Являясь генетически детерминированным заболеванием, псориаз характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением дифференцировки кератиноцитов, нарушением иммунной системы с образованием иммунозависимых цитокинов и медиаторов, индуцирующих воспалительную реакцию в дерме [2].

В связи с этим способы лечения больных остаются, к сожалению, малоэффективными, что ведет к частым рецидивам заболевания, инвалидизации пациентов социально активного возраста, неуклонному прогрессированию болезни. Современные научные данные указывают на то, что псориаз является иммунозависимым заболеванием с генетической

предрасположенностью к его развитию [5,6].

Цель исследования – изучить на основании результатов клинического исследования пациентов с псориазом особенности и тяжесть течения болезни. Для достижения поставленной цели настоящего исследования сформулированы следующие **задачи**:

- изучить и оценить состояние здоровья пациентов, страдающих псориазом;
- определить частоту и виды сопутствующей псориазу патологии;
- провести сравнительный клинический анализ госпитализированных пациентов в зависимости типа псориаза, тяжести течения болезни, от возрастнo-половых характеристик и исходов лечения.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе стационарного дерматологического отделения областного кожно-венерологического диспансера. Оценка кожного процесса проводилась путем клинического осмотра, а также использования индекса охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Методы исследования включали: оценку степени тяжести псориаза по индексу PASI. Уменьшение индекса PASI на 75% соответствует «значительному улучшению». Максимальный индекс PASI равен 72; легкая, средняя и тяжелая формы псориаза определяются цифрами: от 0 до 10, от 10 до 50, 50 и более [7].

Статистическая обработка материала проводилась на основе сформированной электронной базы данных, полученных в результате исследования, с использованием анализа в системе STATISTICA версия 6,1 посредством программных компьютерных продуктов MS Excel. Взаимосвязь показателей изучали при помощи методов непараметрической статистики с использованием коэффициента корреляции Спирмена (R), критерия ранговых сумм Вилкоксона, U -критерия Манна-Уитни. За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали вероятность безошибочного прогноза равную 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 102 пациента, ле-

чавшихся в стационаре с различными формами псориаза, в том числе мужчин – 60 человек (58,8%), женщин – 42 (41,2%) в возрасте от 16 до 66 лет. Среди пациентов потребителями медицинских услуг по поводу псориаза чаще (в 1,4 раза) являлись лица мужского пола ($p=0,011$). Наиболее представительными были возрастные группы 50-59 лет (25,5%), 40-49 лет (23,5%) и 30-39 лет (20,6%). Лица молодого возраста (до 19 лет) составили 8,8%, что соответствует возрастному составу всего контингента, страдающего псориазом.

Средний возраст пациентов с псориазом составил $39,3 \pm 1,3$ лет, причем у мужчин ($38,3 \pm 1,7$ лет) несколько ниже, чем у женщин ($40,7 \pm 2,2$ лет), $p=0,40$. Продолжительность болезни у исследуемого контингента равнялась $13,6 \pm 1,2$ лет, в том числе у мужчин – $12,4 \pm 1,2$ лет, а у женщин она в 1,2 раза выше и составляла $15,3 \pm 2,2$ лет. Длительность заболевания псориазом колебалась от нескольких месяцев до 54 лет. Как свидетельствуют результаты данного исследования, длительность псориаза варьирует в широких пределах. С манифестацией заболевания обратились 3,9% пациентов, продолжительность течения заболевания до 10 лет отмечена у 51,1% респондентов, от 11 до 20 лет – у 22,5%, от 21 до 30 лет – у 12,7%, а свыше 30 лет – у 9,8%.

Анализ возникновения заболевания псориазом показал, что средний возраст пациентов составил ($25,6 \pm 1,2$ лет) и практически не отличается по половому признаку (мужчины – $25,8 \pm 1,4$ лет, женщины – $25,4 \pm 2,2$ лет, $p=0,43$). Начало заболевания у абсолютного большинства мужчин (98,3%) и женщин (88,1%) приходится на трудоспособный период.

Фактор наследственности один из наиболее значимых в развитии псориазической болезни. Наследственная отягощенность по нашим данным отмечалась у 23,5% пациентов, заболевание чаще передавалось по мужской линии. Практически более чем каждый четвертый пациент указал на наличие псориаза у родственников. В их числе основная доля приходится на родителей (отец – 41,7%,

мать – 20,8%), бабушек и дедушек (16,7%), сестер, братьев и других родственников (20,8%). Среди пациентов с вульгарной формой псориаза наследственность отягощена у каждого третьего (32,3%), экссудативной – у каждого пятого (21,5%), а при ладонно-подошвенной – у 20%.

Проведенное исследование показало, что манифестация псориаза в детском и подростковом возрасте встречалась наиболее часто – в 32,4%, что связано с наличием генетической предрасположенности, очагов хронической инфекции (кариес, тонзиллиты и др.), гормональной перестройки, стрессовых факторов. Из них почти у половины (45,5%) выявлена генетическая наследственность по линии родителей (66,7%, в том числе отец – 40,0%).

Исследуемому контингенту характерно наличие сопутствующей патологии. В частности, псориаз в обособленной форме регистрируется у пациентов (76,5%). Чаще других ему сопутствуют другие болезни кожи (32,4%), болезни системы кровообращения (26,5%), болезни эндокринной системы (11,8%), доброкачественные новообразования (11,7%), болезни органов пищеварения (5,9%) и прочие (11,7%).

Анализ социального статуса потребителей медицинских услуг показал, что исследуемого контингента пациентов с псориазом – работающие (68,7%), в том числе занятых преимущественно умственным трудом (64,3%) в 1,9 раза больше, чем преимущественно физическим трудом (33,7%). Учащиеся и сту-

денты составили 8,8%, пенсионеры – 4,9%, инвалиды – 3,9% и безработные – 13,7%. Каждый одиннадцатый, страдающий псориазом, является пенсионером или инвалидом (8,8%), а это самая уязвимая часть общества, наименее обеспеченная и наиболее нуждающаяся в медицинской помощи ввиду наличия множественной патологии. Степень участия в общественно-полезном труде у мужчин в 1,1 раза выше (70,0%) по сравнению с женщинами (64,2%), $p=0,54$.

По клиническим формам пациенты были разделены на 4 группы. Также учитывался средний возраст госпитализированных, возраст начала и длительность заболевания различными формами псориаза. Экссудативный псориаз диагностирован у 61,8% пациентов, вульгарный – у 30,4%, ладонно-подошвенный – у 4,9%, псориаз эритродермия – у 2,9%. С помощью индекса PASI определен охват и тяжесть проявлений псориаза. Средний индекс PASI при поступлении в стационар по выборке ($n = 102$) составил $19,2 \pm 2,9$. Самый высокий индекс PASI отмечен у пациентов с псориазической эритродермией ($46,1 \pm 5,8$) и у пациентов с экссудативным псориазом – $20,5 \pm 1,3$. После проведенного курса лечения достигнуто статистически значимое снижение тяжести болезни по всем формам с вероятностью $p < 0,05$ при ладонно-подошвенном псориазе и $p < 0,001$ – при остальных типах (таблица 1).

В исследовании анализировалась связь тяжести (индекс PASI до лечения) и длительности течения болезни. Выявлена прямая поло-

Таблица 1 – Характеристика пациентов с псориазом по клиническим признакам

Тип псориаза	Количество, n (%)	Возраст	Длительность	PASI до лечения	PASI после лечения
Экссудативный	63(61,8)	42,4±1,4	16,0±1,4	20,5±1,3*	3,1±0,3*
Вульгарный	31 (30,4)	32,9±1,9	9,3±1,9	16,4±1,8*	2,4±0,4*
Ладонно-подошвенный	5 (4,9)	31,8±7,4	4,3±2,0	4,0±1,1**	1,5±0,7**
Псориазическая эритродермия	3 (2,9)	51,0±7,6	25,0±10,4	46,1±5,8*	7,1±1,2*

Примечание – *отличия между формами достоверны, $p < 0,001$, ** – $p < 0,05$

Таблица 2 – Ранговые корреляции Спирмена

	Количество, n	Спирмена, R	t	p
Длительность псориаза & возраст	102	0,493	5,668	<0,001
Длительность псориаза & ПАСИ до лечения	102	0,269	2,791	0,006
Длительность псориаза & ПАСИ после лечения	102	0,155	1,573	0,119

жительная корреляция между длительностью заболевания и тяжестью болезни ($R=0,269$, $p=0006$), а также продолжительностью течения псориаза и возрастом ($R=0,493$, $p<0,001$), что свидетельствует о более тяжелом течении псориаза при увеличении длительности заболевания и возраста (таблица 2).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что «выраженное клиническое улучшение» после проведенного лечения было достигнуто у 75,5% пациентов, удовлетворительное улучшение – у 20,6% незначительное улучшение – у 2,9% и у 1,0% результат лечения был без видимых улучшений.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты позволяют обозначить следующие закономерности:

основными потребителями медицинских услуг при псориазе являются работающие (68,7%), преимущественно занятые умственным трудом (64,3%) и лица мужского пола (58,8%), $p<0,05$;

наиболее часто манифестация псориаза встречается в детском и подростковом возрасте (32,4%), из них почти у половины (45,5%) выявлена генетическая наследственность по линии родителей (всего 66,7%, в том числе отец – 40,0%);

средний возраст потребителей медицинских услуг при псориазе равен 39,3±1,3 лет, практически не различаясь по полу, $p=0,40$;

каждый четвертый пациент с псориазом имеет сопутствующую патологию, представленную в основном другими болезнями кожи, системы кровообращения, эндокринной системы и доброкачественными новообразованиями;

продолжительность болезни у исследуемого контингента составляет 13,6±1,2 лет, из них у мужчин – 12,4±1,2 лет, а у женщин она

составляет 15,3±2,2 лет;

существует прямая положительная корреляция между длительностью заболевания и тяжестью болезни ($R=0,269$, $p=0006$), а также продолжительностью течения псориаза и возрастом ($R=0,493$, $p<0,001$), что свидетельствует о более тяжелом течении псориаза при увеличении длительности заболевания и возраста;

Таким образом, полученная в ходе исследования информация позволит вносить корректировку в лечебно-диагностический процесс и будет способствовать принятию управленческих решений организациями здравоохранения по улучшению медико-социальной и клинической помощи пациентам, страдающим псориазом.

Список литературы

1. Дурдыева, М.М. Социальные аспекты состояния здоровья больных псориазом / М.М. Дурдыева, В.С. Полуниин // Российский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 5–7.
2. Олисова, О.Ю. Современные подходы к ведению больных псориазом / О.Ю. Олисова // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 12. – С. 182–185.
3. Лукьянов, А.М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии : метод. пособие / А.М. Лукьянов. – Минск: ДокторДизайн, 2011. – 191 с.
4. Efficacy of the 308-nm excimer Laser for treatment of psoriasis: Results of a multi-center study/ S.R. Feldman [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 46, N 6. – P. 900–906.
5. Иммуные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А.А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С.35.

6. Терман, О.А. Полиморфизм RAGE-гена у больных псориазом / О.А. Терман, А.Я. Шульман, Е.Н. Кухарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – №

5. – С.62–65.

7. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М., 2004. – 164 с.

■ ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЕЙ Г. ГРОДНО, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Бедин П.Г., Ляликов С.А., Рукولةва О.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Реферат

Цель: оценить потребность детей с АД в психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. Было обследовано 22 ребёнка, страдающих АД, в 2012 году. Обследование включало клинико-психологическое и экспериментально-психологическое исследование в соответствии общепринятыми правилами. Отбор детей на обследование носил случайный характер.

Результаты и обсуждение. Различные расстройства психики были выявлены у 100% детей. Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54) встречались значительно чаще.

Выводы. Таким образом, наши данные подтверждают высокую нуждаемость детей, страдающих АД, в психотерапевтической помощи, потребность в которой удовлетворяется далеко не полностью.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, психотерапия.

Abstract.

Objective: To assess the needs of children with AD in psychotherapeutic assistance.

Materials and Methods. Were examined 22 children with AD in 2012. The examination included clinical and psychological and experimental psychological research under the standard rules. Selection of children for examination was an accident.

Results and discussion. Various mental disorders were found in 100 % of children. Psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere in the (F54) occurred significantly more often.

Conclusions. Thus, our data confirm the high neediness of children with AD in psychotherapeutic care, the need for which is not completely satisfied.

Keywords: atopic dermatitis, children, psychotherapy.

Введение. По данным Всемирной аллергологической организации, атопический дерматит (АД) является наиболее частым воспалительным заболеванием кожи (до 10 % взрослых и до 30 % детей страдают АД), и заболеваемость им продолжает увеличиваться. Известно, что экономические потери составляет в Великобритании 521 миллион в год. Один случай заболевания АД обходится Германии в сумму 2500 – 4400 в год. Синонимы современного названия страдания – невротическая экзема, нейрогенный дерматоз, конституциональный нейродермит, экзематоидный нейродермит, диффузный нейродермит, генерализованный нейродермит – хотя и не используются в современной научной литературе, однако демонстрируют понимание, что нервно-психические факторы весьма важны в развитии заболевания, что находит своё отражение в обилии работ, посвященных данному вопросу. У пациентов с АД были обнаружены повышенные личностная и ситуационная тревожность, нервно-психическое напряжение, вегетативный дисбаланс с преобладанием в состоянии покоя активности симпатического отдела, депрессия, патологическое развитие личности преимущественно ипохондрического и экспансивного типа, астеническое, тревожно-

фобическое, истерическое расстройство [6,7,3]. Тяжесть кожного процесса коррелирует со степенью выраженности психических нарушений. В СССР, в связи с популярностью учения И.П. Павлова, именно нейрогенная теория этиопатогенеза была общепризнанной, что находило отражение в терапевтической концепции. Хотя на нынешнем этапе аллергическая теория развития АД является доминирующей, существуют современные работы, посвящённые нейрогенной теории этиопатогенеза дерматоза [4]. По данным литературы до 50% случаев атопического дерматита не имеют в своём генезе механизма атопии [1]. Описаны случаи возникновения АД у детей после трансплантации сердца на фоне приема циклоспорина, что, вероятно, свидетельствует о существенности вклада в генез заболевания нервно-психических расстройств [2].

Цель работы: оценить потребность детей с АД в психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. Нами было обследовано 22 ребёнка, страдающих АД, находившихся на лечении в 6 отделении УЗ «ГОДКБ» в 2012 году. Из них 9 было дошкольного, 8 – младшего и среднего школьного 5 – старшего школьного возраста. Обследование включало клинико-психологическое и экспериментально-психологическое исследование в соответствии общепринятыми правилами [5]. Отбор детей на обследование носил случайный характер.

Результаты и обсуждение. В результате обследования различные расстройства психики были выявлены у 100% детей, причем 6 из них имели по 2 расстройства. Были диагностированы:

- у 2-х пациентов (9,0%) – лёгкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.70);
- у одного пациента (4,5%) – расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция (F43.20);
- у одного пациента (4,5%) – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с преимущественным поражением сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30);

- у одного пациента (4,5%) – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с преимущественным поражением дыхательной системы (F45.33);
- у одного пациента (4,5%) – бессонница (F51.0);
- у 11-и пациентов (50%) – психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54);
- у 2-х пациентов (9,0%) – гиперкинетическое расстройство в виде нарушения активности и внимания (F90.0);
- у одного пациента (4,5%) – гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1);
- у 4-х пациентов (18,1%) – фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1);
- у 3-х пациентов (13,6%) – другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F98.8).

Следует отметить, что психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54) значительно чаще встречались, чем любое другое расстройство ($p < 0,05$). Эта рубрика используется для кодирования имеющихся психологических и поведенческих факторов, рассматривающихся как основная этиологическая причина соматических расстройств, которые могут быть отнесены к другим классам болезней. Эти проистекающие психические нарушения обычно слабо выражены и часто устойчивы (например, волнение, эмоциональный конфликт, мрачные предчувствия) и сами по себе не позволяют использовать какую-либо другую рубрику класса.

При анализе социально-психологической ситуации развития обследуемых было выявлено, что: При анализе социально-психологической ситуации развития обследуемых было выявлено, что:

- 10 детей (45,5%) воспитываются в неполных семьях;
- в семьях 6 детей (27,3%) конфликтные отношения между родителями;
- у 7 детей (31,8%) конфликтные отношения

- с родителями;
- в 3 случаях (13,6%) имеет место неадекватность заботы и контроля со стороны родителей;
- 5 детей (22,7%) подвержены излишней опеке со стороны родителей;
- в 2-х случаях (9,1%) отмечалось неприемлемое давление со стороны родителей;
- 5 детей (22,7%) плохо адаптированы к учебному процессу, имеют конфликты с учителями и соучениками;

У 9 детей (40,9%) отмечалось сочетание нескольких из вышеперечисленных факторов. Полученные результаты свидетельствуют о повышенной нуждаемости пациентов, страдающих АД, в консультативной и терапевтической помощи специалистов службы охраны психического здоровья. Из 86 детей, страдающих АД и пролеченных в 2012 году в УЗ «ГОДКБ», психотерапевтическая и психофармакотерапевтическая помощь была оказана лишь 22 (25,6%).

Выводы. Таким образом, наши данные подтверждают высокую нуждаемость детей, страдающих АД, в психотерапевтической помощи, потребность в которой удовлетворяется далеко не полностью.

Литература

1. Low prevalence of the intrinsic form of atopic dermatitis among adult patients / R Folster-Holst [et al.] // *Allergy*. – 2006. – Vol. 61. – P. 629-632.
2. Manifestation of atopic eczema in children after heart transplantation in the first year of life / V. Niemeier [et al.] // *Pediatr. Dermatol.* – 2005. – Vol. 22, № 2. – P. 102-108.
3. Вашадзе, Ш. Иммунонейроаллергическая болезнь и депрессия / Ш. Вашадзе, Л. Беридзе, Н. Зосидзе // *Аллергология и иммунология*. – 2012. – Т. 13, № 3. – С. 223-225.
4. Гилер, У. Атопический дерматит – нейрогенная воспалительная реакция? / У. Гилер [и др.] // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2006. – № 4. – С. 46-52.
5. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами : прил. к приказу М-ва здравоохранения Республики Беларусь 31.10.2010 № 1387 // Режим доступа http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirmary/protololy_lechenia/protokoly_2010. - Дата доступа : 13.05.2013.
6. Львов, А.Н. Психогенная провокация при атопическом дерматите: психосоматические параллели / А.Н. Львов, А.В. Миченко, О.Л. Иванов // *Альманах клинической медицины*. – 2007. - № 15. – С. 213-215.
7. Смулевич, А.Б. Психодерматологические расстройства / А.Б. Смулевич [и др.] // *Дерматовенерология. Национальное руководство*. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.

■ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Белугина И.Н., Жукова Т.В.* , Яговдик Н.З.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Реферат

Исследование психологических особенностей пациентов с псориазом с целью последующей коррекции имеет значение для проведения адекватной эффективной терапии.

Целью исследования явилось определение уровня ситуативной и личностной тревожности пациентов, а также выявление структуры высокого уровня тревожности.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование пациентов при помощи интегративного теста тревожности (ИТТ)

Результаты. Установлено, что уровень личностной тревожности у пациентов с псориазом достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$).

У больных псориазом с поражением кожи и суставов уровень личностной тревожности достоверно выше ($p < 0,05$), чем у лиц только с поражением кожи.

Выводы Коррекция эмоционального фона пациентов будет способствовать повышению результатов лечения и улучшит качество жизни лиц с данной патологией.

Ключевые слова: псориаз, уровень тревожности, качество жизни

Anxiety level study in patients suffering from psoriasis

Bialuhina I., Zhukava T.* , Yagovdik N.

Belarus State Medical University, Minsk, Belarus

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Abstract

Study of the psychological characteristics of

patients with psoriasis for the purpose of correction is set to conduct an adequate effective therapy.

The aim of the study was to determine the level of situational and personal anxiety of patients and to identify high-level structure of anxiety.

Materials and methods .We examined patients using integrative anxiety test (IAT).

Results.The level of personal anxiety in patients with psoriasis was significantly higher than in healthy individuals ($p < 0.05$). In patients with psoriatic skin lesions and joint level of trait anxiety was significantly higher ($p < 0.05$) than in those with only skin involvement.

Conclusions.Correction emotional background of patients will improve the results of treatment and improve the quality of life for people with this disorder.

Keywords: psoriasis, anxiety, quality of life

Введение. Проблема тревоги и тревожности занимает особое место в современных научных исследованиях. С одной стороны, это «центральная проблема современной цивилизации», важнейшая характеристика нашего времени, с другой — это психическое состояние, вызываемое специальными условиями эксперимента или ситуации [2]. Тревожность — это склонность человека к переживанию состояния тревоги.

Иногда тревога является естественной, адекватной, полезной. Каждый человек чувствует тревогу, беспокойство или напряжение в определенных ситуациях, особенно, если он должен сделать что-то необычное или подготовиться к этому. Нормальная тревожность сопровождает переживания индивида на протяжении всей его жизни и если потенциально формирующие тревожность переживания преодолены успешно, то это ведет к большей независимости и к восстановлению новых уровней отношений с другими людьми.

В других случаях тревога является естественной, патологической, неадекватной, вредной. Она становится хронической, постоянной и начинает появляться не только

в стрессовых ситуациях, но и без видимых причин. Тогда тревога не только не помогает человеку, но, наоборот, начинает мешать ему в его повседневной деятельности [2, 3, 6].

В настоящее время выделяются два типа источников устойчивой тревожности, это и длительная внешняя стрессовая ситуация, возникшая в результате частого переживания состояний тревоги, и внутренние психологические или психофизиологические причины. Все эти феномены проявляются по-разному, в зависимости от стабильности психического состояния [2, 1].

Причины, вызывающие тревожность и влияющие на изменение ее уровня, очень разнообразны и могут лежать во всех сферах жизнедеятельности человека. [2, 4, 5, 6].

В последние годы существенно вырос интерес клиницистов к исследованию психического состояния больных при хронических заболеваниях. Это обусловлено тем, что особенности личности и ситуации эмоционального стресса оказывают заметное влияние на генез и течение хронических заболеваний. Человек, постоянно страдающий хронической патологией, поневоле приобретает невротические черты, так как это способствует неустойчивости психики пациента.

Псориаз относится к хроническим дерматозам. Его распространенность среди населения составляет от 0,5 до 4% [7]. Исследование психологических особенностей пациентов с псориазом с целью коррекции всех имеющихся изменений имеет значение для проведения адекватной и эффективной терапии.

Целью исследования явилось определение уровня ситуативной и личностной тревожности пациентов с псориазом, а также выявление структуры высокого уровня тревожности.

Материалы и методы. Нами обследовано 44 пациента с псориазом при помощи интегративного теста тревожности (ИТТ) [1]. Группу контроля составили 30 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Данная оригинальная методика (1997) использовалась для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (переменной) и тревожности как личностно-типологической ха-

рактеристики. Интегративность (многомерность) теста позволила раскрыть содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита.

Статистический анализ проводился с использованием программ STATISTICA 6, Microsoft Excel, Biostat. В качестве параметрических показателей использовались выборочная средняя (\bar{X}), стандартное отклонение (σ), значения признака, вероятность справедливости нулевой гипотезы (P), критерий Стьюдента (t). Для несимметричных вариационных рядов рассчитывался критерий χ^2 . Для изучения направления и тесноты связей между исследованными параметрами проводилось определение коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено, что распространенная форма псориаза с поражением кожи диагностирована у 88,6% (39 чел.), ограниченная у 11,4%(5 чел.). У 13,6%(6 чел.) поражения кожи сочетались с поражением суставов, у 25% (11 чел) выявлено поражение ногтей, у 11,4%(5 чел.) патологический процесс локализовался на открытых участках тела (веки, тыл кистей). Прогрессирующая стадия заболевания диагностирована у 43,2% (19 чел.), стационарная у 56,8%(25 чел.). Сезонное обострение заболевания наблюдалось у 61,4% (27 чел.) пациентов. Из них псориаз обострялся зимой – у 44,4% (12 чел), летом у 7,4% (2 чел.), весной у 11,1% (3 чел.), осенью у 18,5% (5 чел.), весной и осенью у 18,5% (5 чел.), 11.1% (3 чел.) в связи с небольшим сроком заболевания не смогли выявить эту зависимость. Продолжительность заболевания псориазом составила: до 5 лет у 27,3%(12 чел), 5 - 10 лет у 18,2% (8 чел.), 11- 30 лет у 43,2% (19 чел.), более 30 лет у 11,4%(5 чел).

Наличие псориаза у родственников различной степени родства выявлено у 38,6% (17 чел.) человек. Из них по линии матери 53%(9 чел.), по линии отца 23,5% (4 чел.), 23,5% (4 чел.) имеют родных братьев и сестёр с данным диагнозом. Причем в некото-

Таблица 2

Структура высокого уровня тревожности у пациентов с псориазом

Шкалы	Станайны							P
	СТ-С			P	СТ-Л			
	муж	жен	Контр.		муж	жен	Контр.	
ЭД	7,8±1,9	7,3±2,1	5,1±1,6	<0,05	7,5±1,9	7,6±1,7	7,1±1,8	<0,05
АСТ	7,6±2,2	7,5±2,2	4,2±1,7	<0,001	7,9±2,3	7,8±1,3	7,0±1,6	<0,001
Ф ОБ	6,5±1,8	4,13±2,4	4,2±1,4	<0,01	6,3±1,3	5,8±2,5	5,9±1,6	<0,01
ОП	5,7±2,3	7,13±2,7	4,9±2,0	>0,05	5,4±2,1	7,8±2,1	7,0±1,4	>0,05
СЗ	5,8±2,2	4,2±1,3	4,2±1,5	<0,05	6,8±1,9	5,9±1,6	6,8±1,3	<0,05

рых случаях заболевание проявлялось, раньше у сибсов, чем у пробандов. При изучении вероятных триггерных факторов появления первых псориазических высыпаний у 61,4% (27 чел.) фактором, спровоцировавшим заболевание, явился стресс и психоэмоциональное напряжение, у 6,8% (3чел.) - перенесённые инфекции, у 4,5%(2 чел.) прием алкоголя, у 4,5% (2 чел.) - роды, 22,7% (10 чел.) не смогли указать предполагаемый фактор. Заболевание дебютировало у наблюдавшихся больных с поражения волосистой части головы у 38,6%(17 чел.), разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов у 43,2% (19 чел) на конечностях, туловища у 18,2%(8 чел).

Обострение и рецидив заболевания сопровождался зудом кожи у 56,8%(22 чел.), тогда как во время дебюта дерматоза зуд отмечался у 75% (33 чел.) пациентов.

40,9% (18 чел.) пациентов указали на нарушение сна, что проявлялось в трудности засыпания, пробуждении ночью, что в свою очередь способствовало сонливости в дневное время, слабой концентрации внимания, нарушению памяти, состоянию тревожности. Сопутствующая патология выявлена у 39,5%

больных. Патология желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, гастродуодениты, колиты), печени и желчевыводящих путей установлена у 11 больных, сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, СВД сердечно-сосудистой системы) у 5, органов дыхания у 1, сахарный диабет – у 1, нервной системы – у 2 человек. Перечисленная сопутствующая соматическая патология значительно чаще наблюдалась у больных в возрасте после 50 лет.

При оценки параметров уровня тревожности выявлено, что высокий уровень ситуативной тревоги в контрольной группе составил 16,7% ($p < 0,05$), а высокий уровень личностной тревожности – у 20,0%. Разницы между возрастом и полом не обнаружено. У пациентов с псориазом высокий уровень ситуативной тревожности составил 27,3%, высокий уровень личностной тревожности – у 68,2%. Среднестатистические показатели СТ-С (ситуативной тревожности) и СТ-Л (личностной тревожности) у больных псориазом ($7,1 \pm 2,1$ и $7,1 \pm 1,6$ соответственно), были достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Для уточнения структуры тревожности

были выделены группы с высоким показателем тревожности. Из приведенных данных следует, что в структуре как ситуативной, так и личностной тревожности у пациентов с псориазом преобладают эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($p < 0,05$), астенический компонент (АСТ) ($p < 0,001$), тревожная оценка перспектив (ОП) ($p < 0,05$).

При этом в структуре как ситуативной, так и личностной тревожности у мужчин преобладают эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($p < 0,05$), выраженный астенический компонент (АСТ) ($p < 0,001$). В структуре как ситуативной, так и личностной тревожности у женщин преобладают тревожная оценка перспектив (ОП) ($p < 0,05$), эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($p < 0,05$), выраженный астенический компонент (АСТ) ($p < 0,05$). Данные представлены в таблице 2.

Кроме того, выявлена корреляционная связь у пациентов с псориазом между уровнем личностной тревожности и наличием сопутствующей патологии ($r_s = 0,72$, $p < 0,05$).

При исследовании уровня тревожности отдельно в группе пациентов, страдающих артритом, разниц в уровне тревожности между полом и возрастом не обнаружено. В этой группе высокий уровень личностной тревожности составил 61,5%, в структуре личностной тревожности преобладали выраженный астенический компонент (АСТ) ($p < 0,001$), тревожная оценка перспектив (ОП) ($p < 0,05$), эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($p < 0,05$), фобический компонент (ФОБ) ($p < 0,001$).

Выводы: 1. Установлено, что уровень личностной тревожности у пациентов с псориазом достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$).

2. У больных псориазом с поражением кожи и суставов уровень личностной тревожности достоверно выше ($p < 0,05$), чем у лиц только с поражением кожи.

3. Для пациентов с псориазом характерно преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, быстрой утомляемости, в картине эмоционального фона этих больных преобладают ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. У женщин, больных псориа-

зом прослеживается общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

4. Выявлена корреляционная связь у пациентов с псориазом между уровнем личностной тревожности и наличием сопутствующей соматической патологии ($r_s = 0,72$, $p < 0,05$).

5. У лиц, страдающих псориазом кожи и суставов, в структуре тревожности отмечается еще и проекция страхов не на текущее положение вещей, а на перспективу.

6. Коррекция эмоционального фона пациентов будет способствовать повышению результатов лечения и улучшит качество жизни у лиц с данной патологией.

Литература

1. Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Тревога и тревожность. – СПб.: Питер, 2001. – С. 156 – 165.
2. Брычева, Н.В. Профессиональная адаптация больных и инвалидов ортопедо-травматологического профиля: пособие для врачей / Н.В. Брычева. – Н. Новгород: Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, 2000. - 19 с.
3. Немов, Р.С. Психология: в 3 кн. / Р.С. Немов. – 4-е изд. – Москва: ВЛАДОС, 2003. - Кн. 3: Психодиагностика, Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 640 с.)
4. Шашок, В.Н. Общая психодиагностика: Диагностика базовых свойств и состояний личности: Практикум / В.Н. Шашок, Н.В. Смирнова. – Минск: БГПУ, 2003. – 60 с.
5. Coleman, P.G. Personality, health and ageing / P.G. Coleman // J. Roy. Soc. Med. - 1997. - 90, Suppl. - № 32. - P. 27-33.
6. El-Nagger, A.M. Physical training effect on relationship of physical, mental, and emotional fitness in adult men / A.M. El-Nagger // J. Hum. Ergol. - 2006. - 15. - № 1. - P. 79-84.
7. Socio - psychological peculiarities of personality in patients with psoriasis // World J.Biol. Psychiatry.- 2001, Vol. Suppl 1.-S. 369-370.

■ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИПИДНОЙ И ФОСФОЛИПИДНОЙ КОМПОНЕНТОВ МЕМБРАН ЛИМФОЦИТОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D

Бекирова Э.Ю.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», аспирант кафедры кожных и венерических болезней, г.Симферополь, Российская Федерация

Введение. Липидные компоненты являются чувствительными индикаторами патологического процесса. Изменения соотношения структурных компонентов клеточных мембран, переключение энергетического метаболизма с преимущественного расщепления углеводов на липиды, модификация транспортных форм липопротеидов являются важной патогенетической "составляющей" при широком спектре заболеваний [4].

Известно, что многие факторы (например, инфекция) являются пусковым моментом активации перекисного окисления липидов, накопления агрессивных медиаторов, лежащих в основе дезорганизации молекулярных механизмов многих физиологических и биохимических процессов [4, 5]. Важнейшим фактором, определяющим скорость свободнорадикального окисления липидов, изменения активности антиоксидантной системы, активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза является структура клеточных мембран [1]. В свою очередь, нарушение структуры клеточных мембран играет важную роль при развитии и хронизации воспалительного процесса любой локализации [7]. Согласно общепризнанной научной концепции "биохимической адаптации", перестройка в обмене липидов на уровне клеточных мембран, является "последней линией защиты", вслед за которой наступают клинически значимые реакции [2].

В очаге воспаления структурные антиоксиданты, к которым, в частности, относится холестерин клеточных мембран (который

располагается вместе с фосфолипидами), затрудняют доступ компонентов окислительной реакции друг к другу, что гасит потенциал окислительной реакции и, таким образом, препятствует хронизации воспаления [2]. Еще одним важным структурным компонентом биомембран являются фосфолипиды, в группу которых входят фосфатидилхолин, фосфатидилсерин, фосфатидилэтаноламин, полиглицерофосфатиды, лизофосфатидилхолин. Из перечисленных моноглицерофосфатидов на такой важный компонент антиоксидантной системы, как фосфатидилхолин приходится 20-22 %. При этом холестерин и фосфолипиды осуществляют адаптацию клеток за счет изменения соотношения между ними и качественного состава моноглицерофосфатидов клеточных мембран [3]. Фосфатидилхолин является ингибитором перекисного окисления липидов, а снижение количества фосфатидилхолина свидетельствует об истощении антиоксидантной защиты в клетках различного гистотипа [2]. Лабораторные методы оценки основных нарушений метаболизма на уровне клеточной мембраны имеют большую патофизиологическую значимость и могут использоваться для оценки эффективности проводимых терапевтических мероприятий [3].

Основной целью исследования явилось научное обоснование целесообразности использования и оценка клинической эффективности сочетанного применения УФ-радиации и заместительной терапии витамином D больных псориазом с дефицитом витамина D для коррекции дисбаланса иммунного гомеостаза. В рамках указанной цели в статье представлены результаты исследования у подобных больных особенностей дезорганизации липидной и фосфолипидной компоненты мембран лимфоцитов и их динамика под влиянием витамина D.

Материалы и методы. Под наблюдением состояли 54 больной кожными формами псориаза – жителями Крымского региона. Исследование проводилось в осенне-зимний период (октябрь-февраль). 1-ю

группу составили 14 больных псориазом с физиологическим уровнем $25(\text{OH})\text{D}_3 - > 40$ нг/мл, 2-ю группу – 16 больных псориазом с D-дефицитом – $25(\text{OH})\text{D}_3 < 10$ нг/мл. Контролем служили 10 здоровых донора в соответствующем возрастном диапазоне (здоровые лица).

Определение содержания липидных фракций в клеточных мембранах проводили методом тонкослойной хроматографии на пластинах "Silufol" UV-254 (Чехия) по Folch J. и соавт.

[6] в модификации Кобозева Г.В. и соавт. [2]. Мембраны лимфоцитов выделяли по методу Кобозева Г.В. и соавт. [2]. Исследование влияния витамина D (использовался химический аналог $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3 - 24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ (Sigma-Aldrich, США), растворенный в этаноле) на липидную и фосфолипидную компонентов мембран лимфоцитов проводилось путем преинкубации клеток с физиологической концентрацией витамина.

Результаты и их обсуждение. Результаты

Таблица 1

Динамика содержания холестерина, сфингомиелина, фосфатидилэтаноламина (кефалина) и фосфатидилхолина (лецитина) в мембранах лимфоцитов у больных 1-й и 2-й групп под влиянием преинкубации крови с витамином D ($24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$) при поступлении, %

Группы	Этапы эксперимента	Стат. показ.	Холестерин	Сфингомиелин	Кефалин	Лецитин
1-я группа (больные псориазом с физиологическим уровнем $25(\text{OH})\text{D}_3 - > 40$ нг/мл)	Опыт 1 (определение компоненты в мембранах клеток)	$M \pm m$ n p	$26,7 \pm 0,6$ 14 < 0,001	$14,5 \pm 0,6$ 14 < 0,01	$31,9 \pm 0,9$ 14 < 0,05	$38,2 \pm 1,2$ 14 < 0,5
	Опыт 2 (преинкубация крови с $24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ определение компоненты в мембранах клеток)	$M \pm m$ n p p_1	$23,5 \pm 0,7$ 14 < 0,5 < 0,01	$15,8 \pm 0,5$ 14 < 0,05 < 0,2	$32,3 \pm 1,0$ 14 < 0,1 > 0,5	$38,7 \pm 1,1$ 14 < 0,5 > 0,5
2-я группа (больные псориазом с D-дефицитом – $25(\text{OH})\text{D}_3 < 10$ нг/мл)	Опыт 1 (определение компоненты в мембранах клеток)	$M \pm m$ n p p_1 p_2	$38,7 \pm 1,2$ 16 < 0,001 – < 0,001	$9,3 \pm 0,5$ 16 < 0,001 – < 0,001	$23,5 \pm 0,8$ 16 < 0,001 – < 0,001	$32,0 \pm 0,9$ 16 < 0,001 – < 0,001
	Опыт 2 (преинкубация крови с $24,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ определение компоненты в мембранах клеток)	$M \pm m$ n p p_1 p_2	$29,0 \pm 1,1$ 16 < 0,001 < 0,001 < 0,001	$12,3 \pm 0,7$ 16 < 0,001 < 0,001 < 0,001	$25,0 \pm 0,9$ 16 < 0,001 < 0,5 < 0,001	$34,6 \pm 1,1$ 16 < 0,01 < 0,1 < 0,02
Здоровые люди	Определение компоненты в мембранах клеток	$M \pm m$ n	$22,3 \pm 0,8$ 10	$17,6 \pm 0,6$ 10	$35,2 \pm 1,1$ 10	$40,4 \pm 1,3$ 10

Примечание: p – достоверность различий в сравнении с показателем в группе здоровых лиц, p_1 – достоверность различий в сравнении с показателем в опыте 1 в той же группе больных, p_2 – достоверность различий в сравнении с показателем у больных 1-й группы в соответствующем опыте.

исследования липидной и фосфолипидной компонентов мембран лимфоцитов у больных 1-й и 2-й групп под влиянием преинкубации крови с витамином D представлены в табл.

Нами установлено, что липидный состав мембран лимфоцитов у больных псориазом характеризуется достоверным возрастанием содержания холестерина (опыт 1) не только у больных с D-дефицитом (на 73,5 %, p_1 и $p_2 < 0,001$), но и у больных псориазом с физиологическим уровнем $25(OH)D_3$ (на 19,7 %, $p < 0,001$). Указанные факты свидетельствуют об увеличении жесткости мембран, что формирует условия для нарушения функциональной активности мембранных ферментных систем и, как следствие, развития иммунного дисбаланса в целом. Выявлено также модулирующее влияние преинкубации крови с витамином D ($24,25(OH)_2D_3$) на содержания холестерина в мембранах лимфоцитов: исследованный показатель в опыте 2 снижается у больных 1-й и 2-й групп соответственно на 12,0 % ($p_1 < 0,01$) и на 25,1 % ($p_1 < 0,001$).

Содержание в мембранах лимфоцитов сфингомиелина у больных 1-й и 2-й групп снижено соответственно на 17,6 % ($p < 0,01$) и на 47,2 % ($p - p_2 < 0,001$). Таким образом, наличие D-дефицита у больных псориазом характеризуется нарастанием дисбаланса сфинголипидов в мембранах лимфоцитов, что может свидетельствовать о нарушении фосфатидилинозитольного цикла в T-лимфоцитах, который является одним из этапов активации лимфоцитов в ходе иммунного ответа и может быть одной из причин, способствующих его нарушению [1]. Установлено также, что под влиянием преинкубации крови с витамином D исследованный показатель у больных 1-й группы существенно не меняется, а у больных 2-й группы – возрастает на 32,3 % ($p_1 < 0,001$).

При осмыслении этих фактов нами учитывалось, что сфингомиелин (как и другие сфинголипиды) вместе с холестерином составляют основу специфических мембранных доменов, играющих важнейшую роль в механизмах передачи сигналов к клетке [2, 3]. Так, сфингомиелин через активацию эндотелиальной NO-синтазы участвует в регуляции образования NO, которое приво-

дит к зависимой от эндотелия вазорелаксации. Доказано, что сфинголипиды могут усиливать воздействие некоторых внеклеточных эфакторов и участвовать в сигнальных процессах, инициированных провоспалительными цитокинами и факторами роста, которые играют ключевую роль в ангиогенезе и в развитии сосудистой патологии. Так, установлено, что воздействие TNF- α , IL-1 и 2 вызывает в клетках эндотелия, гладкомышечных клетках и тромбоцитах генерацию производных сфинголипидов [1, 2, 3].

Одним из наиболее подробно изученных процессов с участием сфинголипидной регуляции клеточного сигнала является апоптоз, индуцированный TNF- α . Так, сформулирована научная концепция сфинголипид-опосредованного ("сфинголипидного сигналинга") взаимодействия TNF- α и TNF-рецептора клеточной мембраны в процессе апоптоза при воспалительных процессах [3, 4].

Содержание фосфатидилэтаноламина (кефалина) в мембранах лимфоцитов у больных 1-й группы статистически значимо снижено на 9,4 % ($p < 0,05$), а у больных 2-й группы – статистически значимо ниже (на 26,3 %, $p_2 < 0,001$), чем у больных 1-й группы. Указанные факты свидетельствуют, что дисбаланс фосфатидилэтаноламиновой фракции фосфолипидов в мембранах лимфоцитов у больных псориазом статистически значимо нарастает при развитии дефицита витамина D. Достоверного влияния преинкубации крови с витамином D на исследованный показатель у больных псориазом нами не выявлено.

У больных 1-й группы содержание фосфатидилхолина (лецитина) в мембранах лимфоцитов не выходит за пределы диапазона его физиологических колебаний. У больных 2-й группы выявлено снижение содержания фосфатидилхолина (лецитина) в мембранах лимфоцитов на 20,8 % ($p < 0,01$, $p_2 < 0,02$). Существенной динамики исследованного показателя под влиянием преинкубации лимфоцитов с витамином D нами не выявлено.

Выводы. Липидный состав мембран лимфоцитов у больных псориазом с дефицитом витамина D характеризуется более значимым возрастанием содержания холестерина (в сравнении с подобными больными с физиологическим уровнем витамина в системном

кровотоке), а также нарушением фосфолипидного спектра – снижением нейтральной категории фосфолипидов – фосфатидилхолина и сфингомиелина, также фосфатидилэтанолamina (кефалина), что формирует условия для нарушения функциональной активности мембранных ферментных систем и, как следствие, развития иммунного дисбаланса в целом.

Нарастание дисбаланса сфинголипидов в мембранах лимфоцитов у больных псориазом с D-дефицитом может свидетельствовать о нарушении фосфатидилинозитольного цикла в Т-лимфоцитах, который является одним из этапов активации лимфоцитов в ходе иммунного ответа и может быть одной из причин, способствующих его нарушению [10].

Литература

1. Бергельсон Л.Д. Мембраны, молекулы, клетки / Л.Д.Бергельсон. - Наука, Москва, - 1996. –211 с.
2. Дятловская Э.В. Липиды как биоэффекторы / Э.В.Дятловская, В.В.Безуглов. - Биохимия. - 1998. - Т. 67, вып. 1. - С.3 - 6.
3. Курашвили Л.В. Липидный обмен при неотложных состояниях / Л.В.Курашвили, В.Г.Васильков. – Пенза, 2003. – 198 с.
4. Молекулярные нарушения мембраны эритроцитов при патологии разного генеза являются типовой реакцией организма: контуры проблемы / [Новицкий В.В., Рязанцева Н.В., Степовая Е.А. и др.] - Бюл. Сибирской медицины. - 2006. - № 2. - С. 62-67.
5. Определение состава фосфолипидов клеточных мембран у велосипедистов-стайеров / Г.В.Кобозев, Л.Г.Сафронова, А.Г.Сорокина, Н.В.Толкачева. - Теория и практика физ. культуры. - 1989. - № 10. - С. 57-59.
6. Островая Т.В. Церебропротекция в аспекте доказательной медицины / Т.В.Островая, В.И.Черный. - Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 2(9). – С. 48 - 52.
7. Assman G. Lipid metabolism and

atherosclerosis / G.Assman. - Stuttgart: Schattauer Verlag, - 1999. - p.34.

Особенности дезорганизации липидной и фосфолипидной компонентов мембран лимфоцитов при сочетанном течении псориаза и дефицита витамина D

Бекирова Э.Ю.

У больных псориазом с дефицитом витамина D изучены особенности дезорганизации липидной и фосфолипидной компонентjд мембран лимфоцитов. Установлено, что липидный состав мембран лимфоцитов у больных псориазом с дефицитом витамина D характеризуется более значимым возрастанием содержания холестерина (в сравнении с подобными больными с физиологическим уровнем витамина в системном кровотоке), а также нарушением фосфолипидного спектра – снижением нейтральной категории фосфолипидов – фосфатидилхолина и сфингомиелина, также фосфатидилэтанолamina (кефалина), что формирует условия для нарушения функциональной активности мембранных ферментных систем и, как следствие, развития иммунного дисбаланса в целом.

Ключевые слова: мембраны лимфоцитов, холестерин, фосфатидилхолин, сфингомиелин, фосфатидилэтанолamin, псориаз, дефицит витамина D.

Features disorganization of lipid and phospholipid membrane components noy combines lymphocyte - nom psoriasis and vitamin d deficiency

Bekirova E. Y.

In psoriasis patients with vitamin D deficiency were studied especially des organizations lipid and phospholipid membranes komponentjд lymphocytes. Found that the lipid composition of membranes of lymphocytes in patients with psoriasis with vitamin D deficiency is characterized by a significant increase of the content of cholesterol (compared with similar patients with physiological levels of vitamin in the systemic circulation) , as well as a violation of phospholipid spectrum - a decrease of neutral phospholipids category - dilholina phosphatidylocholine and sphingomyelin , phosphatidylethanolamine

and (kephaline), which creates the conditions for disorders in functional activity of membrane enzyme systems and , as a consequence, development of an immune imbalance altogether.

Keywords: membrane lymphocytes, cholesterol, phosphatidylcholine, sphingomyelin, phosphatidylethanolamine, psoriasis, a deficiency of vitamin D.

■ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В МОНИТОРИНГЕ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Белявская А.А., Торшина И.Е.,
Рафальский В.В., Пересецкая О.В.
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, г. Смоленск, Россия

Резюме. В статье представлены результаты хемилюминесценции в качестве метода динамического изучения перекисных процессов, происходящих в сыворотке крови у больных псориазом в ходе стационарного лечения. Обследовано 84 пациента с вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 60 лет на 1-е, 7-е и 14-е сутки пребывания в стационаре. Контрольную группу составили 26 здоровых доноров. Полученные данные показали постепенное восстановление антиоксидантной защиты организма и нормализацию прооксидантной системы на фоне применения препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами. Показано, что исследование хемилюминесценции сыворотки крови может быть использовано как экспресс-метод мониторинга действия антиоксидантов в терапии псориаза.

Ключевые слова: хемилюминесценция, хемилюминограмма, перекисное окисление липидов, псориаз, антиоксиданты

The meaning of plasma lipid peroxidation and antioxidative plasma protection in monitoring of psoriasis treatment

Anastasia A. Belyavskaya, Irina E. Torshina,
Vladimir V. Rafalskiy,
Olga V. Peresetskaya
Smolensk State Medical Academy, Smolensk,
Russia

Summary. Chemiluminescence of plasma lipid peroxidation was observed in 84 patients with psoriasis vulgaris during the treatment at the hospital (1st, 7th, 14th days). Control group was 26 blood donors. All patients were prescribed medicines with antioxidating properties. The results have shown the gradual restoration of antioxidative plasma protection. Thus chemiluminescence of plasma lipid peroxidation could be used as quick test of antioxidants assessment.

Key words: chemiluminescence, chemiluminoграмм, plasma lipid peroxidation, psoriasis, antioxidants

Введение. Кардинальное повышение качества оказания дерматологической помощи требует дальнейшего совершенствования методов диагностики кожных заболеваний.

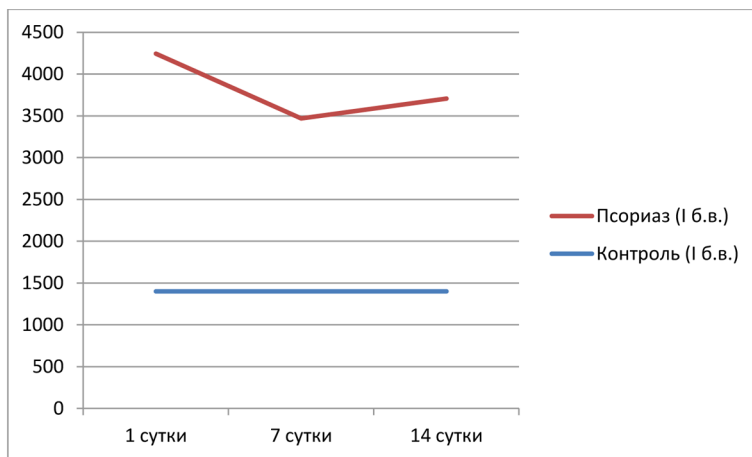
В последние годы особое значение приобретает изучение молекулярных механизмов наиболее ранних, неспецифических патологических реакций, которые предшествуют и являются основой развития многих заболеваний [1].

По данным ряда исследований известно значение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), дисбаланса между процессами окислительной деструкции биомолекул и активностью защитных антиоксидантных систем организма в развитии таких хронических дерматозов, как псориаз.

Среди существующих методов определения перекисной активности биологических жидкостей метод хемилюминесценции (ХЛ) занимает одно из ведущих мест.

Если методы определения первичных, промежуточных или вторичных продуктов ПОЛ регистрируют уже существующий уровень окисления липидов, то ХЛ (в присутствии ионов железа) свидетельствует о способно-

Рис. 1
Средние показатели интенсивности быстрой вспышки (отн. ед.)



сти липидов к перекислению и позволяет непосредственно контролировать кинетику реакции. Доказательством связи свободно-радикального окисления (СРО) с хемилюминесценцией (ХЛ) служит параллелизм между накоплением метаболитов и продуктов СРО и перекисного окисления и интенсивностью сверхслабого свечения [2]. Интегральным показателем состояния СРО в биологических жидкостях может служить общая антиокислительная активность.

Цель исследования. Динамическое изучение перекисной активности сыворотки крови пациентов с псориазом, получающих стандартное лечение в условиях дерматологического стационара НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД».

Материалы и методы. Исследовали 84 пациента с вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 60 лет на 1-е, 7-е и 14-е сутки пребывания в стационаре на фоне проведения стандартной наружной и системной терапии. Контрольную группу составили 26 здоровых доноров.

Кровь в стерильных условиях забирали из локтевой вены утром натощак в центрифужную пробирку. Затем сыворотку крови в количестве 100 мкл помещали в кювету хемилюминесцентной установки BLM07 (температура инкубации 37°C), добавляли 200

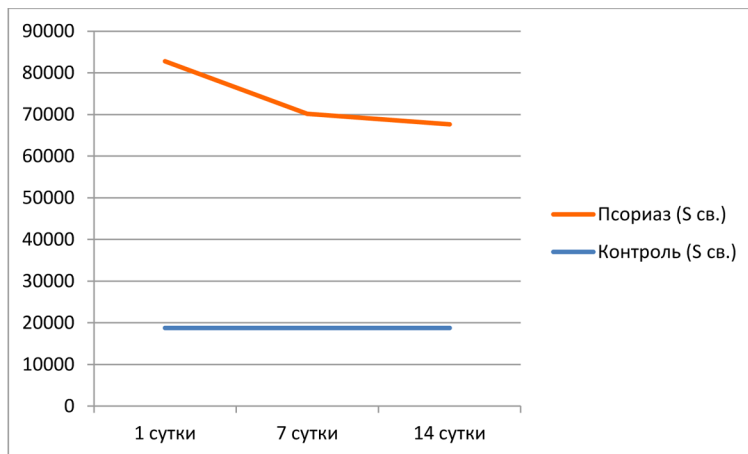
мкл фосфатного буфера (20 мМ KH_2PO_4 , 10 мМ KCl рН 7,4). Для инициации ХЛ вводили 50 мкл $\text{FeSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$, на 7 цикле вводили 100 мкл 3% H_2O_2 . Регистрировали ХЛ в течение 20 циклов [3].

При оценке хемилюминограмм учитывали интенсивность быстрой вспышки (I б.в.), которая зависит от содержания в изучаемой системе гидроперекисей липидов; светосумму медленной вспышки (S св., оценивает число новых цепей разветвления, т.е. сколько образовавшихся перекисных радикалов ROO^* приходится на Fe^{2+}) [4].

Результаты и обсуждение. Изучение процессов ПОЛ в динамике патологического процесса при псориазе выявило важные закономерности. В процессе лечения происходило постепенное снижение интенсивности быстрой вспышки и площади светосуммы (I б.в. $2526,56 \pm 172,687$ отн.ед. на 1-е сутки; I б.в. $2070 \pm 119,654$ отн.ед. – 7 сутки, I б.в. $2339,39 \pm 211,198$ отн.ед. – 14 сутки; S св. $65913 \pm 11490,8$ отн.ед. на 1 сутки наблюдения, S св. $52561,8 \pm 4429,16$ отн.ед. – 7 сутки и S св. $48871 \pm 4884,04$ отн.ед. на 21 сутки пребывания в стационаре) (Рис. 1,2).

На фоне лечения и уменьшения клинических проявлений заболевания наблюдалось постепенное восстановление антиоксидантной защиты организма и нормализация про-

Рис.2
Средние показатели
площади светосуммы
(отн.ед.)



оксидантной системы организма. Клинически при этом наблюдается переход псориаза в стационарную стадию или даже начало регрессирующей стадии заболевания.

Выводы. Снижение активности перекисного окисления в сыворотке крови больных псориазом в процессе лечения связано с применением в стандартной терапии препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами: витамины Е, А и группы В, тиосульфат натрия. Таким образом, ХЛ сыворотки крови может быть использована в качестве экспресс-метода мониторинга эффективности антиоксидантов в терапии псориаза.

Литература

1. Пикуза О.И., Адо Е.И., Делян В.Ю. Клинические аспекты применения хемилюминесцентного анализа // Казан.мед.журнал. – 1996. - №4. – С. 298-301.
2. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И. Свободные радикалы в живых системах // Итоги науки и техники. Сер. Биофизика. - М., 1991.- Т.29. - 250 с.
3. Климкина Е.И. Влияние производных 3-оксипиридина и 4-тиосульфокислоты на функциональное состояние печени при ее токсическом поражении: Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. – Смоленск, 2005. – 20 с.
4. Регистрация хемилюминесценции составных частей сыворотки крови в присутствии двухвалентного железа / Лопухин Ю.М., Владимиров Ю.А., Молоденков М.Н., Клебанов Г.И., Сергиенко В.И., Наумов А.В., Максимов В.А., Шерстнев М.П. //Бюлл. exper. биол. и клин.мед. – 1982. - №2. – С.61 – 63.

■ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ ФОРМ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Князева О.Р.¹, Верещако Н.С.¹, Красько А.Г.

¹, Полещук Е.Н.², Яговдик Н.З.³

Республиканский научно-практический центр
эпидемиологии и микробиологии

Минский городской кожно-венерологический
диспансер

Белорусский государственный медицинский
университет, кафедра кожных и венерических
болезней

Лайм-боррелиоз (иксодовый клещевой боррелиоз, болезнь Лайма) – природно-очаговое, инфекционное, полисистемное заболевание со сложным патогенезом, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений с преимущественным поражением кожи, нервной системы, суставов и сердца, имеющее склонность к переходу в хроническое рецидивирующее или латентное течение

Цель работы клинико-лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза у пациентов с различными кожными проявлениями

Изучен уровень антител у пациентов с кожными проявлениями Лайм-боррелиоза.

Выводы: Использование метода непрямой реакции флуоресценции и отечественного набора набора «НИФМ-Лайм-АТ» (РНПЦ эпидемиологии и микробиологии) позволило лабораторно подтвердить диагноз у 72,6 % всех обратившихся пациентов и у 71% пациентов с укусом клеща в анамнезе. Таким образом, используемая тактика является достаточно информативным и специфическим инструментом при подтверждении диагноза болезни Лайма у пациентов с различными проявлениями эритем.

Clinical and laboratory diagnosis of cutaneous forms of lyme disease.

Kniazeva O.R.¹, Vereschako N.S.¹, Krasko A.G.¹,

Poleshchuk E.N.², Yagovdik N.Z.³

Republican Research and Practical Center for
Epidemiology and Microbiology

Minsk City Health Center for Dermatology and
Venerology

Department for Skin and Venereal Diseases under
the Belarusian State Medical University

Summary The aim of our investigation was clinical and laboratory diagnostics of Lyme disease in patients with cutaneous manifestations. Antibody levels of patients with cutaneous manifestations similar to the erythema was investigated. Conclusions: Using the method of indirect fluorescence reaction allowed the laboratory to confirm the diagnosis in 72.6% of the applicants patients and in 71% of patients with tick bite in history. Thus, the tactics is an informative and specific tool for confirming the diagnosis of Lyme disease in patients with various manifestations of erythema migrans.

Key words: Lyme disease, erythema migrans, laboratory diagnosis, *Borrelia burgdorferi sensu stricto*.

Введение. Лайм-боррелиоз (иксодовый клещевой боррелиоз, болезнь Лайма) – природно-очаговое, инфекционное, полисистемное заболевание со сложным патогенезом, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений с преимущественным поражением кожи, нервной системы, суставов и сердца, имеющее склонность к переходу в хроническое рецидивирующее или латентное течение [1,2]. Этиологическим агентом Лайм-боррелиоза (ЛБ) является спирохета *Borrelia burgdorferi*. Передача патогена человеку происходит при присасывании зараженного боррелиями клеща. В различных регионах мира, эндемичных по Лайм-боррелиозу, зараженность клещей рода *Ixodes* колеблется от 10 до 90%. Для клещевого боррелиоза характерна весенне-летняя сезонность (май–сентябрь), соответствующая наибольшей активности клещей. ЛБ отмечается у людей всех возрастов, чаще болеет взрослое трудоспособное население, что связано с активным посещением эндемичных очагов. По уровню заболеваемости

боррелиоз занимает ведущую позицию среди инфекционных заболеваний передающихся иксодовыми клещами и является одной из основных проблем природно-очаговых зоонозов стран, расположенных в лесной зоне умеренного климатического пояса, в том числе и Республики Беларусь [3].

Для проникновения в макроорганизм *B. burgdorferi* использует кожные покровы и часто первым признаком заболевания является характерная сыпь – мигрирующая эритема (МЭ), встречающаяся у 60-80% пациентов с укусом клеща в анамнезе. Спирохетемия начинается рано с распространения через ткани и жидкости тела. Как и при сифилисе, при боррелиозе можно выделить клинические стадии, с ремиссиями, обострениями и различными клиническими проявлениями, характерными для этих стадий.

По современной классификации в болезни Лайма выделяют три стадии заболевания, которые отражают стадии патогенеза: I стадия – (стадия локальной инфекции) наступает через 2–30 дней после присасывания клеща, II стадия – (стадия диссеминации инфекции) развивается через 2 - 3 месяца после заражения. III стадия – (стадия персистенции возбудителя) наблюдается через месяцы и годы после инфицирования. Разделение ЛБ на стадии довольно условно и основывается на временных характеристиках от начала заболевания, стадии могут перекрывать друг друга, заболевание не обязательно проходит через все стадии. Возможно бессимптомное течение инфекции, которое не выявляется до поздних стадий.

Лабораторная диагностика ЛБ остается несовершенной и в основном ориентирована на выявление манифестных форм, что не позволяет оценить истинный уровень заболеваемости. Существуют трудности индикации боррелий из-за высокой морфологической, антигенной и генетической гетерогенности. Следует обратить внимание, что обычные методы люминисцентной микроскопии могут выявлять типичные бактериальные формы спирохет, так называемые “формы сбалансированного роста”. В то время как существует множество плеоморфных форм (спирохеты,

удлиненные цилиндрические клетки, нитевидные структуры, петлеобразные формы, пузыри, гранулы, L-формы, цисты, окруженные плотной мукоидной оболочкой, защищающей их от неблагоприятных воздействий), клубков и колоний, которые также способны вызывать заболевания у человека и часто остаются недиагностируемыми и как результат нелеченными, так как имеют нетипичные проявления [4,5]. Морфологически измененные варианты боррелий, в особенности цистные и гранулярные структуры сохраняют способность к размножению и в отсутствие трансформирующих факторов при благоприятных условиях могут преобразовываться в обычные спиральные формы и вызывать патологический эффект.

Цель работы клинико-лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза у пациентов с различными кожными проявлениями.

Материалы и методы.

В 2013 году методом непрямо́й иммунофлуоресценции с использованием набора «НИФМ-Лайм-АТ» РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, рег. номер МН-7.113924/7.002-1003, исследованы 113 сывороток крови, полученных от пациентов с подозрением на Лайм-боррелиоз.

Результаты и обсуждение

За период 2013 г в РНПЦ эпидемиологии и микробиологии обследовано 113 пациентов с жалобами на сходные мигрирующей эритемой поражениями кожи. 30 из них помимо жалоб на эритему, отмечали боли в суставах, головную боль и повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Следует отметить, что только 62 (54,9%) из 113 обратившихся пациентов отмечали присасывание клеща. Для лабораторного подтверждения клинического диагноза, путем выявления антител к возбудителю с использованием высокочувствительного и специфичного метода непрямо́й иммунофлуоресценции. нами были исследованы сыворотки крови этих пациентов на наличие в них иммуноглобулинов классов М и G. Результаты представлены в Таблице 1.

По результатам проведенного исследования установлено, что 8 пациентов не име-

Таблица 1 Выявление антител к *Borrelia burgdorferi* у пациентов с кожными проявлениями Лайм-боррелиоза

Положительный результат исследования			Сомнительный результат	Отрицательный результат (антитела не выявлены)
Иммуноглобулины класса М	Иммуноглобулины класса G	Иммуноглобулины классов М и G одновременно		
19 (16,8%)	20 (17,7%)	43 (38,1%)	23 (20,4%)	8 (7%)
Всего положительных: 82 (72,6%)				
Всего: 113				

Таблица 2. Результаты исследования крови пациентов на наличие антител к возбудителю Лайм боррелиоза в зависимости от возникновения эритемы от момента присасывания клеща

До 3 недель			4-8 недель			8-12 недель			>12 недель		
Положительный результат	Сомнительный результат	Отрицательный результат	Положительный результат	Сомнительный результат	Отрицательный результат	Положительный результат	Сомнительный результат	Отрицательный результат	Положительный результат	Сомнительный результат	Отрицательный результат
13	5	2	9	4	1	17	2	1	5	3	
20			14			20			8		
Всего положительных: 44											
Всего сомнительных: 14											
Всего отрицательных: 4											

ли специфических антител к возбудителю боррелиоза, у 23 уровень антител был ниже порогового значения ($IgM=1:8$, $IgG=1:32$), их результат был расценен как сомнительный. В то же время у части пациентов с отрицательными и сомнительными результатами с момента присасывания клеща прошло мало времени. Другим возможным объяснением низких титров может быть высокая генерогенность популяции возбудителей ЛБ, циркулирующих на территории Республики Беларусь (неопубликованные данные).

81 проба исследованная проба дала положительный результат ($IgM \geq 1:16$, $IgG \geq 1:64$). Высокие титры антител наблюдались у пациентов с присасыванием клеща в анамнезе более полутора месяцев.

При анализе данных результатов исследования сывороток (таблица 2) выявлено, что положительные значения уровня антител выявлены у 71% пациентов с присасыванием клеща в анамнезе.

Изучение гуморального иммунного ответа при Лайм-боррелиозе является достаточно информативным. Вместе с тем, всё чаще стали отмечаться случаи, связанные с получением слабоположительных и сомнительных результатов серологического исследования сывороток крови.

Мигрирующей эритема у пациента считается достоверным признаком Лайм-боррелиоза, позволяющим устанавливать клинический диагноз заболевания даже без лабораторного подтверждения (рекомендации Совещания ВОЗ 1995 г.). Одним из дифференциальных критериев МЭ являются ее размеры: диаметр должен составлять не менее 5 см. Почти всегда в ее центральной части находится первичный очаг – место присасывания клеща (представленное корочкой, либо небольшим неформленным рубцом). Следует учитывать, что у вторичных эритем такой очаг отсутствует. Мигрирующая эритема возникает на месте укуса клеща спустя

3-35 дней (в среднем 14 суток), без признаков нагноения в месте первичного воздействия.

Кожные проявления ЛБ могут быть сходны с другими часто инфекционными поражениями кожи: стрептококковым эризипелоидом, аллергическими экзантемами, рожей (эритематозная форма), эритразмой.

Стрептококковый эризипелоид начинается с появления красновато-фиолетовой бляшки на пальце, склонной к периферическому росту, отечности кожи, жжения и боли в месте воспаления. Характерен региональный лимфаденит. Типичное место локализации – пальцы рук. При ЛБ эритема крайне редко локализуется на пальцах рук, артрит развивается через несколько недель от начала заболевания и, как правило, проявляется поражением крупных суставов, а не суставов кисти, как при эризипелоиде.

Аллергическая эритема появляется сразу после нападения насекомых (минуты, реже часы). В момент укуса, в большинстве случаев, возникает боль, с последующим развитием отека, который быстро купируется после приема антигистаминных препаратов. При присасывании иксодового клеща боли не возникает ни сразу после присасывания, ни по мере нахождения клеща в коже, зуд кожи выражен очень слабо и появляется обычно в период угасания эритемы.

Эритематозная форма рожи характеризуется острым началом с резко выраженным синдромом общей инфекционной интоксикации, высокой лихорадкой и появлением местных проявлений на коже в течение первых суток заболевания. Гиперемия кожи имеет четко отграниченный вид с границами в виде зубцов, «языков пламени», дуг. Для рожистого воспаления кожи характерен периферический воспалительный валок, отмечается резкая болезненность места воспаления, более выраженная по периферии эритемы.

Эритразма возникает в естественных складках кожи (пахово-бедренные, подмышечные впадины), но в отличие от МЭ, характеризуется кирпично-красным цветом пятен, с округлыми или фестончатыми очертаниями, резко отграниченными от неиз-

менной окружающей кожи. Для эритразмы характерна симметричность поражения кожи. Поверхность эритразмы – гладкая, или покрытая тонкими серо-белыми чешуйками. Субъективные ощущения при эритразме чаще отсутствуют. Иногда могут сопровождаться слабо-выраженным зудом [6,7].

В отдельных случаях требуется дифференциальная диагностика МЭ с крапивницей, розовым лишаем, лекарственной фиксированной эритемой, группой грибковых заболеваний: руброфитией и микроспорией.

Таким образом, лабораторные исследования сывороток крови пациентов наряду с дифференциальной клинической диагностикой кожных проявлений Лайм боррелиоза являются важным элементом в установлении диагноза.

Выводы:

Использование метода непрямой реакции флуоресценции и отечественного набора набора «НИФМ-Лайм-АТ» (РНПЦ эпидемиологии и микробиологии) позволило лабораторно подтвердить диагноз у 72,6 % всех обратившихся пациентов и у 71% пациентов с укусом клеща в анамнезе. Таким образом, используемая тактика является достаточно информативным и специфическим инструментом при подтверждении диагноза болезни Лайма у пациентов с различными проявлениями эритем.

Литература

1. Манзенюк И.Н. Клещевые боррелиозы (болезнь Лайма) / И.Н. Манзенюк, О.Ю. Манзенюк // Кольцово – 2005. – 85 с.
2. Детекция возбудителя болезни Лайма в клещах рода *Ixodes* и выявление антител к *Borrelia burgdorferi* у пациентов с подозрением на Лайм-боррелиоз / Князева О.Р. и соавт. // Актуальные проблемы медицины. Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции – 2011 – с. 79-82
3. Патогенные микроорганизмы, выделенные в клещах *Ixodes ricinus*, собранных на территории Республики Беларусь / А.Г. Красько, О.Р. Князева, Е.П. Счесленок, П.А. Семижон, А.Л. Веденьков, С.А.

- Дракина // Медицинская вирусология – т. XXVII – с. 60.
- Murgia, R. Induction of cystic forms by different stress conditions in *Borrelia burgdorferi* / R. Murgia, M. Cinco // *APMIS* – 2004– Vol. 112– №1 – P.57-62.
 - Моделирование цистообразования спирохет *Borrelia burgdorferi* на примере перевиваемой культуры клеток астроглии / О.Р. Князева, А.Н. Асташонок, Н.С. Верещако, З.Б. Квачева, Н.Н. Полещук // Сборник научных трудов «Современные проблемы инфекционной патологии человека» – Минск, 2013 – Вып. 6 – с. 311 – 314.
 - Дифференциальная диагностика поражений кожи при иксодовых клещевых боррелиозах / Лобзин Ю.В. и соавт. // *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2002.-N 5.-С.53-57
 - Dardick K. Identifying erythema migrans rash in patients with lyme disease / K. Dardick / *American family physician* – 2014 – Vol.89 - № 6 – P.424.

■ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЕКЦИЯМИ АДАПТАЦИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРОТЕИНАЗ-ИНГИБИТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Кобец А.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», кафедра кожных и венерических болезней, г.Симферополь, Российская Федерация

Исследование проводилось с целью выявления связей между реакциями адаптации и показателями протеиназ-ингибиторной системы у детей страдающих atopическим дерматитом. Изучение реакций адаптации у детей с atopическим дерматитом позволяет косвенно судить о компенсаторно-адаптационных возможностях организма ребенка, защитной роли протеолитических ферментов в развитии воспаления, позволяют оценить тяжесть и течение воспалительного процесса.

Ключевые слова: atopический дерматит, IgE, протеиназ-ингибиторная система, реакции адаптации, дети.

Interrelation between adjustment reactions and proteinase inhibitory system indicators in children with atopic dermatitis.

Kobets Ganna

Study was conducted to identify the links between adaptation and correction-proteinase inhibitor in children with atopic dermatitis. Study

of adaptation reactions in children with atopic dermatitis allows indirectly determine the compensatory-adaptive capabilities of the child, the protective role of inflammation proteolytic enzymes. This study allow us to estimate the severity and course of the inflammatory process.

Keywords: atopic dermatitis, Ig-E, proteinase-inhibitor system, adjustment reactions, children.

Введение. Актуальность atopического дерматита (АД) обусловлена, прежде всего, распространенностью заболевания [1,2,3]. В Украине заболеваемость atopическим дерматитом согласно официальной статистике колеблется в пределах 3-10 на 1000 детей. В срыве адаптации у детей с АД и развитии «дезадаптационного синдрома» имеют значение не отдельные факторы, а их сочетание у каждого конкретного ребенка. Причем, чем больше эндогенных факторов риска присутствует у одного ребенка, тем в более раннем возрасте развивается заболевание и тяжелее протекает [4]. Поскольку, именно у данного контингента детей наиболее быстро и легко под влиянием патологических средовых факторов реализуются нарушения в защитных реакциях нейроэндокринных, иммунных, в выработке ферментов и их ингибиторов, что приводит к развитию заболевания.

Комплексные изменения в нейроэндокринной системе, защитных системах организма и некоторых звеньях метаболизма, харак-

терных для каждой реакции адаптации и отличающих их друг от друга можно оценить с помощью теории Л.Х. Гаркави с соавторами [5]. Большой интерес представляет теория Гаркави Л.Х. для оценки состояния при АД, так как позволяет выявить детей в периоде предболезни и соответственно назначить им адекватную превентивную терапию, а в случае развития заболевания – оценить эффективность проводимой терапии. В развитии адаптационно-защитных реакций организма принимает участие система протеолиза. Однако сегодня недостаточно изучена роль таких ферментов, как эластазоподобная активность (ЭПА), трипсиноподобная активность (ТПА) и ингибиторов протеолиза: а, -антитрипсин (АТА) и активность кислотостабильных ингибиторов (КСИ) в развитии и течении АД у детей. Неоднозначность оценки роли протеолиза и ингибиторов протеолиза в реакциях адаптации и развитии АД приводит к значительным трудностям при ис-

пользовании их в качестве диагностических и прогностических критериев. В то же время взаимосвязь между реакциями адаптации и показателями протеиназ-ингибиторной системы у детей с АД, с учетом уровня Ig-E в сыворотке крови является чрезвычайно актуальной и должна учитываться при проведении терапии.

Целью нашего исследования явилось выявление связи между реакциями адаптации и показателями протеиназ-ингибиторной системы у детей с АД.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи мы исследовали 135 детей, из них с АД, в периоде обострения заболевания, 115 (61 мальчик и 54 девочки) и 20 практически здоровых детей (10 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 3 до 17 лет. У всех детей с АД изучали аллергоanamнез, исследовали уровень Ig E в сыворотке крови и проводили аллергопробы с помощью ИФА. Все дети были распреде-

Рис. 1
Неспецифические адаптационные реакции у детей с atopическим дерматитом.

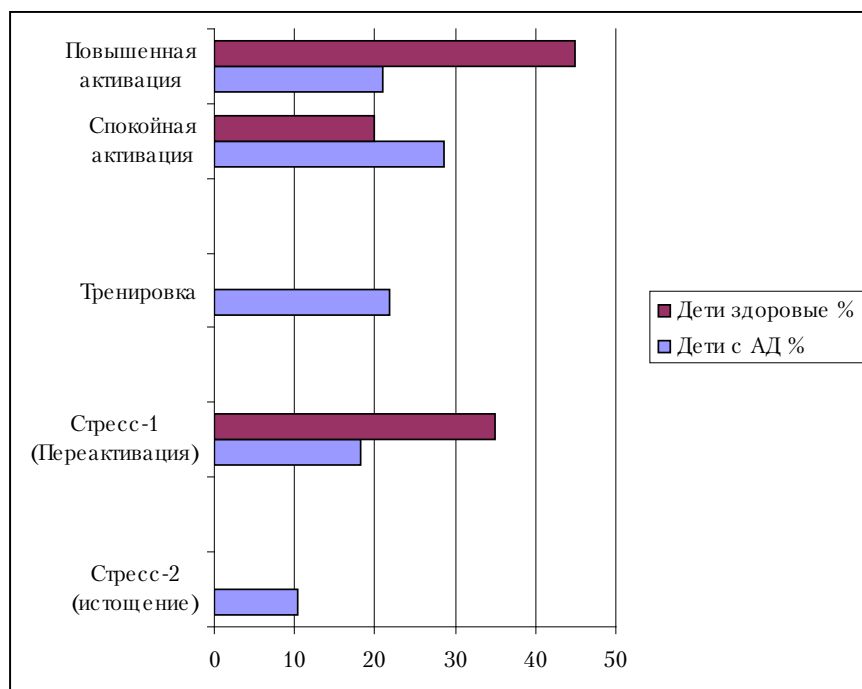


Таблица 1

Реакции адаптации у детей с атопическим дерматитом (АД) с учетом уровня Ig-E в сыворотке крови.

Адаптационные реакции	Группа 1		Группа 2		Контрольная группа	
	N	%	N	%	N	%
Стресс-2 (истощение)	5	7,25	7	15,22	-	-
Стресс-1 (Переактивация)	11	15,94	10	21,73	7	35
Тренировка	16	23,19	9	19,57	-	-
Спокойная активация	22	31,88	11	23,91	4	20
Повышенная активация	15	21,74	9	19,57*	9	45
Всего	69	100	46	100	20	100

Примечание: достоверность различий $p < 0,05 - 0,001$. *-между контролем и группой детей с нормальным уровнем IgE

лены на две группы. В 1-группу вошли дети с АД и повышенным уровнем IgE (69 детей), во 2-ю-дети с АД с нормальным уровнем IgE в сыворотке крови (46 детей). У всех детей определяли неспецифические адаптационные реакции: тренировка (слабая активация), спокойная активация, повышенная активация, стресс-1 (переактивация), стресс-2 (истощение). По методу Л.Х. Гаркави с соавторами понятие нормы соответствует понятию здоровья. В подавляющем большинстве случаев встречается реакция активации (чаще повышенной) [4]. На долю предболезни остаются, реакции тренировки и спокойная активация, стресс-1. Эти реакции не имеют черт явного повреждения, болезни, но приобретают элементы напряженности и рассогласования работы подсистем организма, уже содержат в себе угрозу здоровью. Стресс-2 (истощение)- расценивали, как состояние болезни. У 51 ребенка с АД (31- 1-я группа, 20- 2-я группа) оценивали показатели системы протеолиза эластазоподобной активности (ЭПА) и трипсиноподобной активности (ТПА), ингибиторов протеолиза антитрипсического ингибитора (АТА) и кислотостабильного ингибитора (КСИ) в сыворотке крови [6]. Достоверных отличий в протеиназингибиторной системе по полу и возрасту в сравниваемых группах выявлено не было, что позволило нам рассматривать группы объединенными. Контролем служили собствен-

ные данные, полученные при исследовании 20 детей без признаков аллергии, которые на момент обследования аллергожалоб не предъявляли.

Результаты и обсуждение. Как показало исследование, у детей с АД значительно увеличилось количество пациентов с неспецифическими адаптационными реакциями, такими как спокойная активация, тренировка и стресс-2, у здоровых детей преобладает повышенная активация (см. рис 1).

Как видно из таблицы 1, только 45 % детей в контрольной группе имели повышенную активацию, а значит, характеризовались хорошими адаптационно-компенсаторными возможностями, в то время как у детей с АД данный показатель был ниже в 2 раза, т.е. уменьшалось число детей с высокой резистентностью, а увеличивалось число детей с реакцией спокойной активации, тренировки, переактивации, с элементами напряженности защитных систем и рассогласования работы подсистем организма. Причем во 2-й группе детей с повышенной активацией было достоверно меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Также среди детей с АД чаще встречались дети с адаптационной реакцией стресс, причем во 2-й группе, у детей с IgE неопосредованным механизмом АД, в 2 раза чаще, чем в 1-й группе, у детей с IgE опосредованным механизмом АД, что клинически характеризовалось более тяжелым течением

АД. В то время как в контрольной группе данная реакция не встречалась. В то же время в контрольной группе 55% детей находились в состоянии предболезни и имели несколько сниженные адаптационно-компенсаторные возможности, хотя клинически и лабораторно это не проявлялось. Нами также была изучена взаимосвязь между реакциями адаптации и состоянием протеиназ-ингибиторной системы у детей с АД (смотри таблицу 2).

Как видно из таблицы 2, в контрольной группе в системе протеолиза (ЭПА и ТПА), ингибиторов протеолиза (АТА и КСИ) у детей с различными типами неспецифических реакций имеются различия, наиболее выраженные со стороны показателей протеолиза. В данной группе имеется тенденция при реакции спокойная активация, стресс-1

к повышению уровня ЭПА, хотя разница показателей не достигает достоверных различий. Однако у детей с АД и повышенной реакцией активации, как в 1-й, так и во 2-й группе уровень ЭПА и ТПА достоверно выше, чем в контроле ($p < 0,05$), а также необходимо отметить, что в 1-й группе прослеживаются более высокие показатели этих ферментов, чем во 2-й группе при всех неспецифических реакциях адаптации, а у детей с АД и спокойной реакцией активации повышение ЭПА и ТПА достигают достоверной значимости. Что, на наш взгляд, свидетельствует о значительном выбросе ферментов при воспалении и свидетельствует об их защитной роли при заболевании. Причем данная защитная реакция работает у детей со всеми видами адаптационных реакций. Со стороны ингибиторов про-

Таблица 2

Взаимосвязь между реакциями адаптации и показателями протеиназ-ингибиторной системы у детей с АД, с учетом уровня Ig-E в сыворотке крови ($M \pm m$)

Адаптационные реакции		Стресс-2	Переактивация (стресс-1)	Тренировка	Спокойная активация	Повышенная активация
ЭПА	группа 1 N-20	48,32±0,10	39,75±4,42	42,35±5,13	37,84±4,59*	48,71±2,63*
	группа 2 N-31	39,31±13,38	33,1±3,07	30,24±3,18**	34,07±6,45	38,02±8,29*
ТПА	группа 1 N-20	24,00±0,18	25,56±1,59	26,69±1,96	26,02±1,2*	29,10±3,36*
	группа 2 N-31	21,15±3,03	24,13±2,17	26,00±1,29	22,80±1,07	23,95±3,51*
АТА	группа 1 N-20	24,57±8,21	21,84±2,75	25,74±2,67	21,11±1,56*	18,72±2,93
	группа 2 N-31	19,69±7,5	15,98±2,27	18,94±3,27 пер	15,44±1,69**	19,57±2,02
КСИ	группа 1 N-20 пер	17,75±3,65	17,34±2,48	18,33±2,7	23,66±2,46*	22,49±2,8
	группа 2 N-31 пер	15,48±1,63	15,82±1,16*	14,46±0,45	15,11±2,44**	18,69±3,3
Контрольная группа	ЭПА	-	29,41±3,17	-	22,93±3,49	20,75±0,77
	ТПА	-	18,03±0,89	-	21,09±2,55	17,11±0,48
	АТА	-	21,58±2,82	-	29,12±2,1	25,08±1,96
	КСИ	-	21,97±1,02	-	17,29±1,58	18,50±1,25

Примечания: достоверность различий $p < 0,05$ - 0,001. *-между контролем и 1-й и 2-й группами, ** - между группой детей с нормальным уровнем IgE (2-я группа) и уровнем IgE выше нормы (1-я группа).

теолиза у детей с АД отмечается снижение выработки АТА и КСИ, причем во 2-й группе эти изменения более выражены. Следует также отметить, что чем меньше снижены адаптационно-компенсаторные возможности у детей с АД, тем меньше вырабатывается такого ингибитора протеолиза как КСИ, что клинически проявляется более затяжным течением АД, его рецидивами.

Выводы. Таким образом, как показало исследование, только 45 % практически здоровых детей имеют реакцию повышенной активации и характеризуются высоким уровнем адаптационно-компенсаторных возможностей. В связи с чем для оценки состояния здоровья могут быть использованы критерии Л.Х. Гаркави с соавторами. У детей с атопическим дерматитом в 2 раза уменьшается число детей с высокой резистентностью, а увеличивалось число детей с реакциями тренировки, спокойной активации, стресс. На воспаление у детей с АД отмечается выброс ферментов, который сочетается с некоторым снижением выработки ингибиторов протеолиза, особенно выражен этот диссонанс у детей с IgE опосредованным механизмом заболевания.

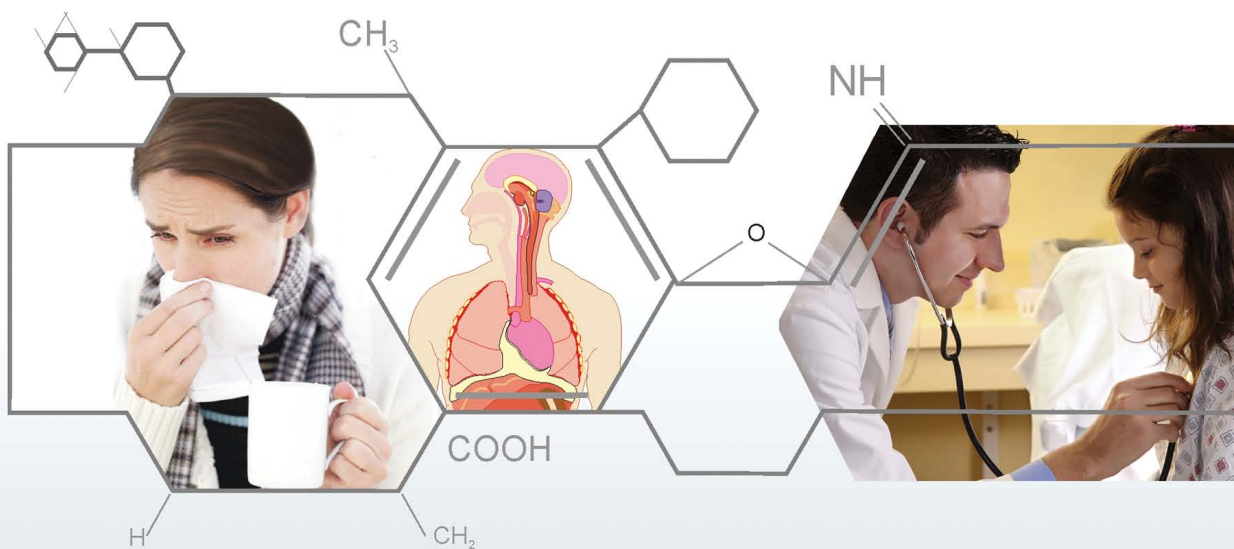
Литература

1. Ласиця О.І. // Матеріали до консенсусу «Діагностика та лікування атопічного дерматиту»//. — 2006
2. Зубаренко А.В. Атопический дерматит: современные взгляды на этиопатогенез, клинику и диагностику заболевания / Зубаренко А.В., Портнова О.А. // -Журнал «Здоровье ребенка»- 2008- 6(15)
3. Ring J: Angewandte Allergologie, 3rd ed. Urban & Vogel, Munich, 2004
4. Василенко Ю.Ю. Санаторно-курортная реабилитация детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями с учетом их фенотипических особенностей/ Василенко Ю.Ю.// -дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук, с.13-18, 2004.
4. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма./Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова// М.: «Имедис», 1978. -с.11-140
5. Русаков С.В. Микрометод определения в крови а-1-ингибитора протеиназ и а-2-макроглобулина /С.В.Русаков, А.В.Кубышкин// Лаб. дело-1995-№1-с.8-1

ГРОПРИНОСИН®

Инозин пранобекс, таблетки 500 мг №50

СОЗДАН ПОБЕЖДАТЬ ВИРУСЫ!



**КОГДА НЕОБХОДИМ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
ДЛЯ ПОБЕДЫ НАД ВИРУСАМИ**

Противовирусная терапия

Иммуномодуляция

ГРОПРИНОСИН 500 мг
инозин пранобекс

50 таблеток

50

ГЕДВОН РИХТЕР ОАО
Основано в 1901 году

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ЛИСТОВИДНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ И ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА

Колос Ю.В., Лукьянов А.М., Бич Т.А.
Белорусский государственный медицинский университет
Г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Аутоиммунные буллезные дерматозы – гетерогенная группа хронических заболеваний аутоиммунной природы, характеризующихся выработкой аутоантител к определенным антигенным структурам кожи и клинически проявляющихся пузырьным синдромом на коже и/или слизистых оболочках [1-4].

Различают интраэпидермальные (различные варианты акантолитической пузырьчатки) и субэпидермальные (группа пемфигоидов, герпетиформных дерматозов, буллезная форма системной красной волчанки) аутоиммунные буллезные дерматозы [1, 2].

Листовидная пузырьчатка составляет до 10-20% случаев акантолитической пузырьчатки. Клинически характеризуется поверхностными дряблыми пузырями, которые быстро вскрываются, и сыпь представлена в основном гиперемическими пятнами и эрозиями, покрытыми корками. Излюбленная локализация высыпаний – лицо, волосистая часть головы, верхняя часть груди и спины (себорейные участки), однако возможно развитие эксфолиативной эритродермии. Характерен положительный симптом Никольского. При поражении волосистой части головы возможно возникновение рубцовой атрофии и алопеции, слизистые поражаются крайне редко. При прямой реакции иммунофлюоресценции с криосрезом видимо неповрежденной кожи пациента обнаруживаются фиксированные в межклеточных пространствах IgG. Непрямая реакция иммунофлюоресценции с сывороткой крови пациента на субстрате пищевод обезьяны или пищевод морской свинки выявляет IgG в межклеточных пространствах эпителия. С помощью иммуно-

ферментного анализа (ИФА) обнаруживаются аутоантитела к компоненту десмосом – десмоглеину 1 [1-5].

Клиническая картина герпетиформного дерматоза Дюринга (ГДД) характеризуется симметричными полиморфными высыпаниями: сгруппированными пузырьками, реде пузырями, папулами, уртикарными и эритематозными элементами, которые в последующем эволюционируют в эрозии, корочки, эксфолиации. Излюбленная локализация высыпаний – разгибательные поверхности конечностей, особенно область локтевых и коленных суставов, плечи, ягодицы, крестцовая область, лицо. Слизистые оболочки вовлекаются в процесс редко. Субъективно характерен зуд различной интенсивности, а также ощущение жжения и покалывания, зачастую предшествующие высыпаниям. ГДД является кожным проявлением глютенной энтеропатии, которая клинически манифестирует только в 10-20% случаев в виде диареи, боли в животе и синдрома мальабсорбции с нарушением обмена веществ. В детском возрасте ГДД часто является проявлением целиакии [1-4, 6].

При прямой реакции иммунофлюоресценции обнаруживаются гранулярные отложения IgA на верхушках сосочков дермы. Наиболее чувствительным субстратом для непрямой реакции иммунофлюоресценции является печень обезьяны, определяющая специфичные IgA в сыворотке крови пациента. Современная ИФА диагностика герпетиформного дерматоза Дюринга базируется на выявлении аутоантител к дезаминированным пептидам глиадина и тканевой/эпидермальной трансглутаминазе. Используемые ранее тесты на антиглиадиновые и антиретикулиновые антитела утратили свое значение в силу их более низкой чувствительности и специфичности [1-3, 5, 6].

Описание клинического случая. На кафедре кожных и венерических болезней БГМУ амбулаторно была обследована женщина 53 лет. Из анамнеза: первые высыпания по-

явились 13 лет назад и были представлены эритематозными очагами с шелушением на волосистой части головы. Через месяц от первичных высыпаний появилась распространенная сыпь папулезно-везикулезного характера с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Субъективно пациентку беспокоил зуд. Был выставлен диагноз герпетиформного дерматоза Дюринга, назначена безглютеновая диета и дапсон. На фоне терапии сыпь на теле разрешилась, однако на волосистой части головы и лице (преимущественно на лбу) периодически продолжали появляться эритематозные очаги, везикулы, которые быстро эволюционировали с образованием эрозий и слоистых серозных корок. Цитологическое исследование мазков-отпечатков со дна эрозий выявило наличие акантолитических клеток, и пациентке был выставлен диагноз листовидной пузырчатки (через год от первичных высыпаний). Были назначены системные глюкокортикостероиды. В дальнейшем патологический процесс преимущественно локализовался на волосистой части головы и лице, в то время как на коже туловища и

конечностей периодически возникали единичные папуло-везикулезные зудящие элементы.

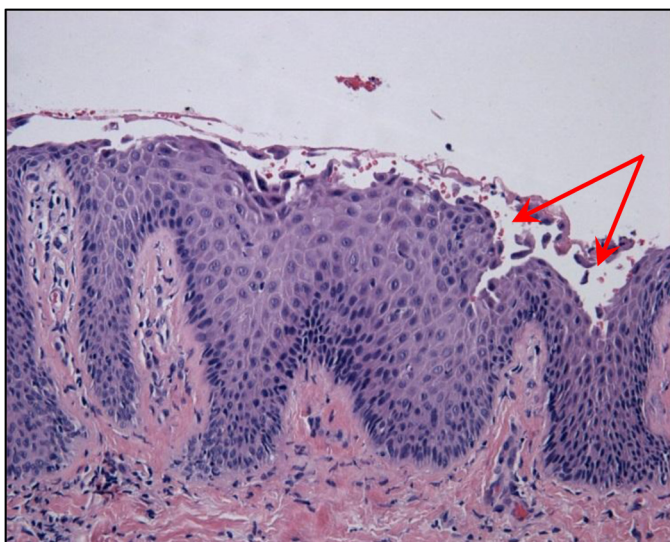
На момент обследования местный статус характеризовался обширным очагом рубцовой алопеции в височно-теменной области, по периферии которого наблюдались единичные поверхностные эрозии со слоистыми серозными корками. На коже разгибательных поверхностей верхних конечностей отмечалось наличие единичных папулезных элементов и серозных корочек.

Пациентка находилась на поддерживающей терапии: принимала 10 мг преднизолона в сутки, безглютеновую диету соблюдала не постоянно.

Цель работы: верифицировать диагноз у пациентки с клинико-анамнестическими признаками листовидной пузырчатки и герпетиформного дерматоза Дюринга.

Материалы и методы. Панч-биопсию кожи волосистой части головы выполняли под местной анестезией раствором лидокаина (1% -2,0). Для приготовления гистологических препаратов материал панч-биопсии фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине и заключали в парафин. Из парафи-

Рисунок 1
–Акантолитические тяжи, отсутствие рогового слоя, формирующийся субкорнеальный пузырь (стрелки). Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x 20 об.



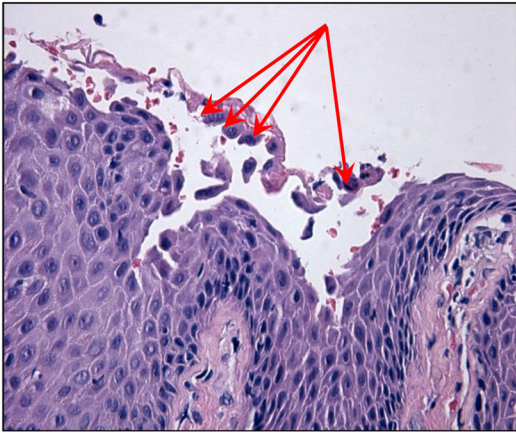


Рисунок 2 – Акантолитические клетки в полости субкорнеального пузыря (стрелки). Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x 40 об

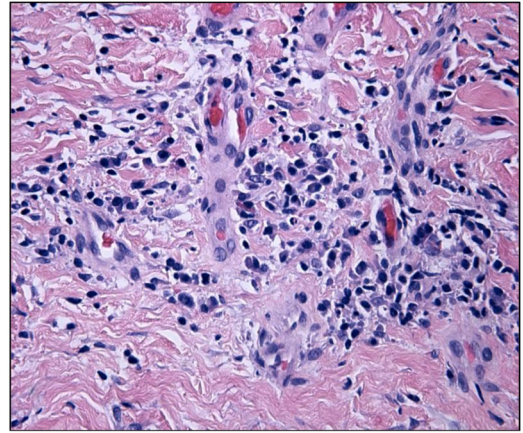


Рисунок 3 – Очаговая, преимущественно периваскулярная, воспалительная инфильтрация сетчатого слоя дермы. В воспалительном инфильтрате преобладают лимфоциты и плазматические клетки. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x 40 об.

новых блоков выполняли ступенчатые гистологические срезы толщиной 4 мкм, которые депарафинировали в ксилоле, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и окрашивали гематоксилином и эозином по общепринятой методике. Оценку морфологических параметров проводили с использованием светового оптического микроскопа «Leica». Иллюстрации микропрепаратов выполняли с использованием цифровой фотокамеры DC200 производства фирмы «Leica». При исследовании срезов окрашенных гематоксилином и эозином оценивали основные морфологические признаки, характерные для группы аутоиммунных буллезных дерматозов (наличие или отсутствие акантолиза и межклеточных щелей в эпидермисе, уровень образования пузыря, клеточный состав содержимого пузыря, характер воспалительной инфильтрации дермы).

Непрямую реакцию иммунофлюоресценции с сывороткой пациентки проводили с использованием коммерческих тест-систем компании Euroimmun (Германия):

Euroimmun IIF. Oesophagusmonkey (выявляет аутоантитела (IgG) к антигенам межкле-

точных контактов и к антигенам базальной мембраны);

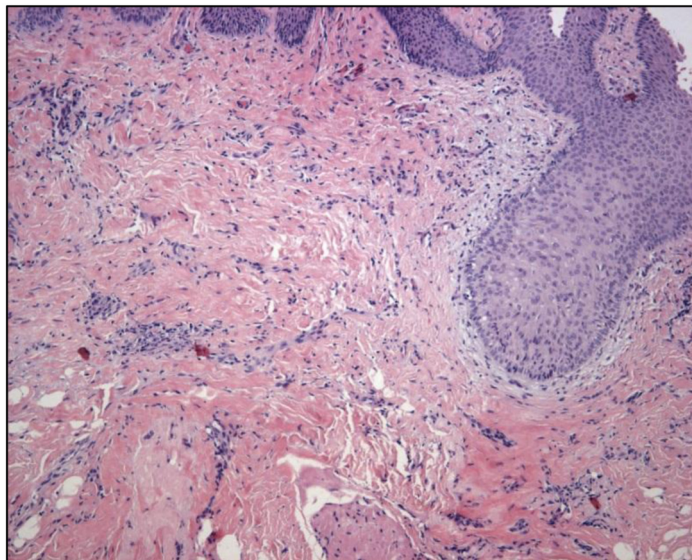
Euroimmun IIF. Livermonkey (выявляет анти-эндомизимальные аутоантитела (IgA)).

Имуноферментный анализ с сывороткой пациентки также проводили с использованием коммерческих тест-систем компании Euroimmun (Германия), содержащих рекомбинантные антигены: десмоглеин 1, десмоглеин 3, энвоплакин, антиген BP180, антиген BP230, тканевую трансглутаминазу, дезаминированные пептиды глиадина. Результат теста считали положительным при концентрации аутоантител выше или равно пороговому значению (cut-off): 20 ОЕд/мл (для тест-систем, содержащих десмоглеин 1, десмоглеин 3, антиген BP180, антиген BP230, тканевую трансглутаминазу) и 25 ОЕд/мл (для тест-систем, содержащих дезаминированные пептиды глиадина). Для тест-систем, содержащих энвоплакин тест считали положительным при значении оптической плотности выше 0,306.

Результаты и обсуждение.

При морфологическом исследовании был выявлен выраженный акантоз эпидермиса,

Рисунок 4 – Очаговый склерогиалиноз дермы, более выраженный в глубоких отделах. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x 10 об.



роговый слой был десквамирован или отсутствовал, наблюдалось очаговое утолщение зернистого слоя за счет гиперплазии зернистых клеток (рисунок 1).

Во всех гистологических серийных срезах на большем протяжении биоптата определялся акантолизэпителиоцитов зернистого слоя с вовлечением верхней трети шиповатого слоя и образованием щели (формирующий субкорнеальный пузырь). Полость последнего содержала акантолитические клетки (рисунок 1, 2).

В сосочковой дерме наблюдалось увеличение числа капилляров с расширением просвета и полнокровием. В сосочковом и сетчатом слоях дермы – очаговая выраженная, преимущественно периваскулярная, воспалительная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, плазмócитов, с примесью немногочисленных эозинофилов (рисунок 3); очаговый склерогиалиноз коллагеновых волокон, более выраженный в глубоких отделах дермы (рисунок 4).

Описанная морфологическая картина была характерна для листовидной пузырчатки.

При непрямой реакции иммунофлюоресценции с сывороткой крови на субстрате пищевода обезьяны в межклеточных пространствах

эпителия, преимущественно в поверхностных слоях, были выявлены IgG, что серологически подтверждало диагноз листовидной пузырчатки, в то время как характерные для герпетиформного дерматоза Дюринга IgA на субстрате печени обезьяны обнаружены не были.

При иммуноферментном анализе концентрация аутоантител IgG к десмоглеину 1 составила 88,76 ОЕд/мл. Концентрация аутоантител IgG к десмоглеину 3 была ниже порогового значения. Данный молекулярный спектр аутоантител характерен для листовидной пузырчатки.

Также были обнаружены характерные для герпетиформного дерматоза Дюринга аутоантитела IgA к дезаминированным пептидам глиадина (74,44 ОЕд/мл), что серологически подтверждало данный диагноз.

Концентрации аутоантител к энвоплакину (характерны для паранеопластической пузырчатки), BP 180 и BP 230 (характерны для буллезного пемфигоида), а также тканевой трансглутаминазы (характерны для герпетиформного дерматоза Дюринга) были ниже порогового значения.

Таким образом, диагноз листовидной пузырчатки был верифицирован гистологи-

чески и серологически (с помощью нРИФ и ИФА), диагноз герпетиформного дерматоза Дюринга – с помощью ИФА.

Выводы

При постановке диагноза необходимо учитывать возможность наличия у одного пациента нескольких нозологических форм аутоиммунного буллезного дерматоза.

У представленной пациентки гистологически и серологически был верифицирован диагноз листовидной пузырчатки и герпетиформного дерматоза Дюринга.

Для постановки диагноза аутоиммунного буллезного дерматоза принципиальное значение имеют результаты иммунологических методов исследования.

Иммуноферментный анализ с рекомбинантными антигенами является наиболее чувствительным и специфичным методом для верификации диагноза аутоиммунного буллезного дерматоза и может быть рекомендован для практической медицины.

Литература:

1. Hertl M. Autoimmune Diseases of the Skin. Pathogenesis, Diagnosis, Management/ M. Hertl. - 3rd ed. - Springer, 2011. - 469p.
2. Burns T. Rook's Textbook of Dermatology / T. Burns [et al.]. - 8nd ed. - UK: WILEY-BLACKWELL, 2010. - 4362 p.
3. Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 2 volume set. / K. Wolff [et al.]. - 7th ed. - NY: McGraw-Hill Professional, 2007. - 2402p.
4. Kneisei A. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations / A. Kneisei [et al.] // JDDG. - 2011. - № 9. - P. 844-857.
5. SidoniaMihai. Immunopatology and molecular diagnosis of autoimmune bullous diseases / MihaiSidonia, SitaruCassian // J. Cell. Mol. Med. - 2007. - № 3. - Vol. 11. - P. 462-481.
6. Caproni M. Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis /M.Caproni [et al.] // JEADV. - 2009. - № 23.-P. 633-638.

■ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СПЕКТР АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПАХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Колос Ю.В., Лукьянов А.М.

Белорусский государственный медицинский университет

Г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Акантолитическая пузырчатка является наиболее тяжелой формой аутоиммунных буллезных дерматозов. До начала эры глюкокортикостероидов данная нозология в большинстве случаев имела неуклонно прогрессирующее течение и заканчивалась летально вследствие генерализации процесса, массивной потери жидкости и белка, электролитных нарушений, присоединения вторичной инфекции [1-3].

Выделяют 5 основных форм акантолитической пузырчатки: вульгарную (и ее вариант - вегетирующую), листовидную (и

ее варианты – бразильскую и эритематозную), паранеопластическую, лекарственно-индуцированную и IgA-ассоциированную. Каждая из них имеет свои особенности клинических и иммунологических проявлений [1, 2].

В настоящее время общепризнанной является аутоиммунная теория патогенеза акантолитической пузырчатки, объясняющая развитие заболевания выработкой аутоантител к определенным антигенным структурам кожи и слизистых оболочек. В последние десятилетия описан ряд аутоантигенов и аутоантител при пузырчатке, однако ключевую роль в развитии данной нозологии занимает выработка аутоантител (IgG) против компонентов десмосом - десмоглеина 1 и 3 (ДСГ 1 и 3) [1-7].

Десмоглеины 1 и 3 относятся к семейству кадгеринов - трансмембранных кальцийзависимых гликопротеинов, каждый из которых имеет экстрацеллюлярный, трансмембранный и цитоплазматический домен, связан-

ный с цитоскелетом клетки. Данные белки являются одними из основных компонентов десмосом – особых межклеточных контактов, обеспечивающих целостность кожи и слизистых оболочек [1, 2].

Аутоантитела к ДСГ 1 и ДСГ 3 вызывают разрушение межклеточных контактов - акантолиз, что клинически проявляется пузырьным синдромом на слизистых и/или коже [1-4].

Различия в локализации пузырей при различных формах акантолитической пузырчатки объясняется десмоглеиновой компенсаторной теорией, в соответствии с которой ДСГ 1 и ДСГ 3 компенсируют функцию друг друга, когда оба экспрессированы в одних и тех же клетках. Вот почему, когда в сыворотке присутствуют только анти-ДСГ 1-аутоантитела, как в случае листовидной пузырчатки, возникают поверхностные пузыри на коже, так как в глубоких слоях эпидермиса и на слизистых, где экспрессирован преимущественно ДСГ 3, потеря функции ДСГ 1 компенсируется ДСГ 3 [1,7].

Когда в сыворотке присутствуют только анти-ДСГ 3-аутоантитела, как в случае вульгарной пузырчатки с преимущественным поражением слизистой полости рта, пузырьный синдром проявляется в основном на слизистых, где высокая экспрессия ДСГ 3 и низкая ДСГ 1, в то время как кожа с высокой экспрессией ДСГ 1 компенсирует потерю ДСГ 3 и остается в большинстве случаев интактной [1,7].

При слизисто-кожном типе вульгарной пузырчатки, аутоантитела вырабатываются как против ДСГ 1, так и ДСГ 3, что приводит к потере функции обоих белков, и пузырьный синдром наблюдается как на слизистых, так и на коже [1,7].

Цель работы: оценить ассоциацию клинического фенотипа с молекулярным спектром аутоантител у пациентов с акантолитической пузырчаткой.

Материалы и методы.

В исследование включали 30 пациентов с диагнозом акантолитической пузырчатки:

- 23 пациента с L10.0 Вульгарная пузырчатка;
- 3 пациента с L10.1 Вегетирующая пузыр-

чатка;

- 4 пациента с L10.2 Листовидная пузырчатка.

Подтверждение диагноза осуществляли с помощью иммуноферментного анализа с сывороткой крови. Иммуноферментный анализ проводили с использованием тест-систем Euroimmun Anti-Desmoglein 1 ELISA (Ig G), Euroimmun Anti-Desmoglein 3 ELISA (Ig G), содержащих рекомбинантные антигены десмоглеин 1 и 3 соответственно.

С помощью планшетного **спектрофотометра BioTek ELx800** измеряли интенсивность окрашивания (оптическую плотность) в лунках при длине волны 450 нм.

Концентрации аутоантител в сыворотках пациентов (в ОЕд/мл) определяли путем построения калибровочных графиков с использованием полученных значений оптической плотности калибраторов, входящих в состав тест-систем

Результат теста считали положительным при концентрации аутоантител выше или равно пороговому значению (cut-off) – 20 ОЕд/мл.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения STATISTICA 10.0. Нормальность распределения количественных данных оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Для сравнения различий концентрации аутоантител в группах вульгарной (вегетирующей) и листовидной пузырчатки использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Для анализа ассоциации молекулярного спектра аутоантител с нозологической формой, а также с клиническим фенотипом акантолитической пузырчатки использовали критерий ². Статистически значимыми результаты считали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Аутоантитела (Ig G) к десмоглеину 3 (ДСГ 3) были обнаружены в сыворотках всех пациентов с вульгарной и вегетирующей пузырчаткой. Концентрации антител характеризовались нормальным распределением ($p > 0,05$), минимальное значение – 22,6 ОЕд/мл, максимальное значение

Таблица 1 – Концентрация аутоантител к десмоглеину 3 в сыворотках крови пациентов с акантолитической пузырьчаткой

Концентрация аутоантител к ДСГ 3	Вульгарная (вегетирующая) пузырьчатка, ОЕд/мл	Листовидная пузырьчатка, ОЕд/мл
Min-Max	22,6 – 506,6	-2,87 – 18,76
M (s)	242,67 (151,21)	6,24 (9,38)
$p = 0,001678$		

Таблица 2 – Концентрация аутоантител к десмоглеину 1 в сыворотках крови пациентов с акантолитической пузырьчаткой

Концентрация аутоантител к ДСГ 1	Вульгарная (вегетирующая) пузырьчатка, ОЕд/мл	Листовидная пузырьчатка, ОЕд/мл
Min-Max	- 0,93 – 353,64	78,7 – 400,7
M (s)		222,28 (163,31)
Me (25% -75%) 52,15 (9,10 - 168,40)		
$p = 0,071899$		

Таблица 3 – Ассоциация нозологической формы акантолитической пузырьчатки и молекулярного спектра аутоантител

Нозологическая форма акантолитической пузырьчатки (по МКБ-10)	Молекулярный спектр аутоантител			$\chi^2 = 23,56$ $p = 0,00001$
	ДСГ 1, абс., (%) случаев	ДСГ 3, абс., % случаев	ДСГ 1 + ДСГ 3, абс., % случаев	
L 10.0 Вульгарная (и ее вариант L 10.1 Вегетирующая) пузырьчатка, n=26	0	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
L 10.2 Листовидная пузырьчатка, n=4	4 (100%)	0	0	

– 506,6 ОЕд/мл, M(s) – 242,67 (151,21) ОЕд/мл (таблица 1).

В случае листовидной пузырьчатки концентрации аутоантител (Ig G) к ДСГ 3 были ниже порогового значения (20 ОЕд/мл). Концентрации антител характеризовались нормальным распределением ($p > 0,05$), минимальное значение – 2,87 ОЕд/мл, максимальное значение – 18,76 ОЕд/мл, M(s) – 6,24 (9,38) ОЕд/мл (таблица 1).

Аутоантитела (Ig G) к десмоглеину 1 (ДСГ 1) в диагностически значимых концентрациях были обнаружены в 16 из 26 случаев вульгарной и вегетирующей пузырьчатки. Концентрации антител характеризовались ненормальным распределением ($p < 0,05$), ми-

нимальное значение – -0,93 ОЕд/мл, максимальное значение – 353,64 ОЕд/мл, Me (25%-75%) – 52,15 (9,10-168,40) (таблица 2).

Во всех случаях пациентов с листовидной пузырьчаткой в сыворотках крови были выявлены аутоантитела (Ig G) к ДСГ 1. Концентрации антител характеризовались нормальным распределением ($p > 0,05$), минимальное значение – 78,7 ОЕд/мл, максимальное – 400,7 ОЕд/мл, M(s) -222,28 (163,31) ОЕд/мл (таблица 2).

Различия в концентрации аутоантител (Ig G) к ДСГ 3 у пациентов с вульгарной (вегетирующей) и листовидной пузырьчаткой были статистически значимыми ($U = 0,00$, $p = 0,001678$), к ДСГ 1 – статистически незначимые ($U =$

Таблица 4 – Ассоциация молекулярного спектра аутоантител и клинического фенотипа акантолитической пузырчатки

Клинический фенотип пациентов с акантолитической пузырчаткой	Молекулярный спектр аутоантител			$\chi^2 = 35,19$ $p = 0,000001$
	ДСГ 1, абс., (%) случаев	ДСГ 3, абс., % случаев	ДСГ 1 + ДСГ 3, абс., % случаев	
с изолированным поражением слизистых, n=7	0	7 (100%)	0	
с изолированным поражением кожи, n=7	4 (57,1%)	0	3 (42,9%)	
с сочетанным поражением слизистых и кожи, n=16	0	2 (12,5%)	14 (87,5%)	

22,00, $p = 0,071899$).

Таким образом, листовидная пузырчатка была ассоциирована с выработкой аутоантител к ДСГ 1 (в 100% случаев), в то время как в случае вульгарной и вегетирующей пузырчатки обнаруживались аутоантитела либо к ДСГ 3 (в 38,5% случаев), либо к ДСГ 3 и 1 (в 61,5% случаев) (таблица 3). Различия в молекулярном спектре аутоантител при вульгарной (и ее варианте вегетирующей) пузырчатке и листовидной пузырчатке были статистически значимыми ($p = 0,00001$).

Клинический фенотип пациентов с акантолитической пузырчаткой также был ассоциирован с молекулярным спектром аутоантител (таблица 4). Так, в случае изолированного поражения кожи были обнаружены аутоантитела к ДСГ 1 (57,1 % случаев пациентов с указанным фенотипом, все пациенты с листовидной пузырчаткой), либо к ДСГ 1 и ДСГ 3 (42,9 % случаев соответственно, все пациенты с вульгарной (вегетирующей) пузырчаткой). При изолированном поражении слизистых выработка аутоантител наблюдалась исключительно к ДСГ 3 (100% случаев, все пациенты с вульгарной пузырчаткой). При сочетанном поражении слизистых оболочек и кожи в большинстве случаев обнаруживались аутоантитела как к ДСГ 1, так и к ДСГ 3 (87,5% случаев пациентов с указанным фенотипом, все пациенты с вульгарной (вегетирующей) пузырчаткой). Различия в молекулярном спектре аутоантител при указанных клинических фенотипах акантолитической

пузырчатки были статистически значимыми ($p = 0,000001$).

Выводы.

- Различия клинических фенотипов акантолитической пузырчатки ассоциированы с особенностями молекулярного спектра аутоантител у пациентов.
- Листовидная пузырчатка ассоциирована с выработкой аутоантител к десмоглеину 1.
- Вульгарная пузырчатка с изолированным поражением слизистой полости рта ассоциирована с выработкой аутоантител к десмоглеину 3.
- Вульгарная (вегетирующая) пузырчатка с изолированным поражением кожи характеризуется выработкой аутоантител как к десмоглеину 1, так и 3.
- В случае сочетанного поражения слизистых и кожи при вульгарной (вегетирующей) пузырчатке в большинстве случаев наблюдается выработка аутоантител как к десмоглеину 1, так и к десмоглеину 3.

Литература:

1. Bologna J. L. Bologna Dermatology 2 volume set / J. L. Bologna [et al.]. - 2nd ed. - Elsevier Limited, 2008. – 2500 p.
2. Burns T. Rook's Textbook of Dermatology / T. Burns [et al.]. – 8nd ed. - UK: WILEY-BLACKWELL, 2010. – 4362 p.
3. Kneisei A. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations / A. Kneisei [et al.] // JDDG. – 2011. – № 9. – P. 844-857.

4. Kneisei A. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy / A. Kneisei [et al.] // JDDG. – 2011. – № 9. – P. 927-947.
5. Sidonia Mihai. Immunopatology and molecular diagnosis of autoimmune bullous diseases / Mihai Sidonia, Sitaru Cassian // J. Cell. Mol. Med. – 2007. -- № 3. – Vol. 11. – P. 462-481.
6. Schmidt E. Modern diagnosis of autoimmune blistering skin diseases / E. Schmidt [et. al.] // Autoimmun. Rev. – 2010. – №10. – P. 84-89.
7. Tsuruta D. Molecular diagnosis of autoimmune blistering diseases / D. Tsuruta [et. al.] // Methods Mol Biol. – 2013. – № 961. – P. 17-32.

■ ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА

Колос Ю.В., Лукьянов А.М., Левченя М.В.
Белорусский государственный медицинский университет
РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Герпетиформный дерматоз Дюринга (ГДД) – хроническое рецидивирующее заболевание из группы аутоиммунных буллезных дерматозов. Является кожным проявлением глютен-чувствительной энтеропатии (глютен - белок злаков, присутствующий в пшенице, ржи, ячмене, а также в гибридах этих зерен) [1-7].

В патогенезе данного заболевания важная роль принадлежит генетической предрасположенности. Показана строгая ассоциация с аллелями HLA-DQ2 (A1*0501, B1*02) у 90% пациентов с целиакией и герпетиформным дерматозом Дюринга. Аллели HLA-DQ8 (A1*03, B1*03) присутствуют у остальных пациентов с данной нозологией [1,7].

Клиническая картина герпетиформного дерматоза Дюринга характеризуется симметричными сгруппированными полиморфными высыпаниями: папулами, пузырьками, реже пузырьками, уртикарными и эритематозными элементами, которые в последующем эволюционируют в эрозии, корочки, эксфолиации. Элементы сыпи преимущественно локализуются на разгибательных поверхностях конечностей, особенно в области локтевых и коленных суставов, на ягодицах, в крестцовой

и межлопаточной областях, а также на лице по линии роста волос. Слизистые оболочки вовлекаются в процесс редко. Субъективно пациентов беспокоит зуд различной интенсивности, а также ощущение жжения и покалывания, зачастую предшествующие высыпаниям [1-3,5].

«Золотым стандартом» диагностики ГДД является прямая реакция иммунофлюоресценции с криосрезами биоптатов кожи пациента, выявляющая специфичные аутоантитела в виде гранулярных отложений IgA на верхушках сосочков дермы [1-4,6,7].

Серологические методы диагностики ГДД (непрямая реакция иммунофлюоресценции, иммуноферментный анализ) определяют специфичные аутоантитела в сыворотке крови пациента. Наиболее чувствительным субстратом для непрямой реакции иммунофлюоресценции является печень обезьяны, определяющая специфичные IgA против эндомизиума [1-4,6,7].

Имуноферментный анализ с рекомбинантными антигенами - один из наиболее чувствительных и специфичных методов диагностики ГДД. В настоящее время с помощью ИФА в основном определяют аутоантитела к тканевой/эпидермальной трансглутаминазе и дезаминированным пептидам глиадина. Мониторинг данных аутоантител в сыворотке крови также может использоваться для оценки соблюдения пациентом безглютеновой диеты [1-4,6,7].

Цель исследования: оценить степень расхождения клинического и серологического диагнозов у пациентов с клиническим

Таблица 1 – Характеристика тест - систем ИФА

Название тест-системы	Назначение	Чувствительность	Специфичность
Euroimmun Anti-Desmoglein 1 ELISA (Ig G)	Выявляет аутоантитела к десмоглеину 1 при акантолитической пузырчатке	96,1%	99,1%
Euroimmun Anti-Desmoglein 3 ELISA (Ig G)	Выявляет аутоантитела к десмоглеину 3 при акантолитической пузырчатке	100%	99,6%
Euroimmun Anti-Envoplakin ELISA (Ig G)	Выявляет аутоантитела к энвоплакину при паранеопластической пузырчатке	85,7%	98%
Euroimmun Anti-BP 180 - 4X ELISA (Ig G)	Выявляет аутоантитела к антигену буллезного пемфигоида 2 (BP180)	89,9%	97,9%
Euroimmun Anti-BP 230 ELISA (Ig G)	Выявляет аутоантитела к антигену буллезного пемфигоида 1 (BP230)	56,8%	97,4%
Euroimmun Anti-Tissue Transglutaminase ELISA (IgA)	Выявляет аутоантитела к тканевой трансглутаминазе при герпетиформном дерматозе Дюринга	95,7%	98,0%
Euroimmun Anti-Gliadin (CAF-3X) ELISA (Ig A)	Выявляет аутоантитела к дезаминированным пептидам из глиадина при герпетиформном дерматозе Дюринга	82,3%	95,9%

диагнозом герпетиформного дерматоза Дюринга.

Материалы и методы. В исследование включали 17 пациентов со следующими клиническими диагнозами (по МКБ 10):

L 13.0 Герпетиформный дерматоз Дюринга (n=14);

L 13.0 Герпетиформный дерматоз Дюринга и L 10.0 Вульгарная пузырчатка (n=1);

L 13.0 Герпетиформный дерматоз Дюринга и L 10.2 Листовидная пузырчатка (n=2).

Возраст обследованных пациентов составлял от 37 до 82 лет, средний возраст – M(s) – 65,12(13,77) лет, гендерное распределение – мужчины:женщины = 3:14

Серологический диагноз выставляли на основании результатов иммуноферментного анализа с рекомбинантными антигенами с использованием тест-систем компании Euroimmun (Германия). Назначение данных тест-систем, а также чувствительность и специфичность (по данным производителя) представлена в таблице 1.

Результат теста считали положительным

при концентрации аутоантител выше или равно пороговому значению (cut-off): 20 ОЕд/мл (для тест-систем, содержащих десмоглеин 1, десмоглеин 3, антиген BP180, антиген BP230, тканевую трансглутаминазу), 25 ОЕд/мл (для тест-системы, содержащей дезаминированные пептиды глиадина). Для тест-системы, содержащей энвоплакин тест считали положительным при значении оптической плотности выше 0,306.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы STATISTICA 10.0. Нормальность распределения концентрации аутоантител оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения различий концентрации аутоантител в положительных и отрицательных сыворотках использовали параметрический t-критерий Стьюдента для независимых выборок (в случае нормального распределения), а также непараметрический критерий Манна-Уитни (в случае ненормального распределения).

Результаты и обсуждение. Полученный

Таблица 2 – Молекулярный спектр аутоантител у обследованных пациентов

№ п/п	Клинический диагноз	Антитела к							Серологический диагноз
		глиадину (IgA), ОЕд/мл	тканевой транскляминазе (IgA), ОЕд/мл	десмоглеину 1 (IgG), ОЕд/мл	десмоглеину 3 (IgG), ОЕд/мл	BP180 (IgG), ОЕд/мл	BP230 (IgG), ОЕд/мл	энвоплакнину (IgG), ОП	
1	ГДД*	6,59	10,90	1,41	5,56	349,45	16,75	-	БП*
2	ГДД	3,59	3,91	0,68	3,29	6,98	18,25	-	?
3	ГДД	9,13	27,84	0,83	-0,57	10,64	15,57	-	ГДД
4	ГДД	2,47	12,44	-0,41	2,20	6,37	8,58	-	?
5	ГДД	1,34	10,04	1,49	-0,47	195,34	281,59	-	БП
6	ГДД	23,13	18,32	-0,78	20,02	8,10	19,25	0,393	ПП*
7	ГДД	11,28	2,19	19,30	-0,18	5,86	29,02	0,161	БП
8	ГДД	3,88	2,57	6,90	2,20	12,58	368,73	0,443	ПП
9	ГДД	3,97	5,64	4,41	3,48	300,02	30,08	-	БП
10	ГДД	25,38	22,67	1,71	-0,57	4,95	-0,75	-	ГДД
11	ГДД	1,34	6,50	2,00	1,70	65,55	13,50	-	БП
12	ГДД	4,34	7,07	5,91	75,53	8,75	20,83	0,377	ПП
13	ГДД	9,88	25,45	5,96	-1,56	2,76	-3,45	-	ГДД
14	ГДД	20,09	13,56	8,05	-1,04	47,37	45,47	0,3	БП
15	ГДД ВП*	26,09	1,62	49,17	278,84	6,37	12,67	0,146	ГДД ВП
16	ГДД ЛП*	74,44	5,80	88,76	-2,87	-0,13	19,31	-	ГДД ЛП
17	ГДД ЛП	86,05	-0,41	-5,47	-3,51	-3,88	19,80	-	ГДД

* - ГДД – герпетиформный дерматоз Дюринга; ВП – вульгарная пузырчатка; ЛП – листовидная пузырчатка; ПП – паранеопластическая пузырчатка; БП – буллезный пемфигоид.

при иммуноферментном анализе молекулярный спектр аутоантител у обследованных пациентов представлен в таблице 2.

Аутоантитела к тканевой транскляминазе и/или к дезаминированным пептидам глиадина в диагностически значимых концентрациях были обнаружены только в 6 случаях пациентов с клиническим диагнозом L 13.0 Герпетиформный дерматоз Дюринга, что серологически подтверждало данный диагноз [1-4,6,7].

Концентрации аутоантител к дезаминированным пептидам глиадина в положительных сыворотках характеризовались нормальным распределением ($p > 0,05$), минимальная концентрация аутоантител составила 25,38 ОЕд/мл, максимальная – 86,05 ОЕд/мл, $M(s)$ – 52,99(31,83). Концентрации аутоантител в отрицательных сыворотках характеризовались

ненормальным распределением ($p < 0,05$). Минимальное и максимальное значение концентраций составило - 1,34 и 23,13 ОЕд/мл соответственно, $Me(25-75\%)$ – 4,34(3,59-9,88). Различия в концентрации аутоантител к дезаминированным пептидам глиадина в положительных и отрицательных сыворотках были статистически значимыми ($U=0$, $p=0,003886$).

Концентрации аутоантител к тканевой транскляминазе в положительных и отрицательных сыворотках характеризовались нормальным распределением ($p > 0,05$). Минимальная концентрация аутоантител в положительных сыворотках составила 22,67 ОЕд/мл, максимальная – 27,84 ОЕд/мл, $M(s)$ – 25,32(2,59); в отрицательных сыворотках – -5,47 и 19,3 ОЕд/мл соответственно, $M(s)$ – 7,15(5,29). Различия в концентрации ау-



Рисунок 1 – Пациентка 74 лет с серологически верифицированным диагнозом буллезного пемфигоида

тоантител к тканевой трансглутаминазе в положительных и отрицательных сыворотках были статистически значимыми ($t=5,69$, $p=0,000043$).

В 3 случаях молекулярный спектр аутоантител свидетельствовал в пользу паранеопластической пузырчатки (аутоантитела к энвоплакину в сочетании с аутоантителами к десмоглеину 3 и/или BP 230 в диагностически значимых концентрациях) [1-4,6].

В 2 случаях аутоантитела к таргетным при аутоиммунных буллезных дерматозах антигенам обнаружены не были, что требовало дальнейшего диагностического поиска.

В 6 случаях в диагностически значимых концентрациях были выявлены аутоантитела к антигену буллезного пемфигоида 2 (BP 180) и/или антигену буллезного пемфигоида 1 (BP 230), что серологически верифицировало буллезный пемфигоид [1-4,6]. В большинстве случаев это были пациенты старше 74 лет, которым выставлялся клинический диагноз буллезной формы герпетиформного дерматоза Дюринга. Необходимо отметить, что в пожилом возрасте буллезный пемфигоид является самым распространенным аутоиммунным буллезным дерматозом [1-4]. Поэтому в данной возрастной группе буллезный пемфигоид необходимо обязательно включать в круг дифференциально -

диагностического поиска, особенно в случае наличия характерных буллезных элементов (рисунок 1).

Таким образом, по результатам иммуноферментного анализа клинический диагноз герпетиформного дерматоза Дюринга был подтвержден серологически только в 6 случаях (35,3%), в 6 случаях (35,3%) был верифицирован буллезный пемфигоид, в 3 случаях (17,6%) молекулярный спектр аутоантител свидетельствовал в пользу паранеопластической пузырчатки. В 2 случаях (11,8%) диагноз аутоиммунного буллезного дерматоза не был подтвержден серологически.

Выводы:

- По результатам иммуноферментного анализа с рекомбинантными антигенами гипердиагностика герпетиформного Дерматоза Дюринга составила 64,7%.
- Буллезный пемфигоид должен включаться в круг дифференциально диагностического поиска при пузырьном синдроме в случае пожилых пациентов.
- Иммуноферментный анализ с рекомбинантными антигенами является высокочувствительным и специфичным диагностическим методом, что позволяет в большинстве случаев верифицировать диагноз аутоиммунного буллезного дерматоза на основании полученного молекулярного

спектра аутоантител. Данный метод может быть рекомендован для практической медицины.

Литература:

1. Bologna J. L. Bologna Dermatology 2 volume set / J. L. Bologna [et al.]. - 2nd ed. - Elsevier Limited, 2008. - 2500 p.
2. Hertl M. Autoimmune Diseases of the Skin. Pathogenesis, Diagnosis, Management / M. Hertl. - 3rd ed. - Springer, 2011. - 469 p.
3. Burns T. Rook's Textbook of Dermatology / T. Burns [et al.]. - 8nd ed. - UK: WILEY-BLACKWELL, 2010. - 4362 p.
4. Schmidt E. Modern diagnosis of autoimmune blistering skin diseases / E. Schmidt [et al.] // Autoimmun. Rev. - 2010. - №10. - P. 84-89.
5. Kneisei A. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations / A. Kneisei [et al.] // JDDG. - 2011. - № 9. - P. 844-857.
6. Sidonia Mihai. Immunopatology and molecular diagnosis of autoimmune bullous diseases / Mihai Sidonia, Sitaru Cassian // J. Cell. Mol. Med. - 2007. - № 3. - Vol. 11. - P. 462-481.
7. Caproni M. Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis / M. Caproni [et al.] // JEADV. - 2009. - № 23. - P. 633-638.

■ ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ ОЗЕРА САКИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

М.Ю. Кузнецова, Нгема Э.Н.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

С целью изучения влияния пелоидов и рапы озера Саки на клиническое течение и состояние цитокинового профиля у больных псориазом, проведено исследование содержания в сыворотке крови провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1а, ИЛ-2, ИЛ-8, TNFα, ИЛ-10, у 45 больных бляшечным псориазом стационарной активной стадии, методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью использования прикладной программы Statistica-5. Показана высокая клиническая эффективность лечения пелоидами и рапой Сакского озера у больных бляшечным псориазом. Выявлена гиперперпродукция цитокинов со сдвигом в сторону Th-2 клеточного ответа, включающего аутоиммунные процессы. Под влиянием пелоидов и рапы Сакского месторождения отмечалась нормализация

цитокинового баланса со снижением провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в периферической крови. Пелоидобальнеотерапия на Сакском курорте может быть рекомендована к использованию в качестве иммуномодулирующей терапии больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, иммунорегуляторные процессы, цитокины, пелоиды, рапа.

Influence of natural factors of the lake of saki on a clinical current and indicators of a cytociens profile at patients with psoriasis.

M.Yu. Kuznetsova, Ngema E.N.

For the purpose of influence studying peloids and brines of the lake of Saki on the clinical current and a condition of a tsitokinovy profile at patients with psoriasis, research of the content in serum of blood pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines (SILT-1a, by IL-2, IL-8, TNFα, SILT-10, at 45 patients with blyashechny psoriasis of a stationary active stage, a method of the solid-phase immunofermental analysis (IFA) is conducted. Statistical processing of results was carried out by means of use of the applied Statistica-5 program. Results high clinical efficiency of treatment peloids and a brine of the Saksy lake at patients with blyashechny

psoriasis is shown. The giperperproduktion цитокинов with shift towards Th-2 of the cellular answer including autoimmune processes is revealed. Under influence peloids and brines of the Saksy field normalization of tsitokinovy balance with decrease pro-inflammatory and anti-inflammatory cytocien in peripheral blood was noted. Conclusions. Peloido-balneoterapiya in the Saksy resort can be recommended for use as immunomodulating therapy of patients by psoriasis.

Keywords: psoriasis, immunoregulatory processes, cytocien, peloids, brine

Введение. Псориаз является одним из наиболее распространенных аутоиммунных дерматозов с хроническим рецидивирующим течением и четкой регионарно-этнической дифференциацией распространенности. В общей структуре кожных болезней псориазом страдает от 2 до 10 % населения планеты Россия—2-3 %, Германия 4 %, Скандинавия 7-8 % [1, 3] Современными исследованиями доказано, что одним из условий формирования процессов гиперпролиферации и воспаления в коже являются нарушения иммунорегуляторных процессов, проявляющихся гиперпродукцией цитокинов клетками Th1-типа и Th2-типа иммунного ответа с участием IL-10, как наиболее релевантного фактора, способного ингибировать избыточный синтез провоспалительных цитокинов [3, 5]. Несмотря на большой арсенал медикаментозных средств, включающих применение современных, эффективных биологических модификаторов иммунного ответа, обострение псориаза не всегда удается купировать быстро и эффективно и избежать развития серьезных осложнений впоследствии.

В этом аспекте большой интерес представляет использование пелоидов и рапы рассольных водоемов. В Крыму это предполагает использование природных факторов озера Саки, находящегося вблизи Западного побережья Черного моря. Основным курортным фактором озера являются иловые среднесульфидные соленасыщенные пелоиды и высококонцентрированная минеральная вода типа рассола – рапа. В результате мно-

гочисленных исследований доказано, что по содержанию органических веществ и ряда микроэлементов Сакские пелоиды и рапа значительно превосходят зарубежные аналоги, и в частности - озера Мертвого моря.

Целью настоящего исследования явилось: изучение влияния пелоидов и рапы Сакского озера на клиническое течение и показатели цитокинового профиля у больных псориазом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 больных бляшечным псориазом, рецидивирующим течением, стационарно-активной стадии (23 женщин и 22 мужчин, в возрасте от 20 до 65 лет на базе Сакского Центрального военного клинического санатория имени Н.И. Пирогова. Кожный статус оценивали с помощью индекса охвата и тяжести заболевания (Psoriasis Area and Severity Index, P (индекс PASI - $17,33 \pm 1,30$). В большинстве случаев у 40 (87 %) больных процесс носил распространенный характер, ладонно – подошвенный псориаз выявлен у 3 (3,0 %), псориаз волосистой части головы у 2 (10 %). О качестве жизни наблюдаемых больных судили по значению DLQI (Dermatology Life Quality Index) величина, которого при начальном осмотре варьировала от 8 до 23 (среднее значение $15,4 \pm 1,2$), что соответствовало средней степени влияния заболевания на качество жизни больного.

В группу больных со средней степенью тяжести псориазического процесса включен 28 пациент (PASI $10 < PASI < 30$; среднее значение $24,3 \pm 1,9$). В группу больных с псориазом легкой степени тяжести вошло 17 пациентов ($0 < PASI < 10$; среднее значение $10,2 \pm 0,9$). Контрольную группу составили 25 практически здоровых людей (13 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 20 до 65 лет, без сопутствующей острой патологии и кожных заболеваний. Критерием клинической эффективности лечения являлось уменьшение показателя индекса PASI. Клиническое излечение регистрировалось в тех случаях, когда имел место полный регресс высыпаний, исчезновение субъективной симптоматики и снижение индекса PASI более чем на 80 %. Значительным улучшением считалось достижение регрес-

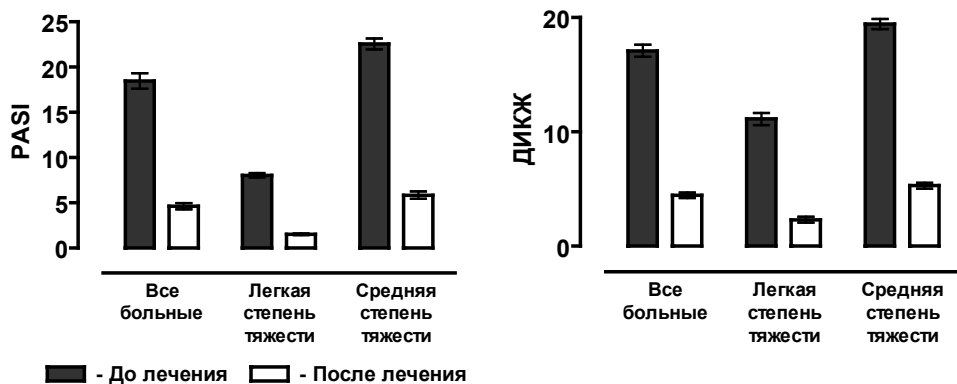


Рис. 1. Динамика индексов PASI и ДИКЖ у больных бляшечным псориазом при лечении рапой и пелоидами Сакского озера.

са клинических симптомов и редукция индекса PASI не менее, чем на 75 %, а также исчезновение субъективной симптоматики. Улучшением считалось снижение индекса PASI и регресс клинических и субъективных симптомов не менее, чем на 30%. Все больные, поступившие на санаторно-курортное лечение, получали лечебные процедуры иловыми средне-сульфидными грязями в виде аппликаций на туловище и конечности при температуре 38-40 °С с экспозицией 15-20 минут, через день, получая на курс 12-14 процедур. Бальнеотерапия предусматривала прием высоко-концентрированных хлоридно-натриевых минеральных ванн в разведении до 40 г/л, при температуре 37-38 °С в течение 15 мин, через день. Применение локальных и системных стероидов было исключено, некоторые больные продолжали использовать индифферентные и редуцирующие мази.

Концентрацию цитокинов IL-1 α , IL-2, IL-8, TNF- α и IL-10, в крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ТИФА) с помощью коммерческих тест-систем фирмы Origenium (Финляндия). ТИФА выполняли в соответствии инструкциями фирмы-производителя указанных тест-систем; для проведения измерений использовали иммуноферментный анализатор Stat Fax2100 (Awareness Tech.Inc., USA).

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью программного пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Для оценки достоверности различий показателей между независимыми выборками использовался непараметрический U-критерий Mann-Whitney. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. В качестве непараметрического критерия наличия связей между изучаемыми показателями применялся коэффициент ранговой корреляции К. Спирмена.

Результаты и обсуждение. В процессе санаторно-курортного лечения к 14 дню принятия процедур лечебной грязи и рапных ванн у всех обследованных больных бляшечным псориазом (45), (100%) отмечена положительная динамика клинической картины заболевания, снижением индекса PASI в среднем на $76,2 \pm 1,3$ % ($p < 0,001$). . Рис 1

Редукция индекса ДИКЖ составила $74,1 \pm 1,2$ % ($p < 0,001$). К окончанию курса процедур лечебной грязи и рапных ванн у (68,5%) достигнуто "клиническое излечение" у (29,4 %) отмечено "значительное улучшение" течения заболевания и у 2 % пациентов "незначительное улучшение".

Учитывая, что цитокины являются ключевыми медиаторами иммунорегуляторных

Таблица 1.

Цитокиновый профиль периферической крови больных бляшечным псориазом в процессе бальнео-пелоидотерапии (M±m).

Показатели	Контрольная группа (здоровые доноры) n=25	Больные бляшечным псориазом	
		До лечения n=45 (стартовые)	На 14 день n=45
Ил-1	3,40±0,22	13,22±0,61 p0<0,05	3,65±0,33 p0>0,05 p1>0,05
Ил-2	5,27±0,34	9,55±0,56 p0<0,05	5,22±0,38 p0>0,05 p1<0,05
Ил-8	31,32±2,28	49,88±2,52 p0<0,05	32,23±1,77 p0>0,05 p1<0,05
Ил-10	2,17±0,56	10,73±0,47 p0<0,05	5,61±0,32 p0>0,05 p1<0,05
TNF-α	1,71±0,18	3,73±0,35 p0<0,05	1,53±0,18 p0>0,05 p1<0,05

Примечание. p0 - достоверность различия показателей по сравнению с контрольной группой; p1 - достоверность различия показателей до лечения;

процессов воспаления, нами изучено содержание цитокинов периферической крови до принятия процедур лечебной грязи, рапных ванн и после окончания лечения (таблица 1).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных до лечения имело место увеличение всех фракций цитокинов. Концентрация интерлейкинов IL-1, IL-2, IL-8 и IL-10, TNFα в крови была в 3,8; 1,8; 1,6; 5,3 и 2,18 раз выше, чем у здоровых людей.

Выявленное нами одновременное увеличение провоспалительных (IL-1α, IL-2, IL-8 и TNF-α) и противовоспалительного (IL-10) интерлейкинов свидетельствует об активации Th2 звена иммунитета, индуцирующего аутоиммунный процесс в формировании воспаления кожи.

В результате принятия процедур лечебной грязи и рапных ванн происходило достоверное снижение концентрации провоспалительных IL-1, IL-2, IL-8, TNFα и противовоспалительного – IL-10. Уровень IL-2 и IL-8 к окончанию курса терапии достиг нормальных значений.

Выводы.

1. У больных бляшечным псориазом имеет место активация Th2 звена иммунитета, характеризующаяся активным выбросом в периферический кровоток провоспалительных Th1 (IL-1, IL-2, IL-8 и TNF-) и противовоспалительных Th2 (IL-10) цитокинов, что позволяет рассматривать их как клеточно-молекулярные маркеры псориаза и считать данный дерматоз как аутоиммунный с нарушением иммунорегуляторных процессов.

2. Под влиянием пелоидов и рапы озера Саки, происходила нормализация клинического течения заболевания и баланса цитокинового статуса периферической крови, что подтверждает объективные иммуномодулирующие свойства природных факторов данного месторождения. С учетом этого пелоидо-бальнеотерапия может быть рекомендована к использованию в качестве иммуномодулирующей терапии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий больных псориазом..

Литература

1. Ахлупкина Н.В. Особенности нарушений в системе цитокинов и липидного обмена у больных псориазом. / Ахлупкина Н.В. Свистунов А.А. Бакулев А.П. Захарова Н.Б. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т.7, 2. С. 434-437.
2. Гордієнко А.І. Метод визначення ендотоксинів язвувальних рецепторів на моноцитах і гранулоцитах периферичної крові: інф. лист / А.І. Гордієнко, В.О. Білоглазов, Н.В. Хіміч. - К.: УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ, 2010. - 4 с..
3. Кубанова А.А. Иммуные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А.А. Кубанова, Дж. Ф. Николас // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - №1. – С.35-47 .
4. Krueger J.C. Two consideration for patient with psoriasis and their clinicians / J.C. Krueger, S.R. Feldman // Am. Academy Dermatology. – 2007. - Vol.43. - P. 281-285.
5. Honda K.E. The effect of climatotherapy at the Dead Sea in treaty psoriasis vulgar an immunopathogenenesy study / E.Hondak, A.B.Gottlieb // Proceeding Symptoms of psoriasis at the Dead Sea. - Izrail. 2009. - P.-9

■ БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ КОЖИ

Е.А.Левончук, С.М.Тарасевич, Элджик Камиран БелМАПО,УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г.Минск

Реферат. Возникающие в период беременности эндокринологические, иммунологические и метаболические изменения ведут к кожным изменениям, которые могут быть как физиологические, так и патологические. Приведен собственный клинический случай тяжелого течения пемфигоида беременных, который потребовал длительного назначения системных кортикостероидов и преждевременного родоразрешения.

Ключевые слова: Кожа, беременность, пемфигоид беременных, лечение.

Resume. Arising during pregnancy endocrinological, immunological and metabolic changes lead to changes in skin that can be both physiological and pathological. An own clinical case of heavy flow pemphigoid pregnant, which required a long destination systemic corticosteroids and premature delivery.

Keywords: Skin, pregnancy, pregnant pemphigoid treatment .

Беременность характеризуется изменениями эндокринного, метаболического и иммунного статуса. Эти колебания могут приве-

сти к разнообразным кожным проявлениям, которые носят как физиологический, так и патологический характер.

Физиологические изменения кожи при беременности [1]:

- I. Пигментные изменения:
 - Диффузная гиперпигментация
 - Избирательная, локальная (гениталии, подмышечные области, свежие шрамы
 - Вторичная ореола
 - Потемнение белой линии живота (linea nigra)
 - Мелазма (хлоазма, «маска беременных»)
 - Потемнение веснушек и меланоцитарных невусов
- II. Волосы
 - Гирсутизм
 - Утолщение волос головы
 - Послеродовая телогенная алопеция
 - Послеродовая андрогенная алопеция
- III. Ногти
 - Подногтевой гиперкератоз
 - Дистальный онихолизис
 - Поперечные борозды
 - Ломкость ногтей
 - Ускоренный рост ногтей
- IV. Изменения со стороны желез
 - Гиперфункция эккринных желез (кроме ладоней) (потница, дисгидротическая экзема, гипергидроз)

Текназол®

Итраконазол 100 мг

капсулы



ДЕРМАТОЛОГИЯ

- самый широкий спектр действия среди противогрибковых препаратов, охватывает дерматофиты, плесневые и дрожжевые грибы
- хорошая переносимость

ЛЕГКАЯ ПОБЕДА
НАД ГРИБКОМ!



ГИНЕКОЛОГИЯ

- действует на всех известных кандид
- эффективен при хроническом рецидивирующем кандидозе

ЛЕЧИТЬ МОЛОЧНИЦУ
ПРОСТО КАК 2X2!



- Повышение активности щитовидной железы с последующим относительным йододефицитом
- Гиперфункция сальных желез (рост бугорков Монтгомери)
- Гипофункция апокринных желез
- V. Структурные изменения
- Стрии растяжения
- Акрохордон
- VI. Сосудистые изменения
- Паукообразная гемангиома
- Ладонная эритема
- Плотные отеки (руки, лодыжки, голени, лицо)
- Варикозное расширение вен
- Мраморная кожа
- Вазомоторная нестабильность
- Дермографизм (зуд)
- Пурпура
- Гиперемия десен
- Геморрой
- VII. Изменение слизистых
- Гингивит, папилломатозная гипертрофия десен
- Синеватая окраска влагалища и шейки матки

Патологические процессы, возникающие на коже у беременных, делят условно на дерматозы связанные и не связанные с риском для плода [2].

Дерматозы беременных, связанные с риском для плода:

- Пемфигоид беременных – иммунологически опосредованное расстройство, развивающееся в период с середины до конца беременности, ассоциированное с риском для плода, сопровождающееся интенсивным зудом и везикулобуллезными высыпаниями. Является наименее распространенным и наиболее опасным дерматозом, специфичным для беременных. Связан со специфическим иммуноглобулином G, направленным против зоны базальной мембраны [3].
- Холестаза беременных – обратимая форма холестаза, развивающаяся на больших сроках беременности, сопровождающаяся биохимическими отклонениями и риском осложнения у плода, с минимумом элемен-

тов сыпи [4].

- Пустулезный псориаз беременных – редкое состояние с острым началом, пустулезными высыпаниями, сопровождающееся лихорадкой, лейкоцитозом и риском для плода [1].
- Дерматозы, не связанные с риском для плода:
 - Полиморфный дерматоз беременных - зудящие уртикарные папулы и бляшки беременных, развивается при первой беременности на ее поздних сроках [1].
 - Зудящий фолликулит беременных – благоприятно протекающий дерматоз, представленный зудящими фолликулярными папулами или стерильными пустулами с типичным началом между четвертым и девятым месяцами беременности.
 - Пруриго беременных представлено отдельными зудящими эксфолированными папулами на разгибательных поверхностях.
 - Атопическая сыпь беременных может быть следствием обострения ранее существующего атопического дерматита, или впервые возникшая во время беременности и проявляющаяся экзематозными, пруригиозными элементами, манифестирующая вначале беременности.

Под нашим наблюдением находилось 10 беременных женщин с различной кожной патологией. У 3 пациенток было диагностировано обострение атопического дерматита с первых месяцев беременности, которым они страдали с детства. Одна пациентка заболела экземой кистей впервые на 8-9 недели беременности. Обострение розацеа в сроке беременности 14-15 недель имело место у 1 больной. У двух женщин в сроке 12 и 14 недель остро возникла узловатая эритема, что, по-видимому, является следствием физиологических сосудистых изменений. У одной пациентки в сроке 10 недель беременности было обострение диссеминированной красной волчанки, которой она болела в течение 13 лет и у одной – был розовый лишай Жибера.

Но наибольший интерес представляет пациентка с пемфигоидом беременных.

Большая М. 35 лет, впервые обратилась

в кожвендиспансер 11.03.2013г.с жалобами на высыпания на кистях, возникшие 21.02.2013г. Беременность третья, срок 21 неделя. с 11.03 по 29.03 находилась на стац. лечении в Вилейском КВД с диагнозом микробная экзема. Выписана с незначительным улучшением. 14.05 состояние резко ухудшилось и пациентка была госпитализирована в Минский городской кожвендиспансер, где с 20.05 по 6.06 проходила лечение с диагнозом герпетиформный дерматоз Дюринга. Была проведена терапия азитромицинов внутривенно, витаминотерапия и дезинтоксикационная. Выписана с улучшением. Однако через несколько дней состояние пациентки начало ухудшаться: появились множественные пузырьки, эрозии, отеки на нижних конечностях, в связи с чем 21.06 было госпитализирована в отделение интенсивной терапии Минского областного роддома. Консилиум в составе дерматовенерологов, акушер-гинекологов и неонатологов выставил диагноз Пемфигоид беременных (Герпес беременных). Проведенное лечение: преднизолон 30 мг в сутки, солумедрол 500 мг однократно, азитромицин, папаверин, димедрол фурсосемид, пентоксифиллин, сорбифер, лоратодин, цефтриаксон, в связи с выраженной альбуминурией – 5% альбумин. После стабилизации общего состояния пациентка была переведена для дальнейшего лечения в Минский городской КВД, где находилось с 28.06 по 19.07. При поступлении общее состояние пациентки удовлетворительное. Беременность 26-27 недель. Состояние плода по данным КТГ и УЗИ удовлетворительное. Патологический процесс на коже носит распространенный острый мокнущий характер. Сыпь обильная, симметричная, склонная к группировке с поражением кожи туловища и конечностей, без вовлечения в процесс слизистых оболочек. Высыпания полиморфные: пузырьки, волдыри, микровезикулы, эрозии, корки. Основной патологический элемент – пузырьки, которые возникают как в районе уртикарных элементов, так и на внешне нормальной коже. Пузырьки с плотной покрывкой, которые после вскрытия образуют эрозии, не увеличивающиеся в размерах, но склон-

ные к слиянию. Симптом Никольского отрицательный. Из эрозий выделяется большое количество межтканевой жидкости, которая засыхает, образуя толстые, рыхлые, слоистые корки.

Беременность третья. Две предыдущие протекали без осложнений. В первом триместре настоящей беременности в связи с угрозой выкидыша принимала дюфастон. В общих анализах крови, мочи, биохимическом анализе патологии не выявлено. Проводимое лечение: дозу преднизолона повысили до 60, затем до 90 мг в сутки в связи с низкой эффективностью терапии. На дозе 90 мг в сутки состояние больной начало быстро улучшаться и в течение одной недели основная масса эрозий было эпителизирована, свежих высыпаний не появлялось. После снижения дозы до 30 мг преднизолона в сутки (6 таблеток), больная была выписана для дальнейшего амбулаторного лечения. В связи с форсированным снижением дозы преднизолона до 4 таблеток, 31.07 пациентка была опять госпитализирована с незначительным обострением процесса (появились свежие высыпания на месте разрешившихся). Доза преднизолона была повышена до 60 мг в сутки, достигнута стабилизация процесса, но в связи с угрозой развития надпочечниковой недостаточности у плода, было принято решение об искусственном родоразрешении в сроке 33-34 недели. 8.08.2013 родоразрешена кесаревым сечением. Ребенок мужского пола 1800 г, 42 см, Апгар 8. В послеродовом периоде высыпания сохранялись и попытка снизить дозу преднизолона ниже 4 таблеток сопровождалась обострением заболевания. Было принято решение перевести больную на медрол и медленно снижать дозу.

Особенностью приведенного случая является раннее начало заболевания в сроке 18 недель (обычно в третьем триместре), тяжелое течение, сопровождающееся выраженной ликвореей и гипоальбуминурией и длительное сохранение высыпаний в послеродовом периоде. Раннее родоразрешение в случае упорного течения заболевания и необходимости длительного применения кортикостероидов снижает риск для плода,

так как считается, что основную угрозу представляет не заболевание, а применяемое лечение.

Таким образом, беременность являясь особым физиологическим состоянием, изменяющим иммунологический, эндокринологический и метаболический статус, ведет к возникновению физиологических и патологических процессов на коже. Физиологические состояния не представляют угрозы и требуют только правильной их трактовки и объяснения больным. Во время беременности наиболее часто случаются обострения существующих до беременности хронических дерматозов, которые протекают более агрессивно и имеют ограниченные методы терапии. Достаточно редко встречаются заболевания, представляющие угрозу для плода. Поэтому они менее известны дерматологам и акушерам-гинекологам. Приведенный выше случай заболевания пемфигоидом беременных свидетельствует о том, что это достаточно серьезное заболевание как для беременной, так и для плода. Оно может возникнуть и в первой половине беременности,

что, по-видимому, является прогностически неблагоприятным моментом, свидетельствующим о более тяжелом и длительном течении. Системные кортикостероиды являются практически единственным методом терапии. Но их длительное применение может привести к внутриутробному развитию надпочечниковой недостаточности у плода. Поэтому при длительном и тяжелом течении заболевания и необходимости длительной кортикостероидной терапии следует прибегать к преждевременному искусственному родоразрешению.

Литература:

1. Kroumpouzou G., Cohen LM: Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 45:1, 2001/
2. Ambros-Rudolph CM et al: The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified. J Am Acad Dermatol 54:395, 2006.
3. Kelly SE, Black MM, Flemig Sc: Pemphigoid gestation. J PATHOL 158:81, 1989.
4. Lammert F et al: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. J Hepatol 33:1012, 2000.

■ ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНЫЙ ГИСТИОЦИТОЗ

Е.А.Левончук¹, В.В.Крумкачев¹, Н.А.Милькота², Исмаил Хусейн Эльнбхани Махмуд¹

¹БелМАПО, ²УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г.Минск

Резюме. Лангергансоклочеточный гистиоцитоз является редким заболеванием, которое встречается в любом возрасте, имеет полиморфную клиническую картину, течение и прогноз. Это затрудняет своевременную диагностику. Приведенный пример свидетельствует о необходимости гистологического исследования при упорных и изменяющих клиническую картину дерматозах.

Ключевые слова. Лангергансоклочеточный гистиоцитоз, гистология, клиника, клинический случай.

Лангергансоклочеточный гистиоцитоз (ЛКГ)

– группа редких заболеваний, считающихся реактивными, но с широким спектром степени тяжести и поражения различных органов и систем. По международным оценкам распространенность ЛКГ составляет 4,0-5,4 случаев на 1 млн человек.

Патогенез ЛКГ остается неизвестным. Обсуждается реактивная и неопластическая природа заболевания. Самой вероятной гипотезой является клональное происхождение лангергансоклочеточных гистиоцитов у генетически предрасположенных пациентов, которые активируются вирусами (герпесвирус человека 6, цитомегаловирус, аденовирус, парвовирус?) [1].

ЛКГ – заболевание с широким спектром форм: оно может быть локальным, асимптомным с вялым течением, ограниченным изолированными поражениями костей, или системным и агрессивным, с вовлечением множества органов и выраженными симпто-

мами [2]. Традиционно, ЛКГ описывается разными терминами:

болезнь Леттера Сайва – является прототипом острой диссеминированной, мультиформной, которая обычно возникает у грудных детей и без лечения заканчивается летально

болезнь Ханд-Шюллера-Кристиана – является хронической прогрессирующей мультифокальной формой, обычно начинается в детстве

эозинофильная гранулема – является локализованной доброкачественной формой

болезнь Хашимото-Притцкера – самоизлечивающийся вариант ЛКГ, обычно присутствующий при рождении [3].

Хотя традиционная терминология может быть сохранена, важнее различать формы системного поражения, требующие системного лечения, от форм с локализованными поражениями, которые можно купировать местными средствами или наблюдать, предполагая возможность самоизлечения.

Кожные проявления при ЛКГ наблюдаются часто и могут служить ранними признаками заболевания. Типичным поражением является небольшая прозрачная папула, слегка возвышающаяся, розово-желтого цвета, обычно локализуется на туловище и коже головы. Очаги поражения часто с шелушением и мо-

гут покрываться коркой, или изъязвляться. Могут возникать везикулы, пустулы похожие на экзему, чесотку, ветряную оспу. Наличие пурпуры является плохим прогностическим признаком. Очаги поражения покрываются коркой, имеют склонность к слиянию на волосистой части головы. Иногда сливаются в бляшки на передней поверхности грудной клетки, спине. Локализация поражение на коже головы часто ведет к остеолизису костей черепа и несахарному диабету, который наблюдается более чем в 50% случаев. При системных процессах нередко вовлекаются легкие, печень, селезенка, возникает лимфаденопатия, особенно при летальных случаях.

Хотя наличие множественных поражений обычно указывает на неблагоприятный прогноз, течение ЛКГ непредсказуемо. Раннее начало (до двух лет), распространенное заболевание и наличие органной недостаточности – три основных фактора неблагоприятного прогноза.

Приводим собственный пример.

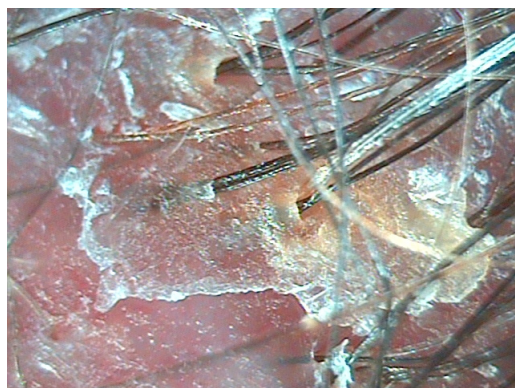
Больная Г., 57 лет, жительница Минской области, находилась на лечении в стационаре УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска с 31.10.2013г. по 19.11.2013г. с жалобами на

Рис 1. Поражение кожи головы в виде желто-коричневых корок.

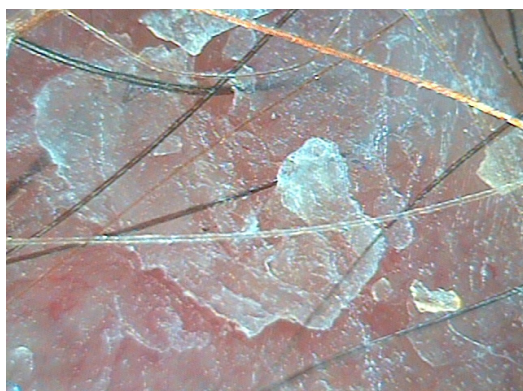




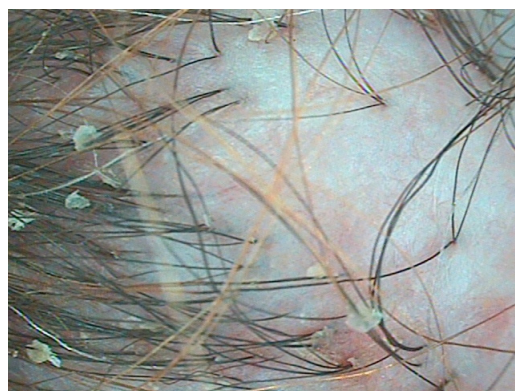
А



Б



В



Г

Рис 2. Трихоскопическая картина при гистиоцитозе: А – увеличение 10; Б и В – увеличение 60; Г – увеличение 200.

высыпания на волосистой части головы, груди, спине, сопровождающиеся зудом и болью. Считает себя больной в течение 5 лет, когда появилась сыпь на голове, с которой неоднократно обращалась в Минский областной кожвендиспансер. Лечилась амбулаторно и стационарно с разными диагнозами: себорейный дерматит, стрептодермия, асбестовидный лишай Видаля, псориаз, красная волчанка. Проводимое лечение давало незначительный эффект. Несколько месяцев назад появились высыпания на спине и груди. Была госпитализирована для обследования и лечения с предположительным диагнозом красная волчанка и себорейная

папулчатка. Страдает несхарным диабетом с 30-летнего возраста. По поводу недостаточности надпочечников постоянно принимает 2,5 мг преднизолона. При поступлении патологический процесс поражает волосистую часть головы и верхнюю часть спины и груди. Патологические элементы представлены папулами, папуло-везикулами, пузырями, которые после вскрытия образовали обширные сливающиеся эрозии, расположенные на инфильтрированном основании. Эрозии покрыты желто-коричневыми корками, по периферии – обрывки эпидермиса (рисунок 1). Симптом Никольского отрицательный. Инфильтрированные бляшки без эрозий по-

крыты гиперкератотическими чешуйками и корками. В центре разрешающихся инфильтратов имеется атрофия. Акантолитические клетки из очагов не обнаружены.

При цифровой трихоскопии на увеличении х10 определяется большое количество чешуйко-корок и признаки рубцовой алопеции, при увеличении х60-х200 – десквамированный эпидермис в виде пластов (рисунок 2).

Гистологическое исследование – фрагмент кожи с наличием под эпидермисом скопленных клеток в виде очагов типа гистиоцитов, при иммуногистохимическом исследовании соответствующих по фенотипу клеткам Лангерганса. Данная гистограмма может наблюдаться при гистиоцитозе из клеток Лангерганса (эозинофильная гранулема).

Общеклинические анализы без патологии.

Проведенное лечение: преднизолон 7,5 мг в сутки, иминорал 300 мг в сутки, аспаркам, эссенциале, ретаболил, флуконазол, адаптол, наружно оксикорт спрей.

После получения результатов гистологиче-

ского исследования больная была направлена для дальнейшего лечения в онкологический диспансер.

Таким образом, лангергансоклеточный гистиоцитоз, является редким заболеванием с многообразной и полиморфной клинической картиной. Он представляет значительные трудности для клинической диагностики, мало известен врачам-дерматологам. Приведенный пример свидетельствует о необходимости гистологического исследования при упорных и изменяющих клиническую картину дерматозах.

Литература:

1. Nezelof C., Basset F: An hypothesis Langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Blood Cancer* 42:398, 2004.
2. Stocksclaeder M, Sucker C: Adult Langerhans cell histiocytosis. *Eur J Haematol* 76:363, 2006.
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М., 2012. - Глава 148. - С. 1544-1554.

■ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕФОРМНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Музыченко А.П., Качук М.В.
УО «Белорусский Государственный
Медицинский Университет»

Резюме. В данной статье проводится анализ оценки качества жизни пациентов с акнеформными дерматозами. Было обследовано 225 пациентов с акне, розацеа и периоральным дерматитом в возрасте от 14 до 75 лет с проведением некоторых психологических тестов. Косметические дефекты могут оказывать большое влияние на качество жизни людей с этими заболеваниями.

Ключевые слова: акне, розацеа, периоральный дерматит, качество жизни, шкала самооценки депрессии Цунга.

Features psychosomatic patients with ac-

neiform dermatoses

Musychenka A.P., Kachuk M.V.

Abstract.

In this article there is a analysis of life quality of patients with acneiform dermatoses. 225 patients suffering from acne, rosacea, perioral dermatitis at ages between 14 and 75 underwent some psychological tests of examination with special regard to verification of their psychiatric symptoms. As a result, the cosmetic disfigurement may be of great importance on the lives of persons with these diseases.

Key words: acne, rosacea, perioral dermatitis, life quality, Zung Self-Rating Depression Scale.

Введение. Заболевания фациальной локализации являются актуальной проблемой современной дерматологии. Лицо является одним из ключевых средств межличностной коммуникации и наличие косметического дефекта играет важную роль в развитии пси-

хоэмоциональных расстройств у пациентов и может явиться причиной психогений [2].

Роль психогенных факторов в развитии многих кожных заболеваний несомненна. Общее эмбриональное происхождение кожи и центральной нервной системы обуславливает тесную взаимосвязь между ними. Часто психогенные факторы выступают в качестве триггеров манифестации или экзацербации заболевания, а дерматологическая патология, в свою очередь, может послужить причиной психопатологических расстройств [1, 14].

Несмотря на то, что акне, розацеа и периоральный дерматит не представляют угрозы для жизни, их хронический и торпидный характер негативно отражается на межличностных отношениях, профессиональной деятельности, значительно снижает самооценку пациентов и, как следствие, качество их жизни. Высокая заболеваемость акнеформными дерматозами и сопутствующие им косметические дефекты объясняют медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

Психосоматические заболевания составляют от 14 до 18% всех дерматозов. Для дифференциально-диагностического понимания болезни важно помнить о единстве биологических и социально-психологических механизмов происхождения психопатологических и соматических расстройств. Тревога и депрессия могут участвовать в патогенезе многих заболеваний, существенно осложняя их течение и прогноз [3, 4].

Попытки изучения соматопсихических соотношений при хронических дерматозах предпринимались многими исследователями. По данным А. Picardi, развитие психических расстройств на фоне хронических дерматозов зависит в первую очередь от локализации высыпаний. Кроме того, наибольшая доля психогений приходится на женщин с поражением кожи открытых участков тела [5]. Наблюдается взаимосвязь характеристики кожных (локализация, выраженность, распространенность) и психопатологических (структура и тяжесть) проявлений [6, 7, 8].

Акне – одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85 % людей в возрасте от 12 до 24 лет. Кроме того, в воз-

растных группах 25-34 и 35-44 лет заболеваемость акне составляет 8 и 3% соответственно. Розацеа – достаточно распространенное заболевание фациальной локализации, отличающееся хроническим, прогрессивным течением, стадийностью клинических проявлений и рефрактерностью к проводимой терапии; среди дерматологических диагнозов оно составляет около 5-7% [9, 13]. До настоящего времени причина дерматоза полностью не установлена, а гипотезы, касающиеся патогенеза, многочисленны и противоречивы. Периоральный дерматит – мультифакториальное заболевание кожи лица с хроническим рецидивирующим течением, в развитии которого важное значение имеют экзогенные факторы. Не смотря на большое количество работ по изучению акнеформных дерматозов, актуальным остается вопрос об изучении роли психоэмоциональных расстройств в формировании и течении данных заболеваний.

Цель исследования: изучить особенности психоэмоциональной сферы у пациентов с акнеформными дерматозами с использованием дерматологического индекса качества жизни и шкалы самооценки тревоги Цунга.

Материалы и методы. Изученная выборка составлена из пациентов, проходивших обследование и лечение на базе УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска с 2010 по 2014гг.

Объектом исследования явилась клиническая группа, состоящая из 225 пациентов (148 женщина, 77 мужчин) с диагнозами: «L70.0 Угри обыкновенные (acne vulgaris)», «L71 Розацеа» и «L71.0 Периоральный дерматит» по МКБ 10 пересмотра. Возраст пациентов составил от 14 до 75 лет, длительность заболевания – от 3 месяцев до 16 лет (таблица 1).

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты (мужчины и женщины) с верифицированным диагнозом акне, розацеа, периоральный дерматит в возрасте от 14 до 75 лет, способные к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

Критерии исключения: возраст больных до 14 лет, пациенты с тяжелой соматической (ту-

Таблица 1.
Общая характеристика выборки (n=225)

Верифицированный диагноз	Угри обыкновенные	Розацеа	Периоральный дерматит
Общее число больных	101	87	27
Женщины	59	56	23
Мужчины	42	31	4
Возраст, лет (M±m)	23,3±1,1	44,9±2,1	35,3±1,2
Длительность заболевания, лет (M±m)	8,8±1,3	12,7±2,4	3,6±1,4

Таблица 2.
Социодемографические характеристики выборки (n=225).

Число больных	Пол		Профессиональный статус		Семейный статус	
	мужчины	женщины	работают/учатся	иждивенцы/инвалиды	в браке	одинокие/разведенные
абс.	77	148	127	98	146	79
%	34,2	65,8	56,4	43,6	64,9	35,1

беркулез, онкологические заболевания и др.) и психо-неврологической патологией (органические заболевания центральной нервной системы, токсикомания и алкоголизм), препятствующей проведению исследования.

У 56,4% пациентов наблюдалась сохранная социальная адаптация (большинство пациентов учились и работали), при анализе семейного статуса выявлено, что 35,1% из обследованных никогда не состояли в браке или были разведены (таблица 2).

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Для изучения влияния розацеа на психологический статус пациентам было предложено пройти тестирование по двум анкетам: 1) тестирование по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ), русифицированному Н. Г. Кочергиным (2001 г.), варианту индекса Finlay (Dermatology Life Quality Index - DLQI; A.Y. Finlay, 1994), оценивающему влияние дерматологического заболевания на качество жизни больного. ДИКЖ состоит из 10 пунктов. Оценочные показатели ДИКЖ: от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов – 30 (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов) [11];

2) тестирование по шкале Цунга (Zung

Self-Rating Depression Scale) для скрининговой оценки уровня депрессии пациентов и определения степени депрессивного расстройства. Шкала содержит 20 вопросов, на каждый из которых пациент дает ответ по частоте возникновения у него того или иного признака, ранжированной в четырех градациях: "крайне редко", "редко", "часто" и "большую часть времени или постоянно". При анализе результатов оценка проводится по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность [10]. Результат в 50 баллов и выше расценивается как депрессия, в зависимости от набранной суммы баллов определяется клинический уровень депрессии (легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, умеренная и истинная депрессия).

Статистическая обработка результатов осуществлена с применением пакета статистических программ Statistica 6.0. Проводилась оценка рядов наблюдений на тип распределения с уровнем значимости 95%. Нормально



распределяемые показатели приводились в их среднем значении со средней квадратичной ошибкой: $M \pm m$. Сравнение рядов наблюдений проводилось с использованием t-критерия Стьюдента. При этом достоверность результатов соответствовала 0,05 при условии нормального распределения исследуемых признаков.

Результаты. Результаты исследования показали, что у большинства пациентов наблюдаются депрессивно - тревожные тенденции, а также снижение уровня качества жизни.

На предшествующие психотравмирующие ситуации (внутрисемейные и межличностные конфликты, смерть или длительная хроническая болезнь родственников, неудачи в профессиональной сфере) как на фактор, провоцирующий манифестацию или обострение заболевания, указывали 66,2% ($n = 149$) обследованных, из них – 97 (65,1%) женщины. Большинство пациентов указывали на чувство неуверенности в себе, снижение настроения, эмоциональную лабильность, подавленность, плаксивость, раздражительность, «избегающее поведение», сложности в межличностном общении. Кроме того, 10,7% ($n=24$) пациентов предъявляли жалобы, носившие преувеличенный характер,

не соответствующий истинной клинической картине имеющегося дерматологического процесса.

Результаты исследования показали, что у всех обследованных выявлены нарушения психоэмоционального статуса разной степени выраженности: у большинства пациентов наблюдались депрессивно - тревожные тенденции, а также снижение уровня качества жизни. В результате проведенного тестирования ДИКЖ составил $15,7 \pm 3,2$ баллов у женщин и $12,4 \pm 3,1$ баллов у мужчин. При этом максимальные значения ДИКЖ (30 баллов) отмечались у 4,0% пациентов (у 3 пациентов с акне и 6 пациентов с розацеа). Кроме того показатели ДИКЖ коррелировали со степенью тяжести заболевания, т. е. при более тяжелом течении дерматоза наблюдалось более выраженное снижение качества жизни ($r=+0,33$ при $p<0,01$).

Установлено, что различной степени выраженности депрессия имела место у 113 (67,3%) пациентов с акнеформными дерматозами. При этом по шкале самооценки депрессии Цунга у 65,8% ($n=148$) пациентов выявлен средний уровень тревожности, у 8,4% ($n=19$) – высокий уровень тревожности и у 25,8% ($n=58$) пациентов – легкая депрес-

сия ситуативного или невротического генеза (рис. 1).

У 61,8% пациентов отмечены высокие показатели, отражающие симпатикотонические вегетативные девиации, сопутствующие тревожности – учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, приступы головокружения и слабости и т. п. Вместе с тем выраженность психоэмоциональных расстройств не имела прямой зависимости от степени тяжести патологического процесса.

Выводы. Наличие дерматоза с клиническими проявлениями на коже лица (акне, розацеа, периоральный дерматит) оказывает существенное негативное влияние на психосоциальный статус пациентов. Практически у всех обследованных выявлены психоэмоциональные расстройства различной степени тяжести, коррелирующие со степенью тяжести дерматоза.

Проведенное исследование демонстрирует коморбидность дерматологической патологии с нарушением психоэмоционального статуса. Наряду с дерматологическим обследованием пациентов с акнеформными дерматозами рекомендовано дополнительное тестирование по шкале Цунга с определением дерматологического индекса качества жизни для решения вопроса о своевременном проведении рациональной психофармакотерапии.

Литература.

1. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. 2001; 40 – 7.
2. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической практике. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2006.
3. MacHale S. Managing depression in physical illness. *Advanc Psychiat treatm* 2002; 8: 297–305.
4. Александровский Ю.А., Палько О.Л., Новиков Д.А., Чехонин В.П. Особенности клинко-иммунологического статуса больных с пограничными расстройствами. *Росс. конф. "Аффективные и шизоаффективные расстройства"*. М., 2003; с. 223–5.
5. Picardi A., Abeni D., Renzy C. et al. Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the Body. *Acta Derm Venerol* 2001; 81: 410–4.
6. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 1–54.
7. Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 686–91.
8. Раева Т.В. Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков. Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1998.
9. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. Москва. - Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМД, 2005. - 160 с.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
11. Finlay A.Y., Khan G.K. // *Clin. Exp. Dermatol.* — 1994. — V. 19. — P. 210—216.
12. Zung W.W. A Self-rating Depression Scale // *Arch. Gen. Psychiat.* 1965. Vol. 12. P. 63.70.
13. Потекаев Н.Н. Розацеа. Санкт-Петербург – Москва – Санкт-Петербург: ЗАО «Издательство БИНОМ», - «Невский диалект», 2000. – 144 с.
14. Смулевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы. // *Росс. журнал кожн. и вен. болезней – 2006. – №6. – С. 33-40.*



Амоклав

Амоксициллин+клавулановая кислота

Бьет точно
в цель!



Лечение бактериальных инфекций

Лекарственное средство. Перед применением внимательно прочтите инструкцию.

Мария Кулинкович, мастер спорта Республики Беларусь, призер Кубка Европы 2010 г., чемпион РБ 2007-2010 г.г.

■ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СКРЫТОГО СИФИЛИСА В Г. МИНСКЕ

В.Г.Панкратов, О.В.Панкратов, Е.В.Коваленко, Л.В.Климова, Ю.В.Салук, Е.С.Ерыгина, А.А.Лебедевская
УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г. Минск

Целью исследования было изучение удельного веса приобретенных скрытых форм сифилиса в общей структуре заболеваемости этой инфекцией в г. Минске в период с 1997 по 2013 г., половые, возрастные и социально-личностные особенности данного контингента больных, клиническую эффективность методик лечения этих пациентов. Отмечено, что в г.Минске в течение последних 17 лет наблюдается тенденция к повышению удельного веса скрытых форм сифилиса на фоне общего снижения эпидемической волны заболеваемости этой инфекцией с преобладанием раннего скрытого сифилиса. В последние 10 лет соотношение мужчины: женщины среди больных равно практически 1 : 1. В социально-личностном плане на заболеваемость скрытым сифилисом в настоящее время в большей степени влияет семейное положение, моральные устои, злоупотребление алкоголем и поведенческие реакции, заложенные семейным воспитанием, а также профессии, предполагающие ежедневное общение с большим числом людей. Обсуждаются наиболее эффективные методики лечения больных ранним скрытым сифилисом.

Ключевые слова: сифилис, заболеваемость, скрытые формы, социально-личностные характеристики больных, лечение.

Abstract

Actual Issues of Latent Syphilis in Minsk

V.G. Pankratov, O.V. Pankratov, E.V. Kovalenko, L.V. Klimova, U.V. Saluk, E.S. Erygina, A.A. Lebedevskaya

The main object of the research is to study

share of syphilis` acquired latent forms in the structure of its morbidity in Minsk from 1997 to 2013. Sex, age, psychosocial characteristics and clinical efficacy of therapeutic methods in these patients are also studied. Last 17 years is revealed to observe the tendency to increase the share of syphilis` latent forms especially early latent syphilis while the whole morbidity of syphilis decreases. Men and women were in the ratio 1:1 for last 10 years. Nowadays syphilis` morbidity depends on family status, moral standards, alcohol dependence, profession (work with huge amount of people) and behavioral reactions. Most effective methods of treatment in patients with early latent syphilis are discussed.

Key words: syphilis, morbidity, latent forms, psychosocial characteristics, treatment

Для сифилиса характерно волнообразное течение, при этом период подъема волны заболеваемости практически в 2 раза короче периода снижения заболеваемости [1,2]. В настоящее время в Беларуси завершается третья послевоенная волна заболеваемости сифилисом, которая началась в 1989-1990 годах с пиком в 1996 году. В столице Беларуси г. Минске пик заболеваемости сифилисом также пришёлся на 1996 год, когда было выявлено 5087 больных, что составило 296,8 случая на 100 000 населения. В структуре заболеваемости ранние манифестные формы (первичный и вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек) составили 3615 случаев (71,1 %), ранний скрытый сифилис – 1460 (28,7 %), прочие формы сифилиса 12 (включая 3 случая позднего скрытого сифилиса) (0,2%). С 1997 года по 2012 год заболеваемость сифилисом в г.Минске постепенно снижалась.

Анализ литературы показывает, что в годы эпидемического подъема заболеваемости преобладают манифестные формы инфекции на фоне менее выраженного роста раннего скрытого сифилиса, а в годы снижения волны общей заболеваемости сифилисом практически повсеместно регистрируется рост

скрытых форм инфекции, особенно раннего скрытого сифилиса (2-10).

Под скрытым сифилисом понимается такая стадия сифилитической инфекции, при которой не определяются манифестные признаки болезни на коже и слизистых оболочках, не выявляются специфические поражения внутренних органов, отсутствуют патологические изменения в спинно-мозговой жидкости, а диагноз устанавливается лишь на основании положительных скрининговых (нетрепонемных) и специфических (трепонемных) серологических реакций [2- 5].

Международная статистическая классификация болезней X пересмотра (МКБ-X) предусматривает деление скрытого (латентного) сифилиса на врожденный скрытый сифилис и приобретенный скрытый сифилис. Приобретенный скрытый сифилис делится согласно этой классификации на ранний, поздний и неуточненный. Диагноз раннего скрытого сифилиса устанавливается пациентам с давностью заболевания до 2 лет, позднего скрытого – свыше 2 лет, неуточненного – при отсутствии достоверных данных о сроках заражения и давности сифилитического процесса.

Высокий удельный вес скрытого сифилиса всегда считался неблагоприятным эпидемиологическим показателем, это своеобразная бомба замедленного действия [3, 5, 8, 9].

Цель настоящего исследования: изучить удельный вес приобретенных скрытых форм сифилиса в общей структуре заболеваемости этой инфекцией в г. Минске в период с 1997 по 2013 г., половые, возрастные и социально-личностные особенности данного контингента больных, клиническую эффективность методов лечения этих пациентов.

Материалы и методы

Проводился ретроспективный анализ отчетных форм заболеваемости за указанный период времени, т.е. во время нисходящей волны заболеваемости сифилисом. С целью изучения диагностических критериев раннего и позднего скрытого сифилиса и оценки социально-личностных характеристик больных скрытыми формами сифилиса нами было изучено 915 амбулаторных карт и отдель-

ных историй болезни больных скрытым сифилисом, в том числе 396 мужчин (43,3%) и 519 женщин (56,7%). Все пациенты были в возрасте от 16 до 69 лет, причем 138 человек (15,1%) еще не достигли двадцатилетия, 333 (36,4%) были в возрасте от 21-30 лет, 208 пациентам (22,7%) было от 31 до 40 лет, 139 (15,2%) – от 41 до 50 лет, 97 больных (10,6%) были старше 50 лет. Ранний скрытый сифилис был диагностирован у 841 больного, скрытый поздний – у 55, скрытый неуточненный – 19.

Результаты и их обсуждение

Заболеваемость ранними манифестными и скрытыми формами приобретенного сифилиса в г. Минске в 1997-2013 годах отражена в таблице 1. Налицо существенное преобладание раннего скрытого сифилиса, а в первые три года нисходящей волны заболеваемости был зарегистрирован лишь один случай позднего скрытого сифилиса.

В 1996 г скрытые формы сифилиса были выявлены у 28,8% вновь зарегистрированных больных сифилисом, а в 1997 - 35,3%. В дальнейшем рост удельного веса всех скрытых форм сифилиса в г. Минске продолжался, особенно четко это прослеживается в период с 2001 по 2013 годы. Из таблицы видно, что все эти годы преобладал ранний скрытый сифилис. Но уже с 2009 годы наблюдается постепенное нарастание удельного веса сифилиса скрытого позднего и неуточненного (с 5,9 % в 2009 году до 36,5% в 2013 году). Гендерные соотношения в период с 1997 по 2004 год отличались существенным преобладанием лиц женского пола среди больных ранним скрытым сифилисом, в последние 8 лет соотношение мужчин и женщин почти сравнялось, а в иные годы имело место преобладание мужчин. Сифилис скрытый поздний и неуточненный встречался практически одинаково часто у лиц мужского и женского пола. Схожая динамика скрытых форм сифилиса в эти годы отмечена и российскими авторами. Так, в России в 1994 г удельный вес раннего скрытого сифилиса составил 14,2 %, а скрытого позднего – 0,1 %; в 1997 г. (год пика заболеваемости) – 24,7 % и 0,07 % соответственно; в 2000 г. – 36,2 % и 0,4 %

Таблица 1. Заболеваемость сифилисом в г. Минске в период с 1997 по 2013 гг.

Год	Все формы	Ранний манифестный сифилис		Ранний скрытый сифилис				Сифилис скрытый поздний и неуточненный					
		всего	%	муж	жен	всего	%	муж	жен	всего	%		
1997	3543	2283	64,4%	482	769	1251	35,3%	1	0	1	0,03%		
1998	2559	1499	58,6%	435	612	1047	40,9%	0	0	0	0		
1999	1940	1077	55,5%	362	495	857	44,2%	0	0	0	0		
2000	1579	968	61,3%	260	338	598	37,9%	3	4	7	0,4%		
2001	1365	789	57,8%	231	323	554	40,6%	6	10	16	1,2%		
2002	1006	541	53,8%	192	241	433	43,0%	10	13	23	2,3%		
2003	784	341	43,5%	201	221	422	53,8%	4	6	10	1,3%		
2004	487	197	40,5%	128	145	273	56,1%	5	8	13	2,7%		
2005	363	147	40,5%	95	95	190	52,3%	11	11	22	6,1%		
2006	315	117	37,1%	80	90	170	54,0%	9	11	20	6,4%		
2007	158	42	26,6%	51	50	101	63,9%	5	4	9	5,7%		
2008	177	48	27,1%	69	50	119	67,2%	3	2	5	2,8%		
2009	152	39	25,7%	54	46	100	65,8%	6	3	9	5,9%		
2010	132	35	26,5%	41	30	71	53,8%	13	5	18	13,6%		
2011	163	65	39,9%	41	30	71	43,6%	15	9	24	14,7%		
2012	99	31	31,3%	29	22	51	51,5%	10	6	16	16,2%		
2013	148	33	22,3%	32	25	57	38,5%	25	29	54	36,5%		
Всего за 17 лет	14970	8214	54,9%	2783		3582	6365	42,5%	126		121	247	1,65%
				1,00 : 1,29					1,04 : 1,00				

соответственно [10]. В Ставропольском крае в 1997 г. (разгар эпидемии сифилиса) показатель заболеваемости ранним скрытым сифилисом составил 17 %, в 2002 г. – 32 %, в 2004 г. – 39,3 % [8]. Украинские авторы на основании анализа литера-турных данных и материалов различных областей Украины отмечают, что в структуре скрытого приобретенного сифилиса преобладает ранний скрытый сифилис (от 57 % до 95,7 %); поздний скрытый сифилис регистрируется у 9,8 – 13,6 %, а неуточненный скрытый – у 6,4 – 13,1 % [7].

Динамика общей заболеваемости сифилисом (число случаев на 100 000 населения) и удельного веса скрытых форм сифилиса в г. Минске в период с 1996 по 2013 годы более наглядно отражена на графике 1.

Распределение больных приобретенным ранним скрытым сифилисом по возрасту и полу представлено в таблице 2.

С 1996 по 2006 год ранний скрытый сифилис регистрировался наиболее часто в возрастной группе 20-29 лет у лиц обоего

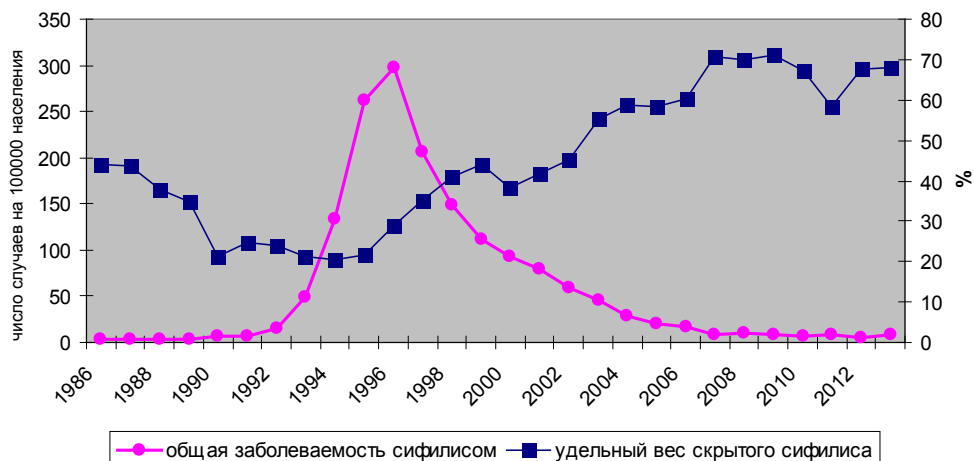
пола с существенным преобладанием женщин. Среди лиц в возрасте 30-39 лет преобладание женщин, больных ранним скрытым сифилисом, было выражено в гораздо меньшей степени, а в возрастной группе 40 лет и старше в последние 15 лет наоборот чаще с этим диагнозом регистрировались мужчины, заражающиеся сифилисом от более молодых партнёров.

Больные с диагнозом сифилис скрытый поздний или неуточненный составили 8,1 % в возрастной группе 20-29 лет, 29,5 % - в возрастной группе 30-39 лет, 32,4 % - в возрасте 40-49 лет, а удельный вес больных в возрасте 50 лет и старше составил 32,0%.

Основными критериями дифференциальной диагностики раннего и позднего скрытого сифилиса выступали возраст больных, анамнез, сведения о половых контактах и результатах конфрагации, результаты клинического осмотра (наличие «следов» бывших сифилидов), степень позитивности серологических реакций и др.

Однако в 339 амбулаторных картах и исто-

Рисунок 1. Соотношение общей заболеваемости сифилисом и удельного веса скрытого сифилиса в г. Минске в 1986-2013 гг.



риях болезни больных ранним скрытым сифилисом большинство перечисленных признаков не были отражены, что не исключает возможную гипердиагностику раннего скрытого сифилиса и недовывявление позднего скрытого сифилиса, а недоучёт случаев позднего скрытого сифилиса ведёт к росту серорезистентности после неадекватно проведенного лечения [6].

Анализ социально-личностных характеристик изучавшегося контингента больных скрытым сифилисом выявил следующие особенности. Относительно низкий уровень образования был выявлен только у 38,6 % больных. Постоянной трудовой деятельностью были заняты 566 пациентов (61,9%). Учащиеся и студенты составили 6,8 %, 19 больных (2,1 %) не имели определенного места жительства и места работы (БОМЖ). Почти каждый третий больной заявлял, что он временный безработный, что далеко не всегда подтверждалось в дальнейшем (нередко это были служащие госучреждений или солидных частных фирм). В профессиональном плане преобладали рабочие, строители, водители, работники торговли и менедже-

ры, нередко фигурировали индивидуальные предприниматели и люди интеллектуального труда.

Вредные привычки: курение (62,8%), алкоголь злоупотребляли 8,4% больных (4 % состояли на учёте в наркологическом диспансере), бытовое пьянство отмечено у 37,4 %, судимости имели 8,9 %.

Семейное положение: состояли в браке – 39,8 %, разведены – 12,2%, вдовы и вдовцы – 1,7 %, холостяки и незамужние – 46,3 %, т.е. 60,2 % не состояли в браке. Большинство больных называли 1-2 половых партнёров, но почти 9 % указывали на наличие их от 3 до 10. На внебрачные связи указали 78,8 % состоявших в браке.

Нами изучены отдаленные результаты лечения (сроки негативации КСР или РМП, РИТ, РИФ, РПГА) у 1144 больных ранним скрытым сифилисом в возрасте от 16 до 69 лет (551 мужчин и 593 женщин), все больные сняты с учёта по истечению срока наблюдения в 2008-2013 гг. Больные лечились амбулаторно, стационарно и по перманентному стационарно-амбулаторному методу (ПСАМ) с использованием водорастворимого пени-

Таблица 2. Распределение больных ранним скрытым сифилисом по возрасту и полу.

Год		Возрастные группы					
		0-14 лет	15-17 лет	18-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40 лет и >
1996	м	1	12	26	232	170	96
	ж	9	50	107	463	186	108
1997	м	3	3	19	195	165	97
	ж	2	45	107	318	183	114
1998	м	2	2	21	171	135	104
	ж	1	22	62	250	167	110
1999	м	6	3	16	105	131	101
	ж	5	25	48	213	106	98
2000	м	3	3	5	90	81	78
	ж	2	21	33	136	81	65
2001	м	-	1	7	73	75	75
	ж	4	18	30	136	72	63
2002	м	1	3	6	64	69	49
	ж	1	10	27	101	53	49
2003	м	-	1	8	71	50	71
	ж	-	10	22	93	50	46
2004	м	1	2	5	44	28	48
	ж	1	12	14	63	25	30
2005	м	-	-	3	21	30	41
	ж	-	4	12	33	19	27
2006	м	1	-	-	25	20	34
	ж	-	4	8	32	19	27
2007	м	-	-	-	14	16	21
	ж	-	2	3	16	11	18
2008	м	1	-	-	17	15	36
	ж	-	-	2	18	11	29
2009	м	-	-	-	14	20	20
	ж	-	2	2	16	13	13
2010	м	-	-	1	8	9	23
	ж	1	-	1	10	7	13
2011	м	1	1	3	8	15	13
	ж	-	-	-	11	6	13
2012	м	-	-	1	6	6	16
	ж	-	-	-	4	7	11
2013	м	-	1	1	12	19	21
	ж	-	1	2	13	9	11

циллина, новокаиновой соли пенициллина, бициллина-5 и ретарпена. Большинство больных получали одновременно антиоксидантный комплекс витаминов или один из иммуномодулирующих препаратов: тималин, тактивин, метил-урацил, иммунофан, пирогенал, полиоксидоний.

Наименьший процент формирования серорезистентности наблюдался при лечении больных ранним скрытым сифилисом ретарпеном, пенициллином по 1 г 6 раз в день, бициллином-5 по 1,5 г 3 раза в неделю, по ПСАМ (14 дней стационарного вве-

дения пенициллина по 1 млн ЕД 6 раз в сутки и 4-недельное амбулаторное введение бициллина-5 по 1,5 млн ЕД 3 раза в неделю). Средняя серорезистентность среди 1144 пролеченных больных составила 17,6 %. Клинических рецидивов не зарегистрировано, из 2 серологических рецидивов 1 (после лечения новокаиновой солью пенициллина) вызывает сомнение ввиду сексуальной распущенности и скрытности 23-летней пациентки. Наши результаты согласуются с наблюдениями российских дерматовенерологов [3, 6, 9, 11, 12]. Нас беспокоит усиливающаяся

Таблица 3. Сравнение результатов лечения 1144 больных ранним скрытым сифилисом препаратами пенициллина по различным схемам

Группы больных с учётом примененной схемы этиотропного лечения	Негати- вация КСР (РМП) за 12 мес.	Негати- вация КСР (РМП) за 24 месяца	Замед- ленная негати- вация КСР	Серо- резис- стент- ность	Негати- вация КСР (РМП) через 36 мес.	Серо- реци- дивы	Случаи реинфек- ции
Ретарпен n =169 (4,8+2,4+2,4+2,4)	<u>134</u> 79,3	<u>146</u> 86,4	<u>25</u> 14,8	<u>22</u> 13,0	<u>157</u> 92,9	1	5
Пенициллин (1 млн ЕД 4 р/день) 28 дней n= 98	<u>48</u> 49,0	<u>79</u> 80,6	<u>33</u> 31,7	<u>26</u> 26,5	<u>80</u> 81,6	-	1
Пенициллин (1 млн ЕД 6 р/день) 28 дней n= 142	<u>89</u> 62,7	<u>122</u> 86,0	<u>39</u> 27,5	<u>18</u> 12,7	<u>131</u> 92,2	-	4
Новокаиновая соль пени- циллина – 28 дней n= 80	<u>54</u> 67,5	<u>68</u> 85,0	<u>25</u> 31,2	<u>13</u> 16,2	<u>73</u> 91,2	1	2
Бициллин-5 (1,5 млн ЕД 2 р/нед -6 недель) n= 299	<u>171</u> 57,2	<u>250</u> 83,6	<u>123</u> 41,1	<u>72</u> 24,1	<u>270</u> 90,3	-	7
Бициллин-5 (1,5 млн ЕД 3 р/нед -5 недель) n= 252	<u>177</u> 70,2	<u>213</u> 84,5	<u>79</u> 31,3	<u>34</u> 13,5	<u>229</u> 90,9	-	5
ПСАМ n = 104	<u>51</u> 49,0	<u>83</u> 79,8	<u>38</u> 36,5	<u>16</u> 15,4	<u>91</u> 87,5	-	1

тенденция снятия с учёта больных ранним скрытым сифилисом с положительной РМП (от 2+ до 4+) после 4-7-летнего диспансерного наблюдения (124 больных, т.е. 10,8 %). Позитивность РИФ, РПГА и ИФА при снятии с учёта больных ранним скрытым сифилисом наблюдалась у 76,2 – 88,3 % обследованных больных.

Выводы

В г. Минске в течение последних 17 лет наблюдается тенденция к повышению удельного веса скрытых форм сифилиса на фоне общего снижения эпидемической волны заболеваемости этой инфекцией.

В структуре скрытых форм инфекции преобладает ранний скрытый сифилис, в последние 10 лет на его долю приходится от 54% до 92,8 %. В период с 1997 по 2004 год среди больных ранним скрытым сифилисом

было больше женщин, в последние 8 лет соотношение мужчин и женщин почти сравнялось, а в иные годы имело место преобладание мужчин. Скрытый ранний сифилис

чаще (почти в 75 %) регистрировался у пациентов в годы наибольшей сексуальной активности (20-39 лет), поздние формы - после 40 лет (64,4 %).

В социально-личностном плане на заболеваемость скрытым сифилисом в настоящее время в меньшей степени влияет уровень образования, а в большей – семейное положение, моральные устои, злоупотребление алкоголем и поведенческие реакции, заложенные семейным воспитанием, а также профессии, предполагающие ежедневное общение с большим числом людей.

Наиболее оптимальными методиками для амбулаторного лечения раннего скрытого сифилиса являются использование ретарпена, бициллина-5 по 1,5 млн ЕД 3 раза в неделю в течение 5 недель, новокаиновой соли пенициллина в течение 28 дней, а также ПСАМ.

Литература

1. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. О волнообразном течении заболеваемости

- сифилисом на территории Республики Беларусь // Военная медицина. – 2009. - № 4. – С. 92-96.
2. Панкратов В.Г. Панкратов О.В., Ерыгина Е.С. Скрытый сифилис – актуальная проблема венерологии и практического здравоохранения // Медицинские новости. -2009. - № 16. – С. 27-31.
 3. Аковбян В.А., Прохоренков В.И., Новиков А.И., Гузей Г.Н., Мисенко Д.Н. Сифилис/ рук-во под ред. В.И. Прохоренкова. – Москва: Мед. книга, 2002. – 300с.: ил.
 4. Борисенко К.К., Винокуров И.Н., Топоровский Л.М. Особенности течения скрытых форм сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол. – 1989. - № 11. – С.25-29.
 5. Дмитриев Г.А., Фриго Н.В. Сифилис. Дифференциальный клинико-лабораторный диагноз. –Москва:Мед.книга, 2004. – 364 с.:ил.
 6. Лосева О.К., Катунин Г.Л. Скрытый сифилис и серорезистентность. // Вестн. дерматол. венерол. – 2004. - №5. – С.42-43.
 7. Мавров Г.И., Щербак Ю.В. Скрытый сифилис на современном этапе // Венеролог.- 2005. - № 1. – С. 27-30.
 8. Прохоренков В.И., Шергин С.Н., Карачева Ю.В, Охотникова Л.А. О некоторых спорных вопросах эволюции сифилиса // ИППП. – 2003. - № 1. – С. 17-20.
 9. Чеботарев В.В., Земцов М.А., Чеботарева Н.В. О скрытых формах сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол. – 2006. - № 3. – С. 52-54.
 10. Яцуха М.В., Козырева Л.Т., Бобкова И.Н., Аверина В.И. Сифилитическая инфекция в России в период бурного развития и угасания эпидемического процесса. // ИППП. – 2002. - № 1. – С. 41-43.
 11. Кунгуров Н.В., Сурганова В.И., Герасимова Н.М. Тактика ведения больных ранними формами сифилиса // Росс. журнал кож. и вен. болезней. 2004. № 2. С. 51-53.
 12. Чеботарев В.В. Сифилис: монография. – Ставрополь: ООО «Седьмое небо». 2010. – 444 с., цв. илл. – 56.

■ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

В.Г.Панкратов, Е.И.Раковская, А.А.Хартоник, О.М.Рабчинская, С.А.Гумбар, В.А.Потапюк
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г.Минск

Склероатрофический лихен (САЛ) является медленно прогрессирующим хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек, имеет как генитальные, так и экстрагенитальные формы.

Цель исследования: изучить диагностические критерии склеро-атрофического лихена генитальной и экстрагенитальной локализации, оценить клиническую эффективность

применяемых методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 32 больных САЛ (6 мужчин и 26 женщин в возрасте от 5 до 72 лет), получавших стационарное и амбулаторное лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска в 2009-2013 г.г. Склероатрофический лихен аногенитальной локализации был у 7 больных, экстрагенитальной локализации - у 25 пациентов, а у 5 из них были одновременно поражены и наружные половые органы.

Результаты. Основными диагностическими критериями САЛ экстрагенитальной локализации были: появление на различных участках туловища мелких рассеянных или сгруппированных папул размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватых с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. У отдельных

больных наблюдались бляшкоподобные и пузырьные элементы. Белесоватые очаги поверхностной атрофии (папулы и бляшки) на коже головки полового члена или вульвы составляли основу клинической диагностики САЛ гениталий. В сомнительных случаях используются диагностические биопсии.

Лечение больных САЛ с использованием антибиотиков, ферментных препаратов, витаминов, ангиопротекторов и препаратов, улучшающих микро-циркуляцию, физиотерапевтических процедур и местного лечения с назначением стероидных кремов и мазей приводило к клиническому улучшению, но не обеспечивало клинического выздоровления. Перспективным является длительное использование клобетазоловой мази и топических ингибиторов кальциневрина, особенно при генитальной локализации болезни.

Ключевые слова: Склероатрофический лихен, экстрагенитальные и генитальные формы, диагностика, лечение.

Clinical and diagnostic criteria, current approach to treatment of lichen sclerosus et atrophicus.

V.G.Pankratov, E.I.Rakovskaya, A.A.Khartonik, O.M.Rabchinskaya, S.A.Gumbar, V.A.Potapyuk

Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) is slowly progressive chronic disease that appears as severe focal atrophy of skin and mucous membranes. LSA has genital and non-genital localization.

Research objective: to study diagnostic criteria for LSA of genital and non-genital localization, to estimate clinical efficiency of applied methods of treatment.

Materials and methods. The retrospective analysis of clinical records and out-patient cards of 32 patients with LSA (6 men and 26 women aged from 5 till 72 years) was carried out. The study was conducted at the City Clinical Dermatovenereological Dispensary (City Clinical HPC) in Minsk. LSA of genital localization was observed in 7 patients, non-genital - in 25 patients, both genital and non-genital - in 5 persons.

Results: The principal diagnostic criteria of LSA of non-genital localization were dispersed

and aggregated ivory-white or grayish-white papules sized 3-12 mm with superficial atrophy resembling crumpled tissue paper. Several patients had plaques and bullous elements. The whitish lesions of superficial atrophy (papules and plaques) on skin of head of penis or vulva were the basics of clinical diagnostics for LSA of genital localization. A biopsy of affected skin was carried out to confirm diagnosis in some cases. Treatment of patients with LSA that included antibiotics, enzymatic preparations, vitamins, vasoprotectors and microcirculation-improving preparations, physiotherapeutic procedures and topical treatment (steroid creams and ointments) led to clinical improvement but didn't provide clinical recovery. Clobetazol ointment and topical inhibitors of calcineurin were effective for LSA treatment, especially in case of genital localization of disease.

Key words: Lichen sclerosus et atrophicus (LSA), genital and non-genital types, diagnostics, treatment.

Введение. Склероатрофический лихен (САЛ) является медленно развивающимся хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. Различают генитальные и экстрагенитальные формы САЛ, возможно сочетанное проявление обеих форм заболевания у 1 пациента [1-5].

Этиология САЛ остаётся невыясненной. Учитывая нередко описанное сочетание САЛ и очаговой склеродермии дискутируется наличие общего патомеханизма у обеих этих заболеваний. Имеются указания на аутоиммунный патогенез заболевания [5]. При САЛ полового члена определённую причинную роль могут играть местное раздражение и травма.

Нет единого мнения о самостоятельности данного заболевания. Одни авторы рассматривают САЛ как вариант ограниченной склеродермии, другие - как вариант атрофической формы красного плоского лишая, а большинство зарубежных авторов рассматривают САЛ как самостоятельную нозологическую единицу [1, 3, 5, 6]. Большинство российских дермато-венерологов рассма-

тривают САЛ половых органов как поверхностную форму бляшечной склеродермии [7]. Женщины болеют в 4-10 раз чаще мужчин [3]. САЛ встречается в любом возрасте, но чаще болеют взрослые.

Описаны сочетания САЛ, бляшечной склеродермии и витилиго у 2 женщин, САЛ и бляшечной склеродермии [1], трансформация САЛ в сис-темную склеродермию у женщины 49 лет. САЛ аногенитальной области у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин [8]. Серьёзным осложнением САЛ полового члена является плоскоклеточная карцинома, на долю которой приходится до 50 % случаев рака полового члена у мужчин [8].

Цель исследования: изучить диагностические критерии склеро-атрофического лишена генитальной и экстрагенитальной локализации, оценить клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт больных САЛ, получавших стационарное и амбулаторное лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска в 2008-2013 г.г., всего 32 больных (6 мужчин и 26 женщины) в возрасте от 5 до 72 лет. Экстрагенитальная форма САЛ была диагностирована у 25 больного, причем у 5 были поражены также и половые органы. Только генитальная локализация САЛ выявлена у 7 больных: САЛ полового члена диагностирован у 3 мужчин в возрасте 29-37 лет, вульвы – у 4 девочек в возрасте от 5 до 14 лет.

Результаты и их обсуждение.

Большинство больных впервые обращались на консультацию к дермато-венерологу по поводу высыпаний САЛ спустя 1-3 месяца от момента появления первых симптомов заболевания. Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 6 лет. Экстрагенитальные очаги склеро-атрофического лишена локализовались в области спины (между лопаток) у 7 пациентов, живота и поясницы – у 9, груди (декальте)- у 2, в подмышечных областях – у 3, под молочными железами – у 6, на коже верхних и нижних конечностей – у 2, паховых складок – у 1 больной. У большинства

больных на указанных участках появлялись мелкие рассеянные или сгруппированные папулы размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватые с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. У отдельных больных папулы сливались в бляшкоподобные элементы, чаще полициклических очертаний с западением в центре и наличием комедоноподобных фолликулярных элементов на поверхности. У 6 больных высыпания локализовались одновременно в 3 анатомических областях. У 3 женщин 59, 61 и 66 лет был диагностирован распространенный САЛ, буллезная форма. У больной К., 58 лет высыпания САЛ локализовались на коже подмышечных впадин, живота и вульвы, при этом в аногенитальной области очаг атрофии имел форму «восьмёрки».

Большинство взрослых больных САЛ (20 из 25) имели по несколько сопутствующих заболеваний, среди которых преобладали гастрит (у 7 пациентов), гипотиреоз, узловатый зоб (у 4), ИБС, атеросклероз коронарных сосудов и сосудов головного мозга, артериальная гипертензия (у 8), хронический панкреатит (у 2), глаукома (у 2), метаболический синдром (у 4), поликистоз почек (у 1 больной), сахарный диабет (у 1 больной). Общие анализы крови и мочи при поступлении в стационар у абсолютного большинства больных были в пределах возрастной нормы. Практически у каждой второй больной были повышенные уровни холестерина и триглицеридов в крови, у 11 из 28 взрослых больных была повышена активность креатинкиназы в 2,2 – 5,6 раза. Болезнь Боткина в прошлом перенесли 9 больных, холецистэктомия была произведена 4 больным.

Клинически САЛ полового члена характеризовался наличием атрофических папул и бляшек белесоватого цвета на головке полового члена и выраженного лишеноидного постита у 2 больных. У 1 больного САЛ поразил крайнюю плоть с наличием кольцевидно расположенного белесоватого пятна с атрофией и уплотненной фиброзной полоской на 1,5 см от дистального конца крайней плоти, что затрудняло освобождение головки полового

члена (но это ещё не был фимоз) и создавало дискомфорт при половых связях.

У 3 девочек в возрасте 5-11 лет была диагностирована эритематозно-отёчная форма САЛ наружных гениталий. Кожно-слизистые покровы вульвы и перианальных складок были слегка гиперемированы, имелись белесоватые очаги поверхностной атрофии (отдельные из них имели вид смятой папиросной бумаги), в основном на внутренней поверхности больших половых губ. По гребню больших половых губ проходил белесоватый ободок (у 1 пациентки - с единичными мелкими кровоизлияниями, видимо, вследствие травматизации при расчёсах). Все девочки жаловались на зуд в области гениталий. У 1 девочки 14 лет была диагностирована атрофическая форма САЛ вульвы. При осмотре имелись зудящие очаги атрофии с чёткими границами и радиальной складчатостью кожно-слизистых тканей на внутренней поверхности больших половых губ, наблюдалась гипотрофия малых половых губ.

У 3 женщин с экстрагенитальным расположением высыпаний диагноз склероатрофического лишена был подтверждён гистологически. Патоморфолог констатировал наличие гиперкератоза с роговыми пробками, вакуольной дистрофии в базальном слое эпидермиса, атрофию мальпигиевой сети, отёк сосочкового слоя дермы с гомогенизацией коллагена. У остальных больных диагноз САЛ ставился на основании данных анамнеза и клинической картины.

Дифференциальную диагностику экстрагенитального склероатрофического лишена проводили с витилиго, с белой атрофией Милиана, недифференцированной формой лепры, с атрофической формой красного плоского лишая. САЛ полового члена дифференцировали с неспецифическим баланопоститом и красным плоским лишаем, а САЛ вульвы - с красным плоским лишаем, контактным дерматитом и витилиго.

Лечение больных САЛ проводилось в стационарных и амбулаторных условиях по принципам, принятым в странах СНГ [1, 2, 4]. Больным назначались: антибиотики пенициллинового ряда, ангиопротекторы (пентокси-

филлин, ксантинола никотинат, эмоксипин); препараты, улучшающие микроциркуляцию и обладающие репаративными свойствами (актовегин, троксерутин, диавитол, солкосерил), ферментные препараты (лидаза, трипсин, химотрипсин, лонгидаза, вобензим); аевит или витаминно-микроэлементные комплексы; биогенные стимуляторы; физиотерапевтические процедуры (ультразвук, фонофорез лидазы, ронидазы, химотрипсина; квантовая гемотерапия, магнитотерапия, низкоинтенсивная лазеротерапия). Наружная терапия включала использование стероидных мазей и кремов, аппликации раствора трипсина в 70%-м димексиде, крема или геля актовегин, солкосерил, троксевазиновой, гепариновой или теониколовой мази; контрактубекса или дерматикса. Практически все больные после выписки из стационара продолжали то или другое амбулаторное лечение. Однако результаты лечения не всегда были удовлетворительными, так как 7 больных экстрагенитальным САЛ в течение следующих 1-3 лет поступали повторно на стационарное лечение по 2-4 раза.

У 2 больных с САЛ полового члена после 14-дневного стационарного курса, проводившегося по приведенным выше принципам, было продолжено амбулаторное лечение клобетазоловой мазью 2 раза в день в течение 4 недель с последующим переходом на аппликации 0,1 %-й мази Протопик (такролимус) 2 раза в день в течение 6-8 недель (под наблюдением доцента В.Г.Панкратова). У обоих пациентов достигнуто полное клиническое излечение. Зарубежные авторы рекомендуют шире использовать для лечения больных со склероатрофическим лишаем местное применение сильно-действующих кортикостероидов (клобетазола), однако учитывая возможные побочные действия длительности терапии этой мазью не должна превышать 4 недели, дальнейшее лечение предпочтительно проводить ингибиторами кальциневрина (такролимуса или пимекролимуса) или более слабыми кортикостероидами (элоком крем) [5, 6, 8, 9]. Оптимальный результат достигается, по их данным, при длительности местного лечения до 24 недель.

Выводы. Склероатрофический лихен является сравнительно редким хроническим дерматозом с аногенитальными и экстрагенитальными клиническими проявлениями. Преимущественно поражает женщин среднего и пожилого возраста и детей до 10-13 лет. Соотношение мужчины - женщины было 1 : 4.

Склероатрофический лихен аногенитальной локализации был у 7 больных, экстрагенитальной локализации - у 25 пациентов, а у 5 из них были одновременно поражены и наружные половые органы.

Ведущими симптомами САЛ экстрагенитальной локализации были мелкие рассеянные или сгруппированные папулы размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватые с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. Наблюдались также бляшкоподобные элементы, чаще полициклических очертаний с западением в центре. Буллезная форма САЛ наблюдалась у 3 больных. Субъективные ощущения у большинства больных отсутствовали. Большинство взрослых больных САЛ (20 из 28) имели по несколько сопутствующих заболеваний.

САЛ генитальной локализации проявлялся наличием зудящих атрофических папул и бляшек белесоватого цвета на наружных половых органах.

Стандартное общее и местное лечение больных с САЛ не обеспечивало в большинстве случаев клинического излечения. Перспективным является использование топических кортикостероидов сильного действия и ингибиторов кальциневрина (пимекролимуса и такролимуса).

Литература

1. Каламкьян А.А., Фёдорова Е.Г. Склероатрофический лихен и его взаимоотношения со склеродермией // Вестн. дерматол. венерол. - 1982. - № 12. - С.4-7.
2. Молочков В.А., Романенко Г.Ф., Кряжева С.С. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения склероатрофического лихена // Рос. журн. кож. и вен. бол. - 2005. - № 6. - С. 10-14.
3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология: Атлас-справочник. Пер. с англ. Мак-Гроу-Хилл-«Практика». -М.- 1999. - С. 286 - 289.
4. Потекаев Н.Н., Вавилов В.В. Фиброзирующие заболевания кожи: особенности клинической картины // Клин. дерматол. и венерол. - 2013.- № 2. - С. 4-10.
5. Henning U.R. Склероатрофический лихен. - В кн.: Дерматология Фиц-патрика в клинической практике: в 3 томах. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Гольдмит, Стивен И. Кац и др. ; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А.Кубановой. -М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. - Т. 1. -2012. - С. 598-602.
6. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и венерологии. /Пер. с нем.; Под редакцией А.А.Кубановой. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - С. 579-580.
7. Никитина М.Н., Орешкина Ю.И., Гришко Т.Н. и др. Очаговая склеродермия наружных половых органов // Вестн. дерматол. венерол. - 1983. - № 8. - С. 39-43.
8. Bunker C.B. Male Genital Dermatologie. -London, Saunders, 2004.
9. Torgerson R.R. Заболевания половых органов у женщин. В кн.: Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Гольдмит, Стивен И. Кац и др. ; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А.Кубановой. -М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. - Т. 1. -2012. - С. 742-743.

■ О РОЛИ БЕЛНИКВИ В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В.Г.Панкратов, Н.З.Яговдик
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье обсуждаются довоенный и послевоенный этапы жизнедеятельности Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института (БелНИКВИ) с момента его создания в июне 1932 года до закрытия в августе 1988 г. Все эти годы БелНИКВИ был координационным руководящим центром по оказанию организационно-методической помощи органам здравоохранения и специализированной дерматовенерологической помощи населению страны. Первым директором института (1932-1938, 1945-1963 гг) был профессор А.Я.Прокопчук, с 1963 г по 1987 год - профессор О.П.Комов. На всех этапах руководство БелНИКВИ уделяло большое внимание укреплению дерматовенерологической сети и подготовке кадров дерматовенерологов, разработке вопросов научной дерматологии и венерологии, внедрению результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: БелНИКВИ, дерматовенерологическая сеть, специализированная дерматовенерологическая помощь, организация здравоохранения, внедрение научных разработок.

Abstract

About the role of the belarusian research skin and venereologic institute in formation and development of dermatological and venereologic school in the republic of belarus.

V.G. Pankratov, N.Z. Yagovdik

Pre-war and post-war stages of Belarusian research skin and venereological institute (BRSVI) activity are discussed from the moment of its creation (june 1932) till its closing (august 1988).

BRSVI was the leading coordination center for the organizational and methodical aiding to health authorities and the specialized dermatological and venereologic aiding to the population of the country in this period. The first director of the institute (1932-1938, 1945-1963) was professor A.Ya. Prokopchuk. Professor O.P. Komov directed BRSVI since 1963-1987. The direction of BRSVI paid much attention to the strengthening of dermatological and venereologic network and training of specialists in skin and venereal diseases, working up questions of scientific dermatology and venereology, adaptation of the results of scientific research in health protection.

Keywords: BRSVI, dermatological and venereologic network, specialized dermatological and venereologic help, public health organization, adaptation of the results of scientific research.

Белорусский научно-исследовательский кожно-венерологический институт (БелНИКВИ) был организован 8 июня 1932 г по решению Правительства БССР. Первым директором и организатором института был профессор Андрей Яковлевич Прокопчук. БелНИКВИ размещался в новом здании кожно-венерологической клиники, которая входила в объединение под названием «клинический городок» на территории нынешней Первой городской клинической больницы г.Минска. А.Я.Прокопчук был одновременно заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Минского государственного медицинского института, директором БелНИКВИ и кожно-венерологической клиники, председателем Республиканского научно-медицинского общества врачей дерматовенерологов. Несомненно, что такое объединение кафедры, научно-исследовательского института и дермато-венерологической клиники способствовало оказанию эффективной дермато-венерологической помощи населению Беларуси и успешному развитию научных исследований, подготовке кадров.

БелНИКВИ с 1932 года руководил борьбой с заразными кожными и венерическими заболе-

ваниями, осуществлял методическое руководство областными кожно-венерологическими диспансерами и венерологическими стационарами, городскими, межрайонными вендиспансерами и венпунктами, руководил подготовкой кадров врачей в области дерматологии и венерологии в Республике, готовил вопросы для Министерства здравоохранения, разрабатывал вопросы научной дерматологии и венерологии, осуществлял профилактическую и лечебную помощь населению страны. В институте функционировали клиническая, серологическая, бактериологическая, гистологическая, микрофотографическая и репродукционная лаборатории. При кожно-венерологической клинике имелся также рентгеновский кабинет с аппаратурой для рентгенографии и рентгенотерапии. БелНИКВИ активно работал по укреплению и развитию сети кожно-венерологических учреждений в БССР. К 1940 году в республике работали 23 кожно-венерологических диспансера, было развёрнуто 487 специализированных коек, что обеспечило улучшение эпидемиологической ситуации в БССР. Перед войной в 1940 г заболеваемость венерическими и грибковыми заболеваниями вышла на низкие цифры: на 10 000 населения сифилиса было 2,1 случая, гонореи - 8,0, стригущего лишая - 7,0, парши - 3,0.

В период с 1938 г по июнь 1941 г директором БелНИКВИ был доцент Ехиель Самуилович Певзнер. С началом Великой отечественной войны в июне 1941 г. и до июня 1944 г. в связи с оккупацией Беларуси БелНИКВИ временно не функционировал.

Совет народных комиссаров БССР своим Постановлением № 302 от 3 июня 1944 года постановил: «Возобновить работу Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института с временным нахождением его в г.Костюковичах Могилевской области». Директором был назначен профессор Иван Илларионович Богданович. С 1 октября 1944 года БелНИКВИ был переведен в г. Минск и размещился на базе второй Советской больницы по улице М.Горького, о чём имеется соответствующая информация в архиве за подписью директора

БелНИКВИ профессора И.И.Богдановича.

9 июня 1944 г вышел Приказ № 4/101 по Народному Комиссариату здравоохранения БССР (г.Ново-Белица), обязавший все областные, городские и районные отделы здравоохранения проводить с 1.06.1944 г учёт по всей территории БССР учёт больных всеми формами туберкулёза, сифилиса, гонореи, мягкого шанкра, трахомы, трихофитии, парши и чесотки. В эту работу активно включился и немногочисленный коллектив БелНИКВИ с первых дней своего возрождения. В январе 1945 г при Народном Комиссариате здравоохранения БССР была организована Межведомственная комиссия по борьбе с венерическими и кожными болезнями под председательством Министра здравоохранения М.Коваленка.

В ноябре 1944 года директором БелНИКВИ был назначен академик А.Я.Прокопчук, а профессор И.И.Богданович был переведен на должность заместителя директора института по научной работе.

Известно, что до войны было 26 членов общества дерматовенерологов в г. Минске и 71 – по Республике. В 1945 году с активным участием руководства НИКВИ восстановило свою работу Минское городское общество врачей дерматовенерологов. В 1945 году состоялись 4 заседания общества, в 1946 – 9 заседаний, в 1947 г – 7 заседаний. За эти три года было прочитано на заседаниях общества 28 докладов (из них 21 доклад был сделан сотрудниками БелНИКВИ) и представлено 53 больных. Члены общества (главным образом сотрудники кожвенинститута и кафедры кожных и венерических болезней МГМИ) выезжали в экспедиции по Беларуси 69 раз.

В 1946 году было зарегистрировано 6878 больных сифилисом – это была первая послевоенная волна заболеваемости сифилисом в XX столетии. Главным достижением работы БелНИКВИ в период с июня 1944 г по декабрь 1948 г было резкое снижение заболеваемости сифилисом, мягким шанкром, гонореей и почти полная ликвидация чесотки. Так, в 1945 г заболеваемость на 10 000 населения составила: сифилис -7,8 случая, гонореи – 14,9; в 1946 г – 10,8 и 10,0 случаев; в 1947 г – 5,8 и 5,0 случаев; в 1948 г – 3,0 случая сифилиса,

4,3 – гонореи, 5,0 –стригущего лишая и 1,9 случаев фавуса.

В первые 15 лет после Великой Отечественной войны сотрудники НИКВИ и кафедры кожных и венерических болезней МГМИ с участием практических врачей на местах под руководством академика А.Я.Прокопчука выполнили огромную экспедиционную работу по выявлению венерических и грибковых заболеваний, чесотки, провели среди населения ряд оздоровительных и профилактических мероприятий. Это позволило в относительно короткое время выявить и предупредить эпидемическое распространение этих заболеваний на территории БССР. В эти годы самоотверженно трудились такие сотрудники института, как А.Я.Прокопчук, И.И.Богданович, Б.С.Ябленик, П.М.Леоненко, Е.С.Певзнер, В.Г.Барановский, С.К.Розенталь, И.А.Ветохин, Н.А.Журавская, М.А.Кирзон, П.В.Дыло, С.С.Горбулёв, П.Я.Герке, А.Д.Целищева, Н.И.Громов, А.И.Язепчик, М.А.Кунцевич, Э.Н.Черняк, З.Ф.Грачёва, Т.Л.Клодницкая, Б.М.Гинзбург, А.Д.Попович, С.М.Башмакова, А.Т.Сосновский, Л.Г.Фёдорова, А.Г.Бондарович, П.Ф.Смольский, И.Г.Лейбман, М.Я. Грингауз, Н.И.Черноморцева, Л.П.Тимофеева, А.П.Виторский, Ф.И.Иванкова, Н.А.Костенич, и др. В 1955 – 1965 гг интенсивный показатель заболеваемости сифилисом колебался в пределах от 0,7 до 1,4 случая на 100 тысяч населения. На 1 больного сифилисом в эти годы приходилось 38- 50 больных гонореей.

С 22 апреля 1963 года директором БелНИКВИ стал к.м.н. Октябрь Павлович Комов. С 3 мая 1963 года заместителем директора института по научной работе был назначен доцент Певзнер Ехиель Самуилович (мы его звали Ефим Самойлович), который сменил на этой должности доцента Леоненко Петра Митрофановича. После смерти доцента Е.С.Певзнера с 1969 г по август 1986 года заместителем директора института по научной работе был профессор Николай Захарович Яговдик. В период с 26.08.1986 года до 1 сентября 1988 года эти функции исполнял ст.научный сотрудник, канд. мед. наук Валентин Гаврилович Панкратов. В связи с

уходом на пенсию профессора О.П.Комова с должности директора института исполняющим обязанности директора с 21.09.1987 года вплоть до ликвидации института 1 сентября 1988 года был назначен В.Г.Панкратов («последний директор БелНИКВИ» - по словам главного бухгалтера БелНИКВИ Л.М.Стремковской).

В семидесятые годы много внимания уделялось укреплению дерматовенерологической сети и подготовке кадров дерматовенерологов. Научные исследования в институте носили прикладной характер. Результаты научных исследований и нормативных разработок, выполненных в институте, учитывались Министерством здравоохранения БССР и явились обоснованием для развития сети дерматологических учреждений. На 1.01.1964 года в Республике функционировали 6 областных и 1 Минский городской кожно-венерологический диспансер, 18 межрайонных кожвендиспансеров, 182 кожвенкабинета при районных, горпоселковых больницах и поликлиниках и 7 КВК сельских больниц. А уже на 1.01.1966 г на территории Республики Беларусь функционировало 6 областных, Минский городской, 21 межрайонный кожвендиспансер, 187 кожвенкабинетов (в т.ч. 179 при городских и 8 при сельских больницах).

В 1973 году БелНИКВИ переехал в новый корпус Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера по ул. Прилуцкой 46а.

В течение 40 послевоенных лет в БелНИКВИ активно занимались вопросами патогенеза, терапии и профилактики пиодермий и профессиональных заболеваний кожи на промышленных предприятиях республики, профессиональных аллергических кожных заболеваний среди медицинских работников. Была проведена большая организационно-методическая работа по выявлению и устранению факторов, способствующих возникновению профессиональных и гнойничковых заболеваний, внедрению в практику эффективных методик их профилактики (А.Я.Прокопчук, И.И.Богданович, О.П.Комов, С.М.Башмакова, Н.И.Громов, Ф.И.Иванкова, М.Я.Грингауз, Л.П.Тимофеева, А.С.Новицкий,

А.П.Виторский, Ю.В.Салук, С.В.Федорович, М.В.Качук, В.Г.Родионова, Л.Г.Барабанов и др.).

В 1981 году по поручению Научного совета по дерматовенерологии при АМН СССР БелНИКВИ в лице зам. директора по научной работе Н.З.Яговдика возглавил в стране научное направление по изучению механизмов регуляции метаболических процессов у больных дерматозами. В рамках этой программы были изучены особенности обмена углеводов и процессов трансминирования в коже при псориазе (Н.З.Яговдик), дана оценка состояния обеспеченности организма больных псориазом и экземой тиаминном и ниацином, их перераспределение в крови и коже (Н.З.Яговдик, О.Н.Детинкин, Д.С.Янушевский, В.Г.Панкратов). Активно изучалось функциональное состояние гипофизарно-надпочечниковой, гипофизарно-тиреоидной, гипофизарно-гонадной систем у больных псориазом, атопическим дерматитом, гонореей, сифилисом (Н.З.Яговдик, М.В.Качук, Л.Г.Барабанов, В.Г.Панкратов). Проводились исследования содержания в коже биологически активных веществ (кейлоны, цАМФ, цГМФ, эпидермальный фактор роста, простогландины и др), участвующих в регуляции эпидермопозеза при псориазе (Н.З.Яговдик, И.В.Мажуль, О.Н.Детинкин, Д.С.Янушевский, В.И.Равинский, Т.А.Фёдорова, Н.М.Петровская). Результаты этих исследований легли в основу новых методик лечения больных псориазом, экземой, атопическим дерматитом, гонореей, сифилисом.

В вопросах микологии уделялось внимание изучению эпидемиологии и клиники грибковых заболеваний (Э.Н.Черняк, Н.И.Черноморцева, А.Г.Бондарович, М.Я.Грингауз, Н.А.Костенич, В.Ф.Политов), изменчивости дерматофитов (Н.А.Костенич), физико-химических характеристик поверхности кожи и состояния поверхностной водно-липидной мантии кожи у больных микозами стоп и псориазом (В.Г.Панкратов, О.П.Комов), были разработаны и внедрены в практику методы лечения больных дерматомикозами эпидермолитом и гризеофульвином (А.Н.Шиманович, А.Я.Прокопчук,

П.Ф.Смольский, Н.А.Костенич), новые методики лабораторного обследования и лечения больных с онихомикозами (В.Ф.Политов, С.А.Еременко, Л.А.Гищенко, С.Н.Наливко).

В послевоенные годы именно БелНИКВИ одним из первых в СССР начал активную разработку схем безмышьяковистого лечения больных сифилисом (А.Я.Прокопчук, С.С.Горбулев).. Основными направлениями в области сифилидологии в период с 1970 г по 1988 г были: совершенствование организационных форм борьбы, изучение патогенеза и эпидемиологии сифилиса, научное обоснование и внедрение в практику современных методов диагностики и лечения приобретенного и врожденного сифилиса, новых организационных форм борьбы с венерическими болезнями (О.П.Комов, А.П.Виторский, Л.Г.Федорова, А.Д.Попович, П.Ф.Смольский, В.Г.Панкратов, В.Г.Родионова, С.Н.Наливко, Н.И.Фёдоров, Д.А.Чеботарь, А.Л.Навроцкий, Ю.Л.Бойко, И.И.Каменко, Л.С.Лукашова, О.М.Кудянова, Я.А.Лукомская и др.). Изучение ближайших и отдаленных результатов лечения больных сифилисом препаратами пенициллина, антибиотиками резерва, препаратами висмута при одновременном их введении по перманентному и хронически перемежающимся методам, перманентного лечения сифилиса только антибиотиками позволило усовершенствовать их и повысить эффективность лечения с сокращением сроков терапии. Совместно с ЦКВИ была проведена большая работа по оценке чувствительности и специфичности РИФ, РИБТ, микрореакций на стекле (О.П.Комов, Б.М. Гинзбург, Э.И.Федорович, Е.К.Пуровская, Н.И.Федоров), внедрение которых позволило существенно улучшить диагностику сифилиса. Исследовались иммунологический статус, функции печени по данным содержания органоспецифических ферментов, функциональная активность коры надпочечников, гипофиза, щитовидной и половых желез у больных сифилисом и были выработаны предложения по рациональной терапии пациентов с нарушениями функции печени и эндокринных желез (О.П.Комов, Н.З.Яговдик, В.Г.Панкратов, И.И.Каменко). Наряду с сотрудниками отдела венерологии

БелНИКВИ в изучении научных проблем сифилидологии активно участвовали сотрудники кафедр дерматовенерологии Минского государственного медицинского института (в дальнейшем БГМУ) и Белорусского института усовершенствования врачей (в дальнейшем БелМАПО) (профессора А.Т.Сосновский, Н.З.Яговдик, Ю.Ф.Королев), а также практические врачи городского клинического КВД (Л.М.Лившиц, Г.А.Шиманский, А.А.Богданович, Л.Е.Штейнберг и др.).

Большое практическое значение имели проведенные многолетние исследования по изучению клинической картины, патогенеза и терапевтической эффективности различных антибиотиков у больных мужской и женской гонореей, чувствительности гонококка к антибиотикам (Л.О.Марченко, Н.З.Яговдик, Л.Г.Федорова, Н.И.Гулицкая, Р.Н.Пилькевич, Л.Г.Барабанов, Н.И.Гронская, В.Г.Панкратов, Т.С.Морозевич, И.А.Евсеев, Н.Д.Хиль-кевич, А.Л.Навроцкий, Е.В.Барцевич и др.).

Сотрудники института постоянно участвовали в работе Республиканских и Всесоюзных съездов и конференций дерматовенерологов, во многих международных конгрессах.

В институте всегда придавалось значение своевременному внедрению достижений науки в практику лечебно-диагностических учреждений. С этой целью институт с помощью Министерства здравоохранения ежегодно проводил научные конференции, расширенные Пленумы Правления научного общества дерматовенерологов, республиканские семинары. Было выпущено 29 сборников научных работ и издано 7 монографий. В 1982 году был организован и проведен Первый съезд дерматологов и венерологов БССР с изданием материалов.

За последние 10 лет жизнедеятельности БелНИКВИ было предложено для внедрения ряд разработанных новых способов и методик лечения, напомним лишь наиболее значимые из них: фотохимиотерапия в лечении псориаза, парапсориаза, нейродермита, красного плоского лишая, лимфом кожи и других болезней; гемосорбция для лечения псориаза, эритродермий, пузырчатки, токсидермий; ингибиторов ФДГ – кавинтона, папаверина,

теофиллина для лечения псориаза; ингибиторов протеаз - аминокaproновой кислоты, андекалина, контрикала, гордона для лечения пузырчатки, васкулитов и артропатической формы псориаза; карбоната лития в сочетании с фотохимиотерапией для лечения атопического дерматита; антиоксиданты – аевит и витамин С для лечения псориаза, сифилиса и микроспории; ингибиторы простагландинов – индометацин, мефенамовая кислота внутрь и индометациновая мазь наружно для лечения экземы, псориаза; ароматические ретиноиды в терапии тяжелых форм ихтиоза, псориаза, болезни Девержи, склеродермии и красной волчанки; препараты цинка для лечения очаговой алопеции; различные методики фонофореза и лазеротерапии для лечения хронических дерматозов. Были разработаны и внедрены ускоренные комплексные методики лечения рецидивных и скрытых форм сифилиса с широким использованием методов физиотерапии (микроволновой, лазеро- и магнитотерапии, индуктотермии коры надпочечников в сочетании с этимизолом). Разработаны и внедрены комплексные методы лечения гонореи у беременных, гонореи у мужчин и женщин, направленные на восстановление репродуктивной функции. По материалам научно-исследовательских работ за 55 лет работавшими и бывшими сотрудниками института было защищено 5 докторских и 32 кандидатские диссертации.

БелНИКВИ все эти годы был координационным руководящим центром по оказанию организационно-методической помощи органам здравоохранения и специализированной дерматовенерологической помощи населению страны. Он пользовался заслуженным авторитетом у дерматовенерологов и врачей смежных специальностей Республики Беларусь. Вот уже 25 лет как в Беларуси нет Республиканского дерматовенерологического центра.

Считаем, что созрел вопрос о внесении предложения в Минздрав об открытии в г. Минске Республиканского научно-практического центра по дерматовенерологии и косметологии.

■ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ДЕМОДИКОЗОМ В КРЫМСКОМ РЕГИОНЕ

Равлюк Д.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», ассистент кафедры кожных и венерических болезней, г.Симферополь, Российская Федерация

Исследование проводилось с целью выявления клинко-эпидемиологических особенностей течения демодикоза у больных Крымского региона. Было обследовано 168 больных демодикозом. Полученные результаты свидетельствуют о том, что тяжесть течения дерматоза, характер и морфология сыпи зависят от типа кожной секреции, давности заболевания и наличия сопутствующей патологии. Преимущественная частота рецидивов демодикоза у больных в весенне-летний период, возможно, обусловлена высоким уровнем солнечной активности, характерным для Крымского региона.

Ключевые слова: демодикоз, клиника, гендерные аспекты.

Characteristics of clinical features in patients DEMODICOSIS IN THE CRIMEAN REGION

Ravluk D.A.

The study was conducted in order to identify clinical and epidemiological features of the flow in patients with demodicosis in Crimean region. 168 patients with demodikosis were examined. The results suggest that the severity of the dermatosis, the nature and morphology of the rash depends on the type of skin secretions, duration of the disease and the presence of comorbidity. Preferential rate of recurrence in patients with demodicosis in the spring and summer, possibly due to the high solar activity, characteristic of the Crimean region.

Keywords: demodikosis, clinic, gender.

Введение. В последнее время заметно усилился интерес ученых-дерматологов к проблеме лечения и реабилитации больных

демодикозом, что связано не только частотой встречаемости этой патологии среди лиц трудоспособного возраста, но и повышением требований к внешнему виду как к фактору, играющему важную роль в личном и профессиональном успехе в социуме [1, 2].

Косметические проблемы в значительной степени осложняют социально-психологические, межличностные отношения у большинства пациентов, нередко вызывая тревогу, депрессию, снижение качества жизни, что делает проблему актуальной и важной не только в медицинском, но и в социальном аспекте [3, 4]. В результате хронического персистирующего течения воспалительного процесса при демодикозе на коже лица формируются стойкие дефекты, толерантные к большинству методов наружной терапии и косметической коррекции [2, 5].

Цель работы – выявить клинко-эпидемиологические особенности течения демодикоза у больных Крымского региона.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на результатах клинического обследования 168 больных демодикозом. Клиническая часть работы выполнена на базе стационара Республиканского кожно-венерологического диспансера. По показаниям, с целью уточнения функционального состояния внутренних органов, назначалось обследование и консультация у смежных специалистов: терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, иммунолога, гинеколога, окулиста.

Распределение больных по возрасту показало, что большинство пациентов находились в возрасте от 41 до 50 лет, причем женщины (31%) преобладали по отношению к мужчинам (16%).

Все обследуемые больные демодикозом отмечали различную давность заболевания, распространенность, сезонность обострений, количество рецидивов. Установлено, что наименьшее количество больных отмечали давность заболевания от 1 года до 3-х лет, что составило всего 24%, причем 19% из них женщин. Наибольшее количество обследуе-

мых больных отмечали давность заболевания от 5 – 8 лет и более, что составило 42%. Среди таких больных также преобладали женщины (27%) по отношению к мужчинам.

Нами была проведена оценка функциональной активности сальных желез пациентов методом себуметрии. Согласно данным визуального осмотра и себуметрии у 95 больных демодекозом (57%) регистрировали жирный (себорейный) тип кожи, что проявлялось чрезмерным функционированием сальных и потовых желез, консистенция секрета сальных желез была жидкой или восковидной. При жидкой консистенции кожа лица блестела, при более густой – блеск уменьшен, кожа имела тенденцию к образованию угрей, а иногда – узелков и пустул. Тургор и эластичность кожи сохранялись вследствие усиленного выделения секрета. Пористость кожи крупная, часто глубокая, воронковидная и придавала коже грубый рельеф.

Комбинированный (смешанный) тип кожи регистрировали у 73 больных демодекозом (43%), что проявлялось сочетанием нескольких типов кожной секреции. Чаще всего у обследуемых пациентов данной группы преобладал смешанный тип кожи с тенденцией к жирному (54 пациента – 32%).

При анализе жалоб установлено, что всех пациентов беспокоили высыпания на коже, субъективные ощущения в виде чувства жара различной интенсивности, жжения и покалывания. 72 больных предъявляли жалобы на зуд слабой и умеренной интенсивности, 93 больных – на умеренную болезненность в местах поражения. Необходимо отметить сезонный характер рецидивов заболевания: наибольшее число обострений наблюдалось в весенне-летний период (107 больных или 63%), у 12 (7%) больных заболевание носило непрерывно-рецидивирующий характер.

В анамнезе по поводу демодекоза пациенты получали различные терапевтические мероприятия в амбулаторных и стационарно-амбулаторных условиях. Однако несмотря на длительное, интенсивное лечение эффект от терапии был кратковременным, а 41 больной (24%) не отмечал какого-либо улучшения. Кроме того, часто наступали обострения дер-

матоза, требовавшие проведения повторных курсов терапии.

Результаты и обсуждение. Нами был проведен анализ клинической картины у обследуемой группы пациентов и в зависимости преобладающего характера высыпных элементов в очагах поражения кожи все больные были распределены на подгруппы согласно классификации [6]:

1. Эритематозная форма заболевания наблюдалась у 28 больных. Характеризовалась вначале появлением ливидной приливной эритемы, возникающей при влиянии механических воздействий, инсоляции, температурных колебаний (чаще высокой температуры), употреблении горячих напитков, алкоголя, острой пищи, эмоциональных всплесков и других неспецифических факторов. Поначалу продолжительность эритемы колебалась от нескольких минут до нескольких часов и сопровождалась ощущением жара или тепла, а затем бесследно исчезала, но под влиянием провоцирующих факторов или спонтанно появлялась вновь. Ее локализация чаще ограничивалась центральной частью лица и нососщечными складками, с течением времени длительность рецидивов увеличивалась, а периоды ремиссий сокращались.

На момент обследования лишь у одного больного наблюдалась характерная для ливидной эритемы картина. У остальных пациентов эритема приобретала стойкий характер с различной интенсивностью окраски – от розово-красного до насыщенного красного цвета с застойным синюшным оттенком. На фоне эритемы наблюдалась умеренная инфильтрация кожи, а также визуализировались ветвистые, переплетающиеся капиллярные телеангиэктазии ярко- или темно-красного цвета. У 14 больных эритема локализовалась в области носа и медиальных частей щек, у 25 также захватывала лоб и латеральные поверхности щек, у 17 – переходила на подбородок.

2. Папулезная форма заболевания наблюдалась у 53 больных. При папулезной форме на фоне эритемы и диффузного утолщения пораженных участков кожи с обилием тонких и широких телеангиэктазий располагались

Таблица 1
Частота встречаемости сопутствующей патологии у больных демодемозом

Сопутствующая патология	Количество больных	%
Заболевания ЖКТ различных форм и генеза	156	93
Нарушение гормонального фона у женщин	102	90
Отягощенный аллергологический анамнез	24	14
ЛОР-патология	17	10
Заболевания мочевыделительной системы	13	8

изолированные и/или сгруппированные воспалительные розово-красные папулы размером 3 – 5 мм, плотноэластической консистенции, округлых очертаний, полусферической или несколько уплощенной формы, со слабо контурированными границами. У некоторых больных папулы отличались гладкой блестящей поверхностью, но в большинстве случаев были покрыты нежными чешуйками. В основании наиболее крупных элементов отмечалась инфильтрация. Локализовались папулезные элементы в области щек, лба и подбородка, у 13 больных – также на участке кожи над верхней губой. У 5 пациентов наблюдались единичные папулы, в остальных случаях мы видели множественные, сгруппированные, не склонные к слиянию элементы. В одном случае папулы формировались на видимо неизменном фоне.

3. Пустулезная форма заболевания наблюдалась у 40 больных.

При пустулезной форме демодемоза многие узелки подвергались нагноению, в результате чего образовывались пустулы размерами от 1 до 5 мм в диаметре с содержимым желтого или зеленовато-желтого цвета. В основном пустулы локализовались в зоне эритемы, но в нескольких случаях наблюдались также за ее пределами. Элементы имели склонность к группировке преимущественно в области носогубных складок и подбородка. У 22 больных элементы помимо центрально-фациальной области наблюдались также на коже лба (до границы роста волос) и щек. У 19 больных отмечалась различной степени выраженности отечность лица. Также в пораженных участках визуализировались гнойные и кровянисто-гнойные корочки.

4. Комбинированная форма заболевания наблюдалась у 47 больных. На фоне стойкой красной или синюшно-красной застойной эритемы с обилием тонких и широких телеангиэктазий располагались характерные папулезные и пустулезные элементы. Чаще наблюдалась группировка папулезных элементов в бляшки синюшно-красного или синюшного цвета, на поверхности которых определялись мелкие (1 – 2 мм в диаметре) и крупные (до 5 – 6 мм. в диаметре) пустулезные элементы, а также гнойные и кровянисто-гнойные корочки.

Тяжелые формы дерматоза (пустулезная и комбинированная) преимущественно отмечались у больных с давностью заболевания 3 и более лет.

При обследовании у смежных специалистов была выявлена разнообразная патология внутренних органов и систем. Структура сопутствующей патологии представлена в таблице 1.

У больных демодемозом отмечалась высокая встречаемость сопутствующих заболеваний ЖКТ и гепатобилиарной системы, а у женщин – нарушение гормонального фона, что свидетельствует о необходимости комплексной терапии данного дерматоза, учитывающей триггерный фон заболевания [7].

Выводы. Таким образом, анализ результатов проведенного комплексного клинического обследования наблюдаемых нами больных демодемозом позволяет сделать ряд выводов об особенностях данной патологии у пациентов Крымского региона:

Большую часть пациентов составляют женщины (67%) в возрастном диапазоне 40 – 50 лет, преимущественно с тяжелыми формами

дерматоза. Это может быть связано с гормональной перестройкой организма женщины в перименопаузальный и менопаузальный периоды и частой обращаемостью женщин за консультацией косметолога.

Высокая частота встречаемости дерматоза у мужчин в возрасте 40 – 50 лет вероятно зависит от метаболических изменений половых гормонов, сопровождающихся и другими андрогенетическими изменениями.

Установлено, что тяжесть течения дерматоза, характер и морфология сыпи зависят от типа кожной секреции, давности заболевания и наличия сопутствующей патологии.

Нами установлено преимущественное рецидивированное заболевание у больных демодекозом в весенне–летний период, что возможно обусловлено высокой солнечной активностью, характерной для Крымского региона.

Список литературы

1. Калюжная Л.Д. Проявление иммунного реагирования у больных различными клиническими формами розацеа / Л.Д. Калюжная, Т.И. Гавриленко, Е.В. Стоянова // *Дерматология та венерология* – 2005. – №2 (28). – С.37 – 42.
2. Коган Б.Г. Розацеа, демодекоз, периоральный дерматит: спільні аспекти етіології та патогенезу, нові підходи до комплексної терапії
3. Франкенберг А.А. Опыт применения препарата «Орнизол» в комплексной терапии демодекоза / А.А. Франкенберг, В.А. Шевченко, С.В. Кривко, В.К. Шляхова // *Укр. журнал дерматології, венерології, косметології*. – 2007. – № 2. – С.41– 43.
4. Erbagci Z. The significance of Demodex folliculorum density in rosacea / Z. Erbagci, O. Ozgoztasi // *Int. J. Dermatol.* – 1998. – V.37 – P.421 – 425.
5. Копаниця О.М. Обґрунтування патогенетичної терапії патології сальних залоз у жінок в перименопаузальному періоді: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 “Шкірні та венеричні хвороби” / О.М. Копаниця. – Харків, 2005. – 19 с.
6. Коган Б.Г. Демодекоз: раціональна класифікація клінічних форм захворювання. Вплив імунних та гормональних зрушень / Б.Г. Коган // *Укр. журнал дерматології, венерології косметології*. – 2002. – №1(4). – С.62 – 66.
7. Слесарева Д.А. Состояние антиэндоксинового иммунитета у больных демодекозом / Д.А. Слесарева // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2007. – Т 10, № 1. – С.91 – 94.

■ К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Д.В. Прохоров², О.А. Притуло², Н.С. Ольшевская¹, М.Б. Испирьян²

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», ¹кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии, с курсом общей и медицинской психологии, ²кафедра кожных и венерических болезней, г.Симферополь, Российская Федерация

Целью настоящего исследования являлось изучение социально-демографических характеристик больных с меланомой кожи, влияющих на формирование основных типов отношения к болезни. Обследовано 33 пациента с меланомой кожи ($T_{1-4}N_0M_0$). Установлено, что значительное влияние на формирование внутренней картины болезни оказывают социально-демографические факторы. Неблагоприятные социальные факторы приводят к формированию дезадаптивных форм ВКБ, что по механизму порочного круга может оказывать влияние на сам болезненный процесс, усугубляя его течение. Это обуславливает необходимость оценки ВКБ и, в зависимости от типа, назначения комплексного, в том числе, психотерапевтического лечения посредством проведения рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Ключевые слова: меланома кожи, внутренняя картина болезни, социально-демографические факторы болезни.

Summary

Effect of socio-demographic factors on the formation of internal picture of disease patients melanoma in early stages of development

D.V. Prokhorov, O.A. Pritulo, N.S. Olshevskaya, M.B. Ispiryan

The purpose of this study was to examine the socio-demographic characteristics of patients

with skin melanoma affecting the formation of the main types of attitudes toward the disease. We examined 33 patients with melanoma ($T_{1-4}N_0M_0$). Found that significant influence on the internal picture of disease have socio-demographic factors. Adverse social factors lead to the formation of maladaptive forms WKB that the mechanism of the vicious circle can influence itself is a painful process, exacerbating its course. This necessitates evaluation of the WKB and, depending on the type, purpose complex, including psychotherapeutic treatment through rational and cognitive-behavioral therapy.

Keywords: skin melanoma, an internal picture of disease, socio-demographic factors.

Введение. Ежегодный и неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи вызывает особую тревогу дерматологов и онкологов. Проблема доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, в том числе диспластических невусов и меланом, остается актуальной в дерматоонкологии [1, 2].

В современной медицинской психологии считается, что процессы отражения состояния тела в психике, определяют логику развития любого заболевания. Обычно больной обращается к врачу-дерматологу или косметологу не с жалобами на наличие какого-либо новообразования на коже, а в связи с косметическими дефектами или субъективными ощущениями. Усугубляет психологический дискомфорт больных с новообразованиями кожи «социальная непрестижность» клинических проявлений, страх перед возможным «озлокачествлением» процесса, необходимостью «калечащих» операций, что приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма. Каким бы ни был пусковой фактор, в патогенез многих заболеваний вовлекаются интегративные системы организма, и прежде всего – нервная система, в свою очередь, отражающая (и во многом определяющая) психическое состояние больных: возникновение расстройств сна, аппетита, нозогенной тревоги и депрессии. Все вы-

шеперечисленное является фактором риска снижения качества жизни больных с новообразованиями кожи [3, 4].

Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву – сохранению жизни и восстановлению здоровья. В силу этих обстоятельств у больного возникает целостный образ своего заболевания: внутренняя картина болезни (ВКБ) – понятие, введенное А. Р. Лурией, и продолжившего развитие идей А. Гольдшейдера об аутопластической картине заболевания». Внутренняя картина болезни, способ отражения факта болезни в психике человека, может не только определять развитие психопатологической симптоматики, но и по механизму порочного круга оказывать влияние на сам болезненный процесс, усугубляя его течение [5, 6, 7].

Коррекция своевременно распознанных психических расстройств у онкобольных и членов их семей улучшает качество жизни больного, а в ряде случаев, наряду с другими формами терапии способствует реконвалесценции. Значительная распространённость, особая личностная значимость и высокая смертность вследствие онкологических заболеваний диктуют необходимость междисциплинарного подхода к разработке методов лечения таких больных.

Социально-демографические факторы, в рамках биопсихосоциальной концепции болезни, оказывают значительное влияние на формирование ВКБ пациентов с меланомой кожи, однако лишь отдельные публикации освещают данную проблему [2]. Недооценка указанных особенностей не позволяет в полной мере оценить закономерности формирования ВКБ больных данного профиля, и, соответственно, разработать индивидуальные стратегии коррекции ВКБ и комплексного лечения больных с меланомой кожи на ранней стадии развития, что и определяет актуальность данного исследования.

В связи с этим **целью** настоящего исследования явилось изучение социально-демографических характеристик больных с

меланомой кожи, влияющих на формирование основных типов отношения к болезни.

Материалы и методы. Материал исследования составили 33 пациента КРУ «Клинический онкологический диспансер» с диагнозом меланомы кожи ($T_{1-4}N_0M_0$). Использовались следующие методы исследования: анализ и обобщение литературных источников по теме исследования, анализ анамнестических данных и медицинской документации, клиническая беседа, психодиагностика (анкетирование, тестирование), количественно-качественный анализ данных.

Для решения конкретных эмпирических задач были использованы следующие методики: специально разработанная анкета, позволяющая получить анамнестические и социально-демографические данные о больных; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни [7].

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы SPSS 10: непараметрические тесты Манна-Уитни и t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В группу обследованных вошли 33 больных с диагнозом меланомы кожи. Из них 12 человек (36,4%) – женщины и 21 человек (63,6%) – мужчины. Возрастной диапазон обследованных – от 15 до 76 лет (средний возраст – $40,2 \pm 16,5$). Славянский этнос выборки составили украинцы, русские – 22 человека (66,7%), тюркский – крымские татары, узбеки – 10 человек (30,3%), корейский – 1 человек (3,0%).

Национальность выборки представлена украинцами – 4 человека (12,1%), русскими – 18 человек (54,6%), татарами – 9 человек (27,3%), корейцами и узбеками – по 1 человеку (3,0%) соответственно. Большинство респондентов 27 человек (81,8%) имеют средне-специальное и среднее образование; высшее и незаконченное среднее – у 3 человек (9,1%) соответственно. Постоянного места работы на момент обследования не имеют большинство обследуемых – 9 человек (27,3%), работают – 10 человек (30,3%), пенсионеров и учащихся по 2 человека (6,1%)

соответственно. Группу инвалидности имеет 7 человек (21,2%).

В официальном браке состоит 12 человек (36,4%), в гражданском браке – 3 человека (9,1%). Никогда не состояли в браке 8 человек (24,3%), разведены – 6 человек (18,2%), вдовство – у 4 пациентов (12,1%). В собственной семье проживают 18 граждан (54,6%), самостоятельно – 8 (24,2%), в семье родителей – 7 (21,2%). Большинство респондентов – 23 человека (69,7%) имеют детей: один ребенок у – 27,3%, двое – у 27,3%, трое и более детей имеют 15,2% респондентов; бездетными являются 10 человек (30,3%). Оценивая свои взаимоотношения с членами семьи, подавляющее большинство 27 человек (81,8%) охарактеризовали их как хорошие, по 3 человека, соответственно по (9,1%) – как удовлетворительные и плохие.

Профессиональная категория респондентов (по Холинсхеду) в настоящем исследовании представлена следующими видами: профессионал высшей категории – 3 человека (9,1%), профессионал средней категории – 1 (3,0%), квалифицированный персонал со специальной подготовкой – 14 (42,4%); квалифицированный персонал – 3 (9,1%). Полукавалифицированный персонал представляют 2 человека (6,1%); некавалифицированный труд без специальной подготовки – 3 человека (9,1%); 5 человек (15,2%) являются учащимися.

У 25 человек (75,8%) работающих лиц основное заболевание не привело к снижению квалификации труда, у 1 – (3,0%) – физический труд со снижением квалификации, 7 человек (21,2%) не работают ввиду отсутствия возможности трудоустройства на сегодняшний день. Большинство пациентов – 26 человек (78,8%) не имеет инвалидности, у 2 (15,2%) – третья, у 1 (3,0%) – вторая, у такой же количества – первая группа инвалидности. Впервые госпитализировано 14 человек (42,4%), повторно – 8 (24,2%), третья и более по счету госпитализация – у 11 (33,4%).

Анализ результатов исследования по ЛОБИ позволил определить особенности эмоционального реагирования и переработки информации, в условиях заболевания у исследуемой выборки.

Среди возможных тринадцати типов отношения к болезни обнаруживались все, включая гармонический, как в чистом виде, так и в сочетании.

Отсутствие ведущего типа отношения к болезни отмечено в 36,4% (12 случаев). В остальных случаях наиболее часто встречалось сочетание следующих типов.

У 18,20% лиц отмечался анозогнозический тип с чертами эргопатического. Категория этих пациентов недооценивала выраженность заболевания, игнорировала лечение, стремилась избежать госпитализации, мотивируя это невозможностью оставить работу и активную трудовую деятельность в прежнем качестве, а также сохранить профессиональный статус.

В 30,3% случаев отмечалось сочетание тревожного и неврастенического типов. Пациенты испытывали опасения в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, частых рецидивов и неэффективности лечения. На фоне тревоги отмечался повышенный интерес к медицинской документации, поиск информации о своем заболевании в литературе, пессимистическая оценка прогноза. На фоне эскалации тревоги наблюдались вспышки раздражения, вербальной агрессии в сочетании с быстрой истощаемостью, раскаянием и чувством вины.

У 5,1% пациентов отмечался сенситивный тип отношения к болезни, а у 10,0% – сенситивный с чертами неврастенического. В первом случае для этого контингента была характерна «мимозность», чрезвычайная ранимость, охваченность размышлениями о потенциально возможном негативном впечатлении у знакомых. Больные боятся пересудов относительно характера их заболевания, излишней «унизительной» жалости опасаются отказа от взаимоотношений с ними представителей микросоциального окружения ввиду «ущербности, неполноценности».

Для сенситивного типа отношения к болезни с чертами «раздражительной слабости» на фоне повышенной уязвимости характерны эпизоды раздражительности, что может проявляться в низкой толерантности в общении,

инициации кратковременных конфликтов, в том числе с соседями по палате и медперсоналом. «Вспышки» носят непродолжительный характер и заканчиваются истощением, просьбами о прощении, слезами и угрызеннями совести.

В настоящем исследовании получены данные, анализ которых позволил соотнести различные типы и совокупности типов отношения к болезни с блоками, отражающими уровни психической и социальной адаптации больных с меланомой кожи. Так, у большинства больных отмечались эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, а также их комбинация. В соответствие с данными ряда авторов это соответствует первому блоку типов отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Кроме гармоничного типа реагирования (не представленного в настоящем исследовании), в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения. В нашем исследовании в него преимущественно входят тревожный, неврастенический типы и их сочетание. Для типов отношения к болезни этого блока характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-волевая сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом»

в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием.

В третий блок включаются сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются сенсibiliзирванным отношением к болезни, которое проявляется дезадаптивным поведением больных: с одной стороны, смущением перед окружающими, с другой, «использование» заболевания для достижения определенных целей. Возможны построения концепций паранойяльного характера относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявления гетерогенных агрессивных тенденций, обвинения окружающих в своем недуге.

В настоящем исследовании, для большинства пациентов с типами отношения к болезни, соответствующих первому блоку характерно: преобладание мужского контингента, возраст старше 35 лет, славянский этнос (100%), наличие среднего и высшего образования, преобладание работающих, не состоящих в браке, но имеющих детей (преимущественно, один ребенок) и во всех случаях характеризующих свои отношения с родственниками, как хорошие. Обследуемые являются профессионалами высшей и средней категории, квалифицированными специалистами, без снижения квалификации труда, инвалидности не имеют.

Пациентам с типами отношения к болезни, соответствующих второму блоку свойственно: одинаковое соотношение мужчин и женщин, та же возрастная категория, преобладание славян по отношению к тюркскому этносу (4:1), наличие среднего и высшего образования. Отмечается преобладание лиц, не задействованных на производстве и инвалидов, состоящих в браке, проживающих в собственной семье, имеющих одного и более детей. Большинство респондентов данной группы характеризуют отношения с родственниками, как хорошие, но вместе с

тем, часть данной выборки определяет взаимоотношения с членами семьи как удовлетворительные. Подавляющее большинство обследуемых является квалифицированными специалистами, без снижения квалификации труда.

Пациентам с типами отношения к болезни, соответствующих третьему блоку свойственно: преобладание женщин над мужчинами, возрастная категория старше 35 лет, равное соотношение представителей славянского и тюркского этносов, наличие среднего и не законченного среднего образования. Семейное положение представлено официальным или гражданским браком, пациенты проживают в собственной семье и имеют одного и более детей; часть выборки бездетна. Большинство респондентов данной группы характеризуют отношения с родственниками, как удовлетворительные и плохие. В данной группе преимущественно представлен квалифицированный и полуквалифицированный персонал, представители неквалифицированного труда без специальной подготовки в том числе. В числе пациентов есть лица, основное заболевание которых привело к снижению квалификации труда.

Выводы. Таким образом, наряду с индивидуально-психологическими особенностями личности, значительное влияние на формирование внутренней картины болезни оказывают и социально-демографические факторы. Социальные факторы, формируют поведенческие реакции пациентов на переживание физических нарушений. Неблагоприятные социальные факторы приводят к формированию дезадаптивных форм ВКБ, что по механизму порочного круга может оказывать влияние на сам болезненный

процесс, усугубляя его течение. Это обуславливает необходимость оценки ВКБ и, в зависимости от типа, назначения комплексного, в том числе, психотерапевтического лечения посредством проведения рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Литература

1. Злокачественные новообразования в России: Заболеваемость и смертность / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского. М., 2000.– 263 с.
2. Rager E.L., Bridgeford E.P., Ollila D.W. Cutaneous melanoma: update on prevention, screening, diagnosis, and treatment // Amer. Family. Physycian. – 2005.– Vol.72, №2.– P.269-276.
3. Павлова О.В. Клинико-психологические проблемы современной дерматологии // Вестник последипломного медицинского образования.– 2006, № 3-4.– С. 27-30.
4. Аравийская Е.Р. Некоторые кожные симптомы и дерматозы как предикторы психологического статуса пациентов косметологических учреждений //Рос. журн. кож. и вен. бол.– 2006.– №4.– С. 64-66.
5. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. - 1977. – 414 с.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учебник. 2-е изд. /Под ред. Б.Д. Карвасарского.– СПб: Питер, 2006.– 960 с.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей [Л.И. Вассерман и др.] СПб научно-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева. – 2005. – 86 с.

■ САРКОИДОЗ: ОПИСАНИЕ РЕДКОГО СЛУЧАЯ У ПАЦИЕНТА 39 ЛЕТ

Т.В.Святенко¹, А.В.Прохач², Н.А. Еркович³

¹ГУ «ДМА МОЗ Украины», кафедра кожных и венерических болезней, Украина

²КУ «Клинический онкологический диспансер» ДОС, Украина

³КУ «Днепропетровское областное патологоанатомическое бюро» ДОС, Украина

Статья посвящена проблеме саркоидоза. Саркоидоз является одним из самых распространенных гранулематозов. При этом отмечается неуклонный постепенный рост частоты этого заболевания. Важной особенностью нозологии является наличие многих черт сходства с туберкулезом, лимфопролиферативными и другими онкологическими заболеваниями, различной ауто-иммунной патологией. При саркоидозе часто поражаются многие органы, в связи с этим заболевший человек первично может обратиться к врачам разных специальностей: дерматологу, окулисту, невропатологу, хирургу, онкологу. Авторы пришли к выводу, что врачи большинства специальностей должны иметь обязательный минимум знаний, на базе которого им предстоит накапливать опыт работы по этой интересной, непростой и социально значимой проблеме. В статье описывается случай *комбинированного саркоидоза с поражением кожи* у пациента 39 лет, который обратился в поликлиническое отделение КУ «Клинический онкологический диспансер» ДОС.

Sarcoidosis: description of rare case of a patient 39 years

T.V. Svyatenko, A.V. Prokhach, N.A. Jerkovic

The article deals with sarcoidosis. Sarcoidosis is one of the most common granulomatosis. While there is a steady gradual increase in the frequency of this disease. An important feature is the presence of nosology many similarities with tuberculosis, lymphoproliferative and other cancers, various autoimmune diseases. In

sarcoidosis often affects many organs, in this regard, the ill person may apply to the primary physicians of different specialties: dermatologist, ophthalmologist, neurologist, surgeon, oncologist. The authors concluded that doctors should have the majority of specialties mandatory minimum knowledge on the basis of which they will develop expertise on this exciting, challenging and socially relevant issue. The article describes a case of *sarcoidosis combined with skin lesions* in a patient 39 years old, who had converted to polyclinic KU "Clinical Oncology Dispensary" DOS.

Введение. Саркоидоз – это системное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, которое преимущественно поражает легкие, но часто протекает с вовлечением кожи. Наиболее высокая распространенность саркоидоза отмечается в Дании и Швеции [1].

Типичной локализацией кожного саркоидоза являются голова и шея. Может поражаться рубцовая ткань любой локализации [4]. В современном понимании патогенеза саркоидоза необходимо сочетание трех факторов: 1) наличие антигена(ов), 2) приобретенный клеточный иммунитет, направленный против антигена и опосредованный антиген-представляющими клетками и антиген-специфическими Т-лимфоцитами, 3) появление иммунных эффекторных клеток, которые обеспечивают неспецифический воспалительный ответ. Природа предполагаемого(ых) антигена(ов) саркоидоза не изучена. Предположительно, антиген-представляющие клетки, такие как макрофаги, опознают, обрабатывают и представляют обработанный антиген CD4⁺ Т-клеткам Т-хелперов 1 типа. Обработанный антиген представляется лимфоцитам посредством молекул ГКГС (главный комплекс гистосовместимости) II класса на антиген-представляющих клетках, которые претерпели усиленную экспрессию от воздействия антигена саркоидоза и, возможно, интерферона-γ (ИФН-γ). Эти активированные

макрофаги вырабатывают интерлейкин-12 (ИЛ), который провоцирует смену лимфоцитов на Т-хелперы 1 типа и вызывает продукцию ИФН- γ Т-лимфоцитами. Активированные Т-клетки высвобождают ИЛ-1 и факторы хемотаксиса, которые вызывают приток моноцитов и макрофагов к участку активного воспаления. ИЛ-2 и другие цитокины также увеличивают количество различных Т-клеточных клонов. ИФН- γ в дальнейшем активирует макрофаги и трансформирует их в гигантские клетки. Фактор некроза опухоли (ФНО), ИЛ-2 и другие цитокины могут также являться важными факторами в стимуляции макрофагов. В качестве провокационных агентов для развития каскада иммунологических событий, которые в конечном итоге приводят к саркоидозу, был предложен ряд возможных антигенов (инфекционные агенты, минеральная пыль, продукты горения дерева). В определении чувствительности к саркоидозу большую роль играют генетические тесты, так как это заболевание встречается чаще у родственников больных, чем в общей популяции. Пологают, что основными кандидатами на роль в развитии заболевания являются гены, кодирующие антигены ГКГС II класса, так как эти молекулы имеют экзогенные по отношению к CD4⁺ Т-клеточным рецепторам пептиды.

Кожные проявления саркоидоза разделяют на специфические и неспецифические. В специфических элементах при биопсии определяют гранулемы. Неспецифические кожные симптомы представляют собой реактивные изменения, при которых не обнаруживаются саркоидозных гранул [3]. Специфические поражения при саркоидозе чаще всего располагаются на голове и шее, однако они могут встречаться и на любом другом участке кожи или слизистых оболочек и иметь симметричное или асимметричное распространение. При данном заболевании описаны практически все морфологические типы поражения, в том числе — макулы, папулы, пятна, бляшки и узлы [1]. При вовлечении волосистой части головы возникает алопеция, также могут встречаться изменения со стороны ногтей. Специфические поражения

при саркоидозе могут представлять собой чешуйчатые, телеангиэктатические или атрофические изменения. Несмотря на разнообразие внешнего вида, существует несколько клинических вариантов, которые связывают с саркоидозом кожи. Наиболее частым вариантом является папулезная форма. При этом выявляются плотные папулы размером 2-5мм, часто полупрозрачные с красновато-коричневым или желтовато-коричневым оттенком. Желтовато-коричневый цвет патологических элементов сравнивается с «яблочным желе» и лучше выражен при диаскопии. Кроме изменения цвета, гранулемы имеют узловатую консистенцию, что также может определяться при диаскопии. Вид по типу «яблочного желе» и узлы не являются патогномоничными для саркоидоза, и могут наблюдаться при других гранулематозных заболеваниях (люповозный туберкулез кожи). Заболевание может протекать с поражением эпидермиса, так и без него, но патологические элементы часто имеют воскообразный вид, что указывает на умеренную эпидермальную дистрофию.

Кожный саркоидоз может развиваться в пределах рубцовой ткани. Рубцы при этом воспаляются и инфильтрируются саркоидными гранулемами. Инфильтрированные рубцы могут быть болезненными или сопровождаться зудом. Рубцовый саркоидоз может быть единственным патогномоничным симптомом у пациентов с системным саркоидозом.

Диагностика. Для диагностики саркоидоза необходимо определенное сочетание клинической картины, гистологических признаков неказеозных гранул и исключение других заболеваний, при которых возможно наличие схожих гистологических и клинических признаков. Так как саркоидоз — это «диагноз исключения», он никогда не может быть поставлен с полной уверенностью [1]. Изолированное наличие гранул в одном органе не должно быть расценено как признак саркоидоза [3].

Течение и прогноз. Гранулематозное воспаление при саркоидозе может выходить в ремиссию спонтанно или на фоне лечения. Таким образом, в целом прогноз при сар-

коидозе благоприятный. Легочной саркоидоз разрешается, улучшается или стабилизируется у 60-90% пациентов даже без проведения лечения [2]. Кожные изменения могут проходить, оставляя или не оставляя после себя рубцевания и пигментные нарушения. Почти все тяжелые нарушения вследствие саркоидоза являются результатом развития фиброза. Кожный фиброз может приводить к образованию постоянных рубцов и обезображиванию [4].

Лечение. Местная терапия/введение лекарственных препаратов в патологические

элементы. Длительное применение топических стероидов I класса (более 8 недель) уменьшает выраженность клинических проявлений саркоидоза, однако инъекции непосредственно в патологические элементы триамцинолона более эффективны. Возможно местное применение такролимуса [1].

При системном применении кортикостероидов начальная доза составляет 20-40 мг/сутки преднизолон и может снижаться до 0,1-0,2 мг/кг/сутки в течение нескольких месяцев [4]. Если отменить кортикостероиды не удастся, можно использовать дополни-

Фото 1. Патологические элементы.



тельные иммуносупрессивные препараты (метотрексат 10-25 мг/неделю в течение 6 месяцев).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился пациент 39 лет, который обратился в поликлиническое отделение КУ «Клинического онкологического диспансера» ДООС с жалобами на наличие образований кожи, увеличение периферических лимфоузлов.

Результаты и обсуждение. На прием к врачу онкологу в поликлиническое отделение КУ «Клинического онкологического диспансера» ДООС обратился пациент 39 лет, директор предприятия. При обращении пациент предъявлял жалобы на наличие образований кожи волосистой части головы, шеи, верхних конечностей, туловища, увеличение подмышечных лимфоузлов. Из анамнеза: считает себя больным в течение 1 года, когда заметил образование в области правого плечевого сустава, субъективных ощущений не наблюдалось. Последние несколько месяцев отмечает появление схожих образований в заушной области справа, волосистой части головы, на коже лба, правого предплечья и передне-боковой поверхности грудной клетки справа.

При осмотре: на коже головы, верхнего плечевого пояса, туловища — единичные папулезные элементы с участками лихенизации, красновато-коричневого цвета, округлой формы, диаметром от 5 до 10 мм, при диаскопии внешний вид по типу «яблочного желе». В аксиллярных областях, с обеих сторон, пальпируются увеличенные лимфоузлы диаметром 15-20 мм, подвижные, плотно-эластической консистенции, безболезненные. По данным

СКТ-ОГП: множественные очаги 1-2 мм в д в обеих легких, усиление легочного рисунка, расширение корней легких, медиастинальная лимфаденопатия. По данным УЗИ-ОБП, периферических лимфоузлов: генерализованная гиперплазия периферических лимфоузлов, спленомегалия. Учитывая распространенность процесса, с целью верификации выполнена эксцизионная биопсия самого раннего и позднего патологических

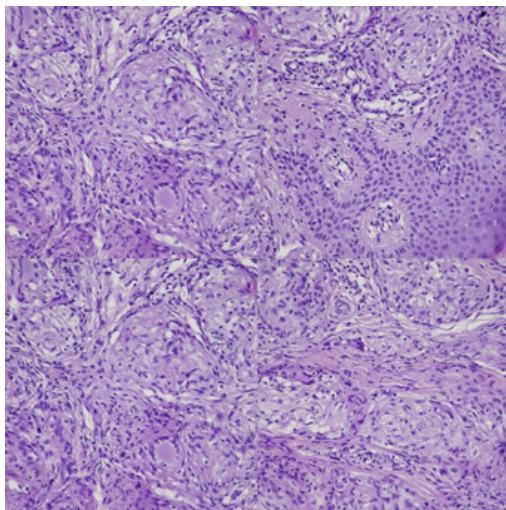


Фото 2. Гистологическая картина. Гематоксилин-эозин, 200х.

элементов кожи. Гистологически: картина продуктивного хронического воспаления с формированием эпителиоидно-клеточных гранул, наличием многоядерных гигантских клеток Пирогова-Лангханса.

На основании клинических данных, дополнительных методов обследования, гистологического исследования пациенту установлен диагноз: Комбинированный саркоидоз легких II ст. с поражением кожи, активная фаза.

Больному назначена системная терапия: метотрексат — 10 мг * 1 раз в неделю, метипред 16 мг * 2 раза в сутки, далагил 250 мг * 2 раза в сутки.

Выводы. На современном этапе в клинической практике необходимо учитывать данные дополнительных методов обследования и гистологической верификации патологического процесса.

В связи с разнообразием клинических, морфологических, данных дополнительных методов исследований, дифференциальная диагностика саркоидоза затруднительна.

Схожесть клинических проявлений саркоидоза с различными нозологиями делает проблему актуальной для специалистов большинства специальностей.

Список литературы:

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. В 3-х томах / К. Вольф, Л. А. Голдсмит, С. И. Кац и др. - Издательство Панфилова, 2012. - Т. 2. - С. 1621-1629.
2. Борисов С.Е. Дифференциальная диагностика саркоидоза // Вестник НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М.Сеченова. — 1999. — Вып.1. — С. 34–39.
3. Брауде В.И. Гистологическая дифференциальная диагностика туберкулеза и саркоидоза // В сб. Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулеза легких. Под ред. В.Н.Адамовича. — М. — 1998. — С.83–87.
4. Замяткина Е.Л., Соколова Л.А., Попов В.В., Казакевич Е.В. Саркоидоз органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки // Клиническая медицина. — 1997. — № 10. — С.67–68.

■ ЧЕРНЫЙ АКАНТОЗ: ОПИСАНИЕ СОБСТВЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ

Т.В.Святенко¹, Гура Г.И.², Титаренко Е.С.², Бродовская В.Е.², Мартыненко М.П.³

¹ГУ «ДМА МОЗ Украины», кафедра кожных и венерических болезней,

²Днепродзержинский городской кожно-венерологический диспансер, Днепропетровская область, Украина

³Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер

Чёрный акантоз представляет собой редкий дерматоз, который зачастую имеет взаимосвязь со злокачественными процессами внутренних органов. В статье описано собственное наблюдение за пациентом 55 лет, у которого чёрный акантоз сопутствовал аденокарциноме мочевого пузыря. Авторы обращают внимание на тот факт, что в связи с разнообразием форм чёрного акантоза дифференциальная диагностика в отношении возможной злокачественности затруднительна. Однако подобные пациенты требуют тщательного комплексного мониторинга с целью раннего выявления злокачественных новообразований внутренних органов.

Ключевые слова: чёрный акантоз, паранеопластический дерматоз

Acanthosis nigricans: description own observation of the patient is 55 years old

Sviatenko T.V., Gura G.I., Titarenko Y.S., Brodowska V.E., Martynenko M.P.

Acanthosis nigricans is a rare study that often have a relationship with malignant processes of internal organs. The article describes own observation of the patient 55 years of age, whose acanthosis nigricans accompanied adenocarcinoma of the urinary bladder. The authors draw attention to the fact that due to the variety of forms of acanthosis nigricans differential diagnosis for possible malignancy difficult. However, such patients require a thorough, comprehensive monitoring with the aim of early detection of malignant neoplasms of the internal organs.

Keywords: acanthosisnigricans,paraneoplasticdermatosis

Введение. Чёрный акантоз (син - acanthosis nigricans, пигментная и сосочковая дистрофия кожи, чёрный кератоз, сосочковая меланодермия) [1]. Чёрный акантоз впервые был описан в 1890 г. Pollitzer и Janovsky. Darier впервые отметил связь чёрного акантоза с раком внутренних органов. В дальнейшем многие авторы подтвердили этот факт. Именно эта форма является практически облигатным паранеопластическим процессом. Развитие паранеоплазии обуславливают сложные обменные и иммунные расстройства организма и продукты катаболизма опухолевых клеток[3]. У больных мужчин чаще обнаруживается рак желудка, поджелудочной железы и кишечника, реже - легких, простаты, а у женщин - яичников и молочной железы [3,5]. В. С. Шапот (1981) относит папиллярно-пигментную дистрофию

кожи в группу наследственной энзимопатии (нарушена репарация поврежденной ДНК из-за отсутствия в отдельных случаях специфических эндонуклеаз).

В основу приведенной ниже классификации положен этиопатогенетический принцип. Выделяют

I тип: наследственный доброкачественный *acanthosis nigricans*. Не связан с эндокринными заболеваниями. Начинается в детстве или в период полового созревания.

II тип: доброкачественный *acanthosis nigricans*. Развивается при эндокринных заболеваниях, сопровождающихся инсулинорезистентностью, инсулинонезависимом сахарном диабете, синдроме поликистозных яичников и других состояниях приводящих к избытку андрогенов, акромегалии и гигантизме, синдроме Кушинга, гипогонадизме, первичной надпочечниковой недостаточности, гипотиреозе [4].

III тип: *acanthosis nigricans*. Развивается при ожирении (которое обычно сопровождается инсулинорезистентностью), чаще встречается у больных со смуглой кожей [4].

IV тип: лекарственный *acanthosis nigricans*. Развивается при лечении никотиновой кислотой (в больших дозах), диэтилстильбэстролом, глюкокортикоидами, соматропином.

V тип: злокачественный *acanthosis nigricans*. Развивается при аденокарциномах ЖКТ, мочевых путей и половых органов, реже – при лимфомах [1-7].

Необходимо отметить, что **паранеопластическая форма** развивается у взрослых и отличается резко выраженными изменениями кожи с особо интенсивной серо-черной гиперпигментацией, огрублением кожного рельефа и выраженностью папилломатозных разрастаний. В процесс лечения вовлекаются слизистая оболочка ЖКТ и влагалища. Отмечается также поражение тыльных поверхностей кистей и стоп. Кожные проявления в 15-20 % случаев на несколько лет предшествуют клиническим проявлениям рака, у 60-65 % они появляются одновременно с симптомами рака и у 20-25 % - после обнаружения злокачественного новообразования [1-5].

Доброкачественная (ювенильная) форма чёрного акантоза начинается в детском и юношеском возрасте. Клинически и гистологически она аналогична злокачественной форме заболевания, отличаясь от нее лишь меньшей выраженностью пигментных изменений и сосочковой гипертрофии. Общее состояние, как правило, не нарушается. Часто с наступлением половой зрелости высыпания регрессируют или остаются стационарными. Эта форма в подавляющем большинстве случаев не сопровождается злокачественным новообразованием внутренних органов, хотя, в единичных случаях, отмечено такое сочетание. Эту форму, нередко сочетающуюся с различными аномалиями развития, врожденными уродствами, гипертрихозом, невусами и др., считают генетически обусловленным заболеванием. Семейные случаи указывают на наличие генетической предрасположенности [6]. По мнению ряда авторов, юношеская форма акантоза развивается у молодых людей, страдающих эндокринными нарушениями (диабет, ожирение, аменорея и др.) [4].

Псевдоакантоз (Curth, 1951). Встречается преимущественно у тучных брюнеток. Имеет также сходную клиническую и гистологическую картину с черным акантозом взрослых. Заболевание имеет доброкачественный характер, появляется, когда больной прибавляет в весе, и исчезает при потере веса больного [7].

Клинически кожные изменения характеризуются выраженной пигментацией пораженных участков от темно-бурого до почти черного цвета, переходящей без резких границ в нормальную окраску окружающей кожи, и резким усилением кожного рисунка. На этом фоне возникают многочисленные папилломатозные и бородавчатые разрастания аспидно-черного цвета и мягкие фибромы. На слизистых оболочках появляются папилломатозные и бородавчатые разрастания серовато-белого цвета, без пигментации. Ювенильная форма *acanthosis nigricans* отличается от злокачественной меньшей пигментацией и слабой выраженностью папилломатозных разрастаний [1,3,5].

Гистологически при злокачественном и других видах черного акантоза в разной степени выраженности отмечаются гиперкератоз, акантоз, значительное увеличение количества пигмента (меланина) в клетках базального слоя эпидермиса, наличие в дерме большого числа хроматофоров, выраженная гипертрофия сосочкового слоя. Эпителиальные выросты, как правило, слабо развиты, а сосочки дермы пальцеобразно выступают вверх. В дерме - выраженный папилломатоз, расширение сосудов; в сосочковом слое - умеренный периваскулярный лимфоидный инфильтрат, иногда определяется незначительный инфильтрат из лимфоцитов с примесью тканевых базофилов. Наблюдается также накопление кислых мукополисахаридов в сальных железах и наружном слое корня волос. Подобные гистологические изменения характерны и для клинически неизменной кожи [1-3].

Дифференциальный диагноз злокачественного черного акантоза проводится с другими типами черного акантоза, обусловленными приемом лекарственных препаратов (кортикостероидов, эстрогенов, никотиновой кислоты и т.д.), эндокринопатиями, врожденными синдромами. Для злокачественного черного акантоза характерно появлением после 40 лет, более выраженный и распространенный характер высыпаний, поражение слизистых оболочек, наличие пахидактилии (утолщения и усиления выраженности кожного рисунка на кончиках пальцев). Аддисонова болезнь отличается отсутствием папилломатоза, бородавчатых разрастаний, более ограниченной и не столь резко выраженной пигментацией, болезнь Дарье — отсутствием поражения подмышечных и паховых складок, слизистых оболочек, а также выраженной пигментации, она протекает доброкачественно, нередко с вовлечением в процесс волосистой части головы. При бородавчатом невусе акантоз более выражен, отмечается избыточное разрастание эпидермальных отростков, а не их атрофия. Мышьяковая меланодермия сопровождается диффузной гиперпигментацией без папилломатоза и вегетации, очаги поражения локализуются в зоне контакта с



Фото 1.

Пациент С., 55 лет, диагноз – черный акантоз.



Фото 2.

Пациент С., 55 лет, диагноз – черный акантоз.

раздражителем. В редких случаях целесообразно дифференцировать с синдромом Горлина—Гольтца, гранулематозом Вегенера, синдромом Пейтца—Егерса [1-7].

Прогноз злокачественного черного акантоза неблагоприятный, после установления диагноза черного акантоза больные редко живут более 2 лет [3].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился пациент С., 55 лет, который был направлен на консультацию на кафедру кожных и венерических болезней ГУ «ДМА МОЗ Украины» с жалобами на зуд и

высыпания на коже подмышечных и паховых складок.

Результаты и обсуждение. На консультацию на кафедру кожных и венерических болезней ГУ «ДМА МОЗ Украины» был направлен пациент С., 55 лет, житель района Днепропетровской области, работник промышленного предприятия. При обращении пациент предъявлял жалобы на зуд, высыпания на коже подмышечных и паховых складок, изменение цвета ореола соска. Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые обнаружил изменение окраски в складках. Появление заболевания ни с чем не связывает. Около года назад заметил появление папиллом в области складок. Лечился самостоятельно: применял отвары разных трав. Обращался к дерматологу по месту жительства, был установлен диагноз – папилломатоз, назначены противовирусные средства наружно и системно, без эффекта. 3 месяца назад перенес операцию резекции мочевого пузыря по поводу рака (аденокарциномы) мочевого пузыря. Другой соматической патологии не отмечает. При осмотре: в области шеи и аксиллярных складок кожа с явлениями гиперпигментации, выраженного множественного папилломатоза и легкого гиперкератоза. Кожа с повышенной складчатостью, имеются бородавчатые разрастания, мелкие фибромы. Кожа обоих ареол соска имеет аспидно-черный цвет (фото 1-2). На основании данных анамнеза, клинических данных был установлен диагноз черный акантоз. Пациенту рекомендовано этапное удаление папилломатозных образований с последующим динамическим наблюдением у онколога и дерматолога.

По видимому, возникновение черного акантоза в описанном случае можно четко определить как паранеопластический процесс и отметить причинно-следственную связь с аденокарциномой мочевого пузыря. В случае с нашим пациентом, исходя из анамнестических данных, известно, что кожные проявления появились, как минимум, на 21 месяц раньше, чем был установлен диагноз

рака мочевого пузыря и проведено оперативное вмешательство. В связи с этим хочется еще раз обратить внимание специалистов на паранеопластический характер черного акантоза и необходимость своевременного комплексного обследования подобных пациентов.

Выводы

1. На современном этапе в клинической практике необходимо учитывать, что черный акантоз является редким дерматозом и зачастую свидетельствует о сопутствующем злокачественном процессе со стороны внутренних органов.
2. В связи с разнообразием форм черного акантоза дифференциальная диагностика в отношении возможной злокачественности затруднительна, однако подобные пациенты требуют тщательного комплексного мониторинга.

Литература:

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. В 3-х томах / К. Вольф, Л. А. Голдсмит, С. И. Кац и др. - Издательство Панфилова, 2012. - Т. 2. - С.1621-1629.
2. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. Руководство. – М.: Медицина, 1986. – 304с.
3. Habif T.R., Campbell J.L., Chapman M.S., et al. Acanthosis nigricans // *Dermatology DDxDeck*. - Mosby. - 2006. – 137 p.
4. HermannsLe T., Scheen A., Pierard G.E. Acanthosis Nigricans Associated with Insulin Resistance // *Am J ClinDerm.* – 2004 - №5(3). – P.199-203.
5. Kapoor S. Diagnosis and treatment of acanthosis nigricans // *Skinmed.* – 2010. - № 8(3). – P.161-164.
6. Sinha S., Schwartz R.A. Juvenile acanthosis nigricans // *J Am AcadDermatol.* – 2007. - № 57. – P.502-508.
7. Yosipovitch G., DeVore A., Dawn A. Obesity and the skin: Skin physiology and skin manifestations of obesity // *J Am AcadDermatol.* - 2007. - №56. – P.901-916.

■ Фолликулярный муциноз: случай из практики

Святенко Т.В., Гура Г.И.,
Титаренко Е.С., Брадовская В.Е.
ДЗ «Днепропетровская
медицинская академия»
Днепродзержинский городской кожно-
венерологический диспансер
Днепропетровская область, Украина

Статья посвящена проблеме редкого хронического дерматоза фолликулярного муциноза. Приведен краткий обзор современных представлений о этиологии, механизмах развития, клинических проявлениях, гистологических данных, дифференциальной диагностике и лечении заболевания. В статье представлены данные о частоте встречаемости фолликулярного муциноза в Днепропетровской области по данным статистических отчетов за 1999-2014 годы; проанализированы возможные ошибки в диагностике заболевания и их причины. Авторами приводится собственное наблюдение пациентки 38 лет.

Ключевые слова: фолликулярный муциноз, гистологическое исследование, муцин

Mucinosis follicularis: a case history

Sviatenko T.V., Gura G.I., Titarenko Y.S.,
Bradovskaya V.E.

The article is devoted to the problem of rare chronic dermatosis *mucinosis follicularis*. A brief overview of the modern ideas about the etiology, development mechanisms, clinical manifestations, histological findings, differential diagnosis and treatment of disease are present. The article presents the data on the incidence of *mucinosis follicularis* in Dnipropetrovsk region according to the data of statistical reports for 1999-2014 years; possible errors in the diagnosis of diseases and their causes. The authors cited own observations of the patient 38 years.

Keywords: *mucinosis follicularis*, histology, mucin

Введение. Муциноз кожи - поражения кожи, характеризующиеся отложением в ней муцина. Муцин – желеподобное вещество, состоящее из кислых гликозаминогликанов, в норме продуцируется в малом количестве фибробластами (гиалуроновая кислота, гепарин). Фолликулярный муциноз относится к группе редко встречающихся дерматозов. В основе заболевания лежит слизистая дегенерация эпителия фолликулов и сальных желез неизвестной этиологии. Причины нарушений химизма и структуры основного вещества соединительной ткани неясны. Пусковыми факторами могут быть вирусные, бактериальные инфекции, нарушения эндокринной, иммунной систем, патологии внутренних органов, избыточная инсоляция [1-6]. Под влиянием причинных факторов происходит локальное нарушение синтеза фибробластами основного вещества соединительной ткани и коллагена с образованием муцина. В литературе различают идиопатический и вторичный муциноз. Идиопатический муциноз развивается чаще у лиц молодого возраста и отличается более благоприятным течением, даже при многолетнем существовании патологический кожный процесс не трансформируется в грибовидный микоз. Вторичный муциноз, развивается, как правило, при некоторых хронических дерматозах. Чаще всего «платформой» для его развития выступают красная волчанка, грибовидный микоз, ретикулез, нейродермит и другие [1-6].

Эпидемиология. Данных о точной распространенности заболевания не существует, в литературе описываются единичные случаи наблюдений. Некоторые авторы отмечают, что чаще болеют лица мужского пола [1].

Клинические проявления. Первичным морфологическим элементом при фолликулярном муцинозе является лихеноидная фолликулярная роговая папула, зачастую с характерным шипиком на поверхности. Вначале высыпания незначительные, затем число папул постепенно увеличивается, они скучиваются и сливаются в небольшие поверхностные или слегка инфильтрированные гиперкера-



Фото 1.



Фото 2.

тотические очаги желтовато-красного цвета. Очаги имеют округлые или овальные очертания. Очаговые изменения наиболее выражены в области бровей, на волосистой части головы, где отмечается выпадения волос (муцинозная алопеция), возможно развитие поверхностной рубцовой алопеции [1,2]. На пораженных участках волосы разреженные, выпадают. Такие очаги встречаются также на шее, реже – на туловище и конечностях. В области волосяных фолликулов отмечаются папулезно-кератотические изменения.

Согласно данным литературы, у взрослых очаги чаще всего представлены бляшками, у детей – рассеянными роговыми папулезными элементами. Бляшки шелушатся, слегка инфильтрованы, на их поверхности могут наблюдаться слегка расширенные ороговевшие фолликулярные отверстия. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, редко пациентов беспокоит зуд [1-5].

Течение и прогноз. Течение заболевания чаще медленное хроническое, хотя в некоторых случаях возможен спонтанный регресс. Стойкое существование очагов поражения у лиц старшего возраста, увеличение числа бляшек и усиление их инфильтрации требуют постоянного клинического наблюдения, тщательного гистологического и иммуногистохимического мониторинга с целью своевременного обнаружения признаков трансформации

кожного процесса и возможного развития гемобластоматоза кожи [2-4].

Гистологическая картина. Первое подробное клиничко-морфологическое описание фолликулярного муциноза принадлежит Н. Pincus (1957), который назвал его *alopeciamucinosa*. В 1959 г. S. Jablonska предложила называть дерматоз с указанными проявлениями фолликулярным муцинозом, имея в виду, что симптом выпадения волос не всегда четко определяется на участках тела, где слабо выражен волосяной покров. O. Braun-Falko с помощью цитохимических исследований установил природу патологических изменений кожи в очагах поражения больных фолликулярным муцинозом [1-5]. Она заключается в накоплении в клетках наружного корневого влагалища волоса и сальных желез слизи — муцина, который представляет собой ацидогликопротеид. В биоптатах кожи из очагов поражения обнаруживаются дегенеративные изменения эпителия волосяных фолликулов и сальных желез с образованием кистозных полостей, заполненных муцином, окрашивающимся метакроматичнотолуидиновым синим (муцинозная дегенерация). Характерны положительные реакции с муцикармином и с периодической кислотной краской Шиффа [1]. Наблюдаются небольшие преимущественно перифолликулярные инфильтраты из лимфоцитов, гистиоцитов с примесью эозинофилов, ги-



Фото 3.

гантских и тучных клеток. Появлении атипичных клеток, проникновение клеток инфильтрата в эпидермис, формирование микроабсцессов в эпидермисе свидетельствуют о возможном развитии грибовидного микоза [1]. Гистохимическомуцинозное вещество принадлежит к группе ацидогликопротеидов. Н. Wolff и соавт. (1978) рассматривают фолликулярный муциноз как тип гистологической реакции, общий для самых разнообразных не связанных между собой раздражителей и являющийся отражением нарушений внутриэпителиального метаболизма. По мнению E.J. Grussendorf-Sopen и соавт. (1984), существенным патогенетическим моментом является нарушение процессов дифференцировки сальных желез [1,3].

Дифференциальный диагноз затруднителен без проведения гистологического исследования. Фолликулярный муциноз необходимо отличать от гнездного **облысения**, **синдрома Литгла - Лассюэра**, **волосяного**

лишая, надбровной ульэритемы, **дискоидной красной волчанки**, микседематозного лихена, **лихеноидного туберкулеза кожи**, лихеноидных сифилидов, **ограниченного нейродермита**, **блестящего лишая** и **шиповидного лихена** [1-5].

Лечение фолликулярного муциноза. При фолликулярно-узелковой форме применяют кортикостероиды (40-50 мг преднизолона в сутки). При опухолевидно-бляшечной форме проводят те же мероприятия, что и при лимфомах кожи. Наружно назначают кортикостероидные препараты. Ю.Сергеев (2012) предлагает использование плазмафереза в сочетании с пульс-терапией метилпреднизолона и местно кортикостероидные мази [1-5]. В зарубежной литературе есть сообщения об успешном применении длинноволновой фототерапии [6].

Целью нашей работы было изучить частоту встречаемости фолликулярного муциноза в Днепропетровской области по данным статистических отчетов за 1999-2014 годы. Проанализировать возможные ошибки в диагностике заболевания и их причины.

Материалы и методы: по имеющимся у нас данным в Днепропетровской области за последние 15 лет зарегистрировано 2 случая фолликулярного муциноза. Под наблюдением находились ребенок 6 лет и пациентка 38 лет. Оба случая были подтверждены и верифицированы при гистологическом исследовании. Приводим собственное наблюдение.

Пациентка М., 38 лет, жительница г. Керчь. Направлена дерматологом на консультацию с целью уточнения диагноза. При поступлении предъявляет жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, шеи, туловища, конечностей, поредение волос в очагах на голове. Субъективно беспокоит зуд. Пациентка отмечает, что при сдавливании высыпных элементов, из них выделяется прозрачное клейкое вещество. При осмотре – патологический кожный процесс локализуется на коже волосистой части головы, туловище, шее, конечностях (фото 1-3).

Высыпания представлены бляшками с шелушением, незначительной инфильтрацией, гиперкератозом, на их поверхности

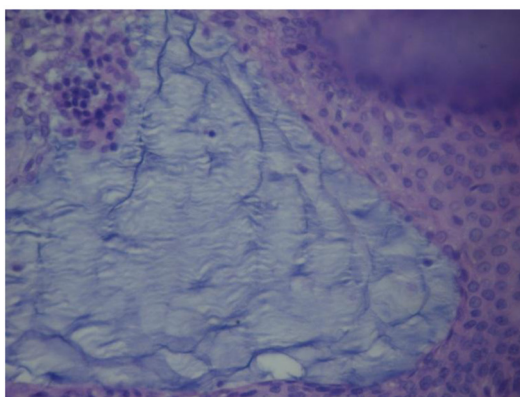


Фото 4. Ув.х100, окрашивание гематоксилин-эозином

Фото 5. Ув.х400, окрашивание толуидиновым синим

наблюдаются расширенные ороговевшие фолликулярные отверстия. Цвет высыпаний розовый, местами - застойный, в некоторых участках – вторичная гиперпигментация. В очагах на волосистой части головы отмечается поредение волос. Из анамнеза – считает себя больной с 13-летнего возраста, когда впервые появились высыпания на шее. Начало заболевания ни с чем не связывает. Неоднократно обращалась к дерматологам, терапевтам. Проходила лечение с положительными диагнозами: аллергический дерматит, болезнь Дарье, болезнь Девержи, красный плоский лишай, красная волчанка. Получала антигистаминные, десенсибилизирующие, антибактериальные средства, наружно - ретиноиды, эмољенты, кортикостероидные кремы. Эффекта не отмечала. На основании жалоб, клинической картины, данных анамнеза, пациентке был установлен предположительный диагноз: фолликулярный муциноз? и рекомендовано гистологическое исследование биоптата кожи со специальным окрашиванием толуидиновым синим. Результаты гистологического исследования: в доставленном препарате фрагмент кожи смелкоочаговыми умеренно выраженными лимфоцитарными инфильтратами, участками плотной лимфоцитарной инфильтрации вокруг волосяных фолликулов, с умеренным-

количеством слизи в просветах указанных волосяных фолликулов. При исследовании эпидермиса определяются явления выраженного акантоза. Указанная гистологическая картина соответствует морфологии фолликулярного муциноза (фото 4-5).

Результаты и обсуждение: таким образом, анализ заболеваемости в Днепропетровской области за последние 15 лет подтверждает казуистически редкую встречаемость фолликулярного муциноза в дерматологической практике. Кроме того, в рутинной практике врача дерматовенеролога затруднительной является верификация диагноза. Подтверждение диагноза возможно только с использованием специальных гистологических и иммуногистохимических методов исследования.

Литература:

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней: Руководство для врачей / ред. Б. А. Беренбейн, 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, 1989. - 672 с.
2. Cicatricial alopecia as a manifestation of different dermatoses. / Oremovi L., Lugovi L., Vuci M., Buljan M., Ozani-Buli S. // Acta Dermatovenerol-Croat. - 2006 - Vol. 14, N 4. - P.246-252.
3. Grussendorf-Conen E.I. Mucinosis follicu-

- laris. Histologic and electron microscopy studies/ Grussendorf-Conen E.I., K hnen M., Klingm Iler G.//Hautarzt.– 1984. -Vol. 35, N 8. – P.408-414.
4. Lagerholm B., Wennersten G.Mucinosifollicularis provoked by light exposure. // ActaDermVenereol.– 1979. - Vol. 59, N 2. – P.153-156.
 5. Nahuijs M.Mucinosifollicularis in association with cutaneous T-cell lymphoma / Nahuijs M., Hoekzema R., Mekkes J.R. // Ned TijdschrGeneesk.– 2000. -Vol. 144, N 50. – P.2428-2429.
 6. Treatment of idiopathic mucinosifollicularis with UVA1 cold light phototherapy. / von Kobyletzki G., Kreuter J.A., Nordmeier R., St cker M., Altmeyer P. // Dermatology.– 2000 - Vol. 201, N 1. – P.76-77.

■ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ ЛИПОАТРОФИЯ ЛИЦА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Т.В.Святенко¹, О.А.Чеверда²

¹ГУ «ДМА МОЗ Украины», кафедра кожных и венерических болезней, Украина

²Центр дерматологии и косметологии ЧП „Зеркало”, Днепропетровск, Украина

Данная статья посвящена проблеме синдрома ВИЧ-ассоциированной липодистрофии и лицевой липоатрофии в частности. Актуальность обусловлена социально значимой локализацией и частой связью с назначением антиретровирусной терапии – ключевого звена в лечении ВИЧ инфекции. По мнению авторов, эстетическая коррекция липоатрофии лица путем аугментации мягких тканей временными филлерами, представляет собой наиболее перспективный метод лечения, с точки зрения эффективности, безопасности и хорошей переносимости. В статье описывается собственный опыт успешной коррекции ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица 2 степени у мужчины 44 лет, с помощью препарата на основе гидроксипатита кальция.

Ключевые слова: ВИЧ-ассоциированная липоатрофия, гидроксипатит кальция, филлеры.

HIV-associated face lipoatrophy. description of the aesthetic correction case with the medicine based on calcium hydroxyapatite.

T.Svyatenko, O.Cheverda

This article is dedicated to the syndrome of HIV-associated lipodystrophy and to facial lipoatrophy in particular. The article's actuality reasons are significant social localization and commonly used antiretroviral therapy as a key element in the treatment of HIV infection. According to the authors' opinion, aesthetic correction of facial lipoatrophy by augmentation of soft tissue with the temporary fillers usage is the most promising method of treatment in terms of efficiency, safety and good tolerability.

Personal experience of successful 2d phase HIV-associated lipoatrophy face correction (man 44 years old) with the medicine based on calcium hydroxyapatite described in the article.

Введение. Липоатрофия лица – это часть синдрома липодистрофии при ВИЧ-инфекции, представляющего собой совокупность изменений в распределении подкожного и висцерального жира у пациентов, получающих антиретровирусную терапию. Клинически обнаруживается утрата скуловых и щечных жировых подушечек. Эта характерная внешность настолько выразительна, что информирует окружающих о ВИЧ – инфекции (особенно в регионах, где частота ВИЧ высокая) и снижает желание пациента продолжать антиретровирусную терапию, вплоть до полного отказа.

Частота встречаемости липодистрофий по разным литературным данным и в зависимости от используемых критериев варьирует от 25-83% всех пациентов, которые принимают антиретровирусные препара-

ты. Выраженность клинических проявлений больше у пациентов старшей возрастной категории и у женщин.[1]

Патогенез синдрома липодистрофии до конца не изучен. Наиболее существенную роль отводят ингибиторам протеаз, хотя лечение с помощью неантитретровирусных препаратов также может вести к патологическому перераспределению подкожного жира. Предполагают, также, что явления липодистрофии наступает в результате восстановления иммунитета или метаболических побочных эффектов препаратов, которые могут включать или не включать нарушение оксидативной функции митохондрий или недостаточную репликацию митохондриальной ДНК.[2]

Патогистологически отмечается полная или почти полная утрата жира. Можно обнаружить соприкосновение дермы и фасции. Значительно снижено количество и размер адипоцитов.

Дифференциальный диагноз проводят с другими липодистрофиями, синдромом ВИЧ-истощения, болезнью Кушинга, нарушением питания, нервной анорексией, метаболическим X-синдромом, кахексией при онкопатологии, синдромом мальабсорбции, тиреотоксикозом и множественным симметричным липоматозом.[1]

Лечение. Существует несколько способов улучшить внешний вид пациентов с липоатрофией лица. Среди них: замена противовирусного препарата, использование заполняющих препаратов (филлеров). Филлеры в свою очередь делятся на две большие группы: временные и постоянные. К временным относятся препараты на основе гиалуроновой кислоты, поли-L-молочной кислоты, гидроксиапатита кальция. Два последних гибриды FDA для лечения ВИЧ-липоатрофий лица. К постоянным заполнителям относятся препараты на основе силикона (высокоочищенное силиконовое масло), однако их долговременная эффективность и безопасность еще требуют изучения. Препарат не одобрен FDA.[1]

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился мужчина 44 года, который

обратился с жалобами на неэстетичные западения кожи в области щек, имеющие тенденцию к прогрессированию, за последний год. Из анамнеза: ВИЧ инфицирован, получает антитретровирусную терапию на протяжении 3-х лет.

На основании клиники и анамнестических данных был установлен диагноз: ВИЧ-ассоциированная липоатрофия лица 2-ой степени. Рекомендована консультация в центре СПИДа по вопросу о замене противовирусного препарата. С целью эстетической коррекции предложено произвести аугментацию щек препаратом на основе гидроксиапатита кальция. В настоящее время препарат разрешен к применению в США, ЕС, Азии, России, Украине. Он предназначен для увеличения объема мягких тканей, регенерации и коррекции различных косметических дефектов.

Гидроксиапатит кальция широко используется в эстетической медицине для нехирургической коррекции дефектов носа, при увеличении размеров подбородка, лечении дермоатрофий, липоатрофий на различных участках лица и тела, в том числе и у ВИЧ-инфицированных, в хирургии и урологии. Отсутствие компонентов животного и растительного происхождения в составе препарата определяет его неиммуногенность и позволяет не проводить предварительное тестирование на переносимость. В экспериментальных исследованиях на животных и многолетних клинических испытаниях установлено, что гидроксиапатит кальция не оказывает какого-либо неблагоприятного воздействия на живой организм[2]. Препарат не обладает раздражающим, токсическим, мутагенным действиями, не вызывает аллергических реакций. Инъекции гидроксиапатита кальция не влияют на протекание беременности и состояние плода. С 1990 года и за весь период исследования и практического применения препарата не было обнаружено ни одного случая образования гранулем. [3] Клинические испытания материала в отношении его совместимости с живым организмом проводились с 1990 по 2000 год. В 2003 году было получено официальное раз-



Фото 1. Пациент до процедуры.



Фото 2. Пациент через 1,5 месяца, после поэтапного введения 3 мл гидроксиапатита кальция.

решение FDA к применению гидроксиапатита кальция в медицине, в 2004 году – разрешение ЕС. Согласно данным, компания "BioForm Medical" утверждает, что эффект применения препарата не постоянен, обычно он длится один или два года. Гидроксиапатит кальция проходил испытания менее года на людях с ВИЧ-ассоциированной липоатрофией. В испытаниях приняли участие 100 человек со средней и тяжелой лицевой липоатрофией, лечение проходило в течение месяца, затем косметический эффект оценивался через шесть месяцев. Основными побочными эффектами были временный отек или боль на месте инъекции гидроксиапатита кальция[4].

Результаты и обсуждение. Пациенту с диагностированной ВИЧ-ассоциированной липоатрофией лица 2-ой степени (глубокие и протяженные зоны атрофии в центральной области щек, фото1), произведена поэтапная аугментация этой зоны препаратом на основе гидроксиапатита кальция, общим объемом 3мл. Инъекции проводились с помощью канюли 25G, что позволило избежать травмирования сосудов. Уровень введения - над надкостницей и глубоко в жировой ткани. Снижение болевой чувствительности при проведении процедуры достигалось путем

инъекции мест уколов лидокаином 2% и добавлением его в филлер перед введением. Постинъекционный период проходил без особенностей, побочных эффектов отмечено не было. В результате процедуры уменьшилась степень липоатрофии до 1-ой (легкая и локализованная), заметно добавились объемы в средней трети лица (фото2). Однако, несмотря на удовлетворенность полученным результатом, пациент выразил желание провести дополнительную процедуру, с целью еще большей коррекции зоны липоатрофии через 1 месяц.

Выводы. Липоатрофия лица не является угрожающим жизни осложнением, однако опрос ВИЧ-инфицированных пациентов с липодистрофией показал, что эта группа больных отличается низкой самооценкой, страдает от депрессии и даже может терять приверженность к ВАРВТ [5,6].

Таким образом, пока препараты для лечения ВИЧ инфицированных имеют потенциальный риск липодистрофий, все меры по профилактике и коррекции этого осложнения остаются чрезвычайно актуальными.

Наш опыт применения препарата на основе гидроксиапатита кальция для лечения ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица, показывает хорошую переносимость, безопас-

ность и эффективность этого метода. Дает основания рекомендовать его ВИЧ - инфицированным пациентам для предупреждения стигматизации внешности и, как следствие, улучшения качества жизни.

Актуальность данной методики связана также с неоднозначными и противоречивыми результатами медикаментозной коррекции липодистрофий. В связи с этим аугментации утраченных объемов жировой клетчатки имеют приоритетное значение на сегодняшний день.

Список литературы:

1. Авраам М.Р., Цзао С. Атлас косметической дерматологии –Москва 2013; 53: С 261-264.
2. Клаус Вольф, Лоуэлл А Голдсмит, и др. Дерматология Фицпатрика в клинической

практике в 3т. 2013; 31: С.2108;41: С.2603-2604.

3. Comite SL, Liu JF, Balasubramanian S, Christian MA: Treatment of HIV.
4. Silvers S, Eviatar JA, Evachez MI, Pappas AL: Prospective, open-label, 18-month trial of calcium hydroxylapatite (Гидроксиапатит кальция) for facial soft-tissue augmentation in patients with human immunodeficiency virus-associated lipoatrophy: one-year durability. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(3 suppl): 34S-45S
5. James J, Carruthers A, Carruthers J: HIV-associated facial lipoatrophy. *Dermatol Surg* 2002; 28: 979-986
6. Martinez E, Garcia-Viejo MA, Blanch J, Gatell JM: Lipodystrophy syndrome in patients with HIV infection: quality of life issues. *Drug Saf* 2001;24:157-166.

■ ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» В МИКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЛКОЖВЕНДИСПАНСЕРА

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Шафранская Т.В.
УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Республика Беларусь

The organization of the “esthetical foot” room work in the mycology department of vitebsk dermatology and venereology dispensary.

Spiridonov V., Salarev V., Shafranskaya T.

In 2003 the “Esthetical foot” room was organized in the mycology department of Vitebsk dermatology and venereology dispensary. Treatment of nails with fungal infections, along with the excision of the grown-in nail, “Fusspunct” baths are conducted in “Esthetical foot” room. The outcome of the comprehensive treatment of the patients with fungal nail damage is clinical recovery in 96% of cases.

Введение. Современная микология располагает множеством методов и лекарственных средств для терапии грибковых заболеваний, арсенал которых с каждым годом пополняется [1,3]. Вместе с тем на фоне ухудшения социально-экономических условий, неблагоприятной санитарно-эпидемиологической и экологической ситуации, снижения общей иммунологической реактивности организма стали чаще регистрироваться атипичные и резистентные к терапии формы дерматофитий [3]. Практика клинической микологии рекомендует для снижения материальных затрат использовать в комплексной терапии методы механического воздействия, что повышает эффективность лечения и излечения [2].

Открытие кабинета «эстетическая стопа» на базе микологического отделения в Витебском ОККВД является важнейшим компонентом в лечении больных с микозами стоп, онихомикозами и гиперкератозами кожи стоп.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности лечения и профилактики заболеваний стопы у больных с поражением

Таблица 1

Название манипуляции	Количество манипуляций		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Процедура аппаратной обработки ногтей	467	854	916
Лечение онихомикозов	372	429	609
Лечение гиперкератоза стоп с серией препаратов «Fusspunkt»	65	276	361
Хирургическое удаление ногтевой пластинки и пластика	43	127	146

ногтевых пластин при формах, рефрактерных к проводимой ранее антимикотической терапии.

Материал и методы исследования. В 2003 году по инициативе руководства кожно-венерологического диспансера организован кабинет «эстетическая стопа» в микологическом отделении УЗ «ВОККВД», где выполняется: механическая чистка и/или удаление ногтевых пластин, назначаются схемы лечения с использованием системной антимикотической терапии и препараты для наружного применения, ванны с «Fusspunkt» при гиперкератозах кожи кистей и стоп, а также производится иссечение вросшего ногтя при микотической инфекции с последующей пластикой и наложением швов.

В кабинете работают врачи: врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории и врач-хирург, к.м.н прошедшие профессиональную переподготовку. Кроме того, в кабинете работает медицинская сестра, прошедшая профессиональную подготовку.

Кабинет оснащен: удобным креслом, вытяжной вентиляционной системой, электрической бормашиной «Эскорт»-2 с набором алмазных боров, а также хирургическим набором. В 2011 году врачом осуществлено 634 консультации с манипуляцией, в 2012 году – 768 консультаций и в 2013 году – 916 консультаций. Механическая чистка (МЧ) ногтевой пластинки и ложа проводится на аппарате «Эскорт-2» с использованием алмазных боров различного диаметра и формы, что позволяет убрать массы гиперкератоза, внедрившиеся в ногтевое ложе и санировать до 20 ногтевых пластин одновременно. В таблице приведено количество выполненных

основных манипуляций врачами за время работы в кабинете «эстетическая стопа».

При МЧ ногтевой пластины считается допустимым сокращение времени приема системных антимикотиков до 1-2 месяцев, обеспечивающих при медленном пути поступления препарата полную защиту ногтевого ложа. Нами отмечено ряд преимуществ данной комплексной методики: не отмечена у пациентов кабинета утрата трудоспособности; обязательное наличие асептических условий при проведении процедуры; последующие назначение схемы лечения с учётом показаний и противопоказаний (консультация терапевта, УЗИ сосудов нижних конечностей, общий анализ крови, глюкоза крови) [3]. Курс лечения состоял из 1-2 процедуры на каждую пораженную ногтевую пластинку.

Пациентам с тотальным (по длине или ширине) поражением ногтевых пластин (утолщены, деформированы) и с явлениями врастания ногтя в боковой кожный участок ногтевого валика проводили полную ногтевую инкорнацию пораженного ногтя под местной анестезией с последующей пластикой. После удаления ногтя поражённое грибком ногтевое ложе обрабатывается антимикотиками для местного лечения. Послеоперационный уход после такой ногтевой инкорнации не сложен.

Системная терапия тербинафином («Ламизил», «Ламитер») проводится в стандартных суточных дозах, рекомендованных производителем и зарегистрированных в инструкции (при массе тела более 40 кг – 250 мг). Однако режим применения рекомендуется не один раз в сутки, а суточная доза делится на два приема с интервалом в 12

часов: утром после завтрака и вечером после ужина. Необходимым условием является контроль приема больными препарата, осуществляемый медицинским персоналом.

Результаты исследований. В результате проведенного комплексного лечения с использованием кроме системной антимикотической терапии и МЧ ногтевой пластинки и ложа у пациентов с микотическим поражением ногтевых пластин диагностированы следующие состояния: «клиническое выздоровление» у 96% больных в 2013 году, у 93% в 2012 году и 90% в 2011 году. У пациентов с гиперкератозом кожи стоп использование набора препаратов «Fusspunkt» позволило получить выздоровление в 88% случаев у пациентов в 2013 году. Таким образом, положительный терапевтический эффект констатирован у всех больных.

Закключение. Наиболее эффективным методом МЧ ногтевой пластинки и ложа оказался у больных характеризующихся дистальным поражением ногтевой пластины и с обильным шелушением кожи стоп. Эффективное улучшение характеризовалось уменьшением гиперкератоза, гладкой и ровной поверхностью ногтевого ложа, уменьшением площади поражения ногтевой пластины даже в тяжелых, рефрактерных случаях, начиная уже с первой процедуры. Больным дополнительно проводилась системная антимикотическая терапия, назначались улучшающие периферическое кровообращение ножные ванны, физиолечение. Данный метод хорошо переносился всеми пациентами и не требовал никакой дорогостоящей аппаратуры для обеспечения перфузии и мониторинга. Лечебный эффект от хирургического удаления наступает значительно быстрее, но вероятность рецидива всегда остается. Для повышения эффективности лечения и сохранения формы ногтевого ложа применяли клеевую массу, имитирующую ногтевую пластину.

К преимуществам метода ванны с исполь-

зованием набора препаратов «Fusspunkt» необходимо отнести его неинвазивность, безвредность и безопасность. В связи с этим процедуру у пациентов можно проводить многократно, а методика выполнения ванны не требует специальной подготовки пациентов. При этом побочных явлений и каких-либо осложнений терапии не наблюдалось.

Выводы:

1. Использование в комплексном лечении пациентов с грибковым поражением ногтевых пластин методов механического воздействия на ногтевую пластинку и ложа, позволило получить выздоровление у пациентов при сокращении продолжительности приёма системных антимикотиков до 1-2 месяцев.

2. Метод с использованием набора препаратов «Fusspunkt» является эффективным у пациентов с гиперкератозом кожи стоп и кистей и рекомендуется к применению у пациентов многократно в любой стадии процесса.

3. Использование при онихокриптозе «клиновидной резекции», «тотальной резекции» с полной очисткой матрицы ногтя и с последующей онихопластикой ногтя, имеет почти 100% успех.

Литература:

1. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. – М.: Мед.лит., 2006. – С. 192-204.
2. Метод местного лечения онихомикозов при наличии ограничений к системному применению противогрибковых средств: инструкция на метод № 168-1113 от 20.11.2013г. / О.В. Панкратов, А.Л. Барабанов, Р.Ю. Шикалов, В.В. Крумкачѳв, Е.В. Страпко – Минск. – УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2013. – 7 с.
3. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: ООО «Бином-пресс», 2003. – 440 с.

■ ПРИМЕНЕНИЕ УФ-В ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Спиридонов В.Е.,
Сержанова Г.Г., Саларев В.В.
УЗ «Витебский областной клинический
кожно-венерологический диспансер»

Введение. Фототерапия активно и успешно используется в лечебной практике врача-дерматовенеролога благодаря широкому диапазону её лечебных действий. В Республике Беларусь разработан и начал серийно выпускаться аппарат для фототерапии ТУВУ 600284913.017-2011, генерирующий длину волны 311 нм. Данная длина волны показана при лечении пациентов с псориазом, атопическим дерматитом, красным плоским лишаем, витилиго, розовый лишай Жибера, парапсориаз, гнездная алопеция очаговая форма, хроническая идиопатическая крапивница и угревая сыпь. Одним из самых распространенных хронических дерматозов является псориаз, им страдает от 3 % до 7 % населения планеты. В настоящее время псориаз рассматривают как заболевание мультифакториальной природы с участием генетических, иммунных и средовых факторов. Являясь генетически детерминированным заболеванием, псориаз характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением дифференцировки кератиноцитов, нарушением функционирования иммунной системы, сопровождающимся образованием иммунозависимых цитокинов и медиаторов, индуцирующих воспалительную реакцию в дерме.

В настоящее время существует большое количество методов и лекарственных средств для лечения псориаза, но практически все больные отмечают благотворное влияние солнца, в частности ультрафиолета, на течение псориаза. Псориаз стоит на 1 месте среди показаний для фототерапии спектра Б.

Механизм действия УФ излучения 311 нм обусловлен тем, что УФ-лучи поглощаются внутриклеточной ДНК. Абсорбция ультра-

фиолета нуклеотидами ведет к образованию фотопродуктов ДНК, в основном пиримидиновых димеров. Известно, что УФ излучение подавляет синтез ДНК, в частности избыточную продукцию ДНК в псориазических эпидермотитов, что сопровождается торможением избыточного деления клеток. Считается, что УФ-В терапия на 311 нм обладает избирательным воздействием на иммунитет кожи, оказывает также иммунорегуляторное действие, нормализуя баланс воспалительных и противовоспалительных факторов в пораженной коже.

Цель исследования: определение эффективности УФ-В излучения в узком диапазоне 311-313 нм (узкополосный UVBU или UVBVB (Narrowband)) в комплексной терапии больных с хроническими дерматозами при непрерывно-рецидивирующем течении.

Материал и методы. Впервые в Республике Беларусь на базе отделения медицинской реабилитации в УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер» проведена УФ-В терапия 58 больным с распространенным псориазом с непрерывно-рецидивирующим течением и 11 пациентам с субтотальной формой алопеции. Возраст испытуемых варьировал от 20 до 60 лет, в среднем 42,5 года, по половому признаку – 54 мужчин и 15 женщин.

До начала лечения всем больным проведены: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования крови (до и после курса терапии), консультация врача-окулиста и врача-эндокринолога, уролога для мужчин, гинеколога для женщин.

Необходимым условием для начала лечения являлось также отсутствие в комплексе лечения препаратов, обладающих фотосенсибилизирующими свойствами, цитостатиков, стероидных мазей и деготь содержащих мазей.

Методика. Фототерапия УФ-В лучами узкого спектра 311 нм проводилось 3 раза в неделю, начальная доза составляла 0,2 Дж/см²

- 0,3 Дж/см² в зависимости от фототипа кожи с последующим увеличением дозы на 0,1 Дж/см² при отсутствии эритемы. Курс лечения составил 21 процедуру. Расчет дозы проводился по формуле $D = E * t$, $t = D/E$, где D – доза ультрафиолетового излучения в мДж/см², E – измеренная интенсивность ультрафиолетового излучения, t – время облучения.

Эритемогенная составляющая УФ-В лучей с длиной волны 311 нм невелика, и следовательно, терапевтический эффект от УФ-В лучей на длине этой волны достигается до возникновения эритемы. Различные исследования показывают, что эта область и есть самая «нужная» из всего диапазона УФ-В, равно как и самая действенная из солнечного спектра.

Учет результатов лечения велся с использованием методов непараметрической статистики с расчетом показателей медианы, первого и третьего процентилей.

Результаты и обсуждение. УФВ терапия хорошо переносилась больными. Осложнения наблюдались у двух больных: эритема и зуд возникшие на 5 сеансе у одного больного и явления аллергического дерматита лица у второго больного на 8 сеансе УФВ-терапии, что возможно явилось случайным совпадением. После небольшого перерыва и использования смягчающего крема осложнения быстро регрессировали. Все пациенты получали базисную терапию: капсулы «Аевит» 1 кап. 2 раза в день, капельное введение физиологического раствора (0,9% NaCl) с папаверином, 10% раствор «Кальция глюконат» и местно двухпроцентная салициловая мазь. Больным

К 5-6 процедуре УФВ-терапии у большинства больных стала уменьшаться толщина пятен и значительно уменьшилось шелушение. После 15 процедуры все больные отмечали значительно улучшения и появление пигментации (загара).

Лишь у одного пациента пожилого возраст

та с очагами псориаза в основном на нижних конечностях диагностирована торпидность к проводимой терапии, хотя самим пациентом результаты лечения были расценены как хорошие.

После проведения 21 сеанса УФВ-терапии 12 человек расценили свое состояние как «хорошее», а 57 человек как «очень хорошее».

Оценка состояния пациентов врачом несколько отличалась: 4 результата расценены как удовлетворительные, 26 – как хорошие и 39 – как очень хорошие. Средний балл УФВ-терапии пациентом составил 3,69 из 4 максимально возможных, оценка врачом – 3,19.

Медиана пациента составила 4,0, медиана врача – 3,0. Первый процентиль пациента и врача составил 3,0, третий процентиль составил 4,0 у пациента и врача.

Таким образом, как мы видим из данного исследования методом непараметрической статистики получены очень хорошие результаты эффективности УФВ-терапии у испытуемой группы больных. Лечение больные переносили хорошо, процент осложнений был минимальным, ухудшения состояния не наблюдалось ни у кого. Всем больным процедура очень понравилась, их оценка своего состояния зачастую превосходила оценку врача. Терапевтический эффект был достигнут практически у всех больных – исчезновение шелушения, гиперемии и сглаживание псориатических бляшек, отмечался рост волос при алопеции. При трихоскопии волос находился в 80% случаев в анагеновой стадии. Облучение УФ-В лучами с длиной волны 311 нм можно применять в лечебной практике, как монотерапию, так и в комбинации с другими физическими факторами и медикаментозными средствами.

Литература:

1. Кожные и венерические болезни /В.П.Адаскевич, В.М.Козин – М.:мед.лит., 2006.- 672с.:ил.

■ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОСПОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Селютина Ольга Викторовна
БУЗ ВО ВОККВД, Воронеж, Россия.

Введение. Микроспория является наиболее распространенным заболеванием среди дерматофитий.

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей микроспории в современных условиях.

Материалы и методы. Проанализировано 114 амбулаторных карт пациентов с диагнозом: микроспория, обратившихся на консультативный амбулаторный прием в БУЗ ВО ВОККВД в 2011 году. Пациенты в возрасте от 25 дней до 15 лет — 106 человек, старше 18 лет — 8 человек. По направлению дерматологов области и города 31, по направлению педиатров 17, самообращение 66. Сроки заболевания до обращения в БУЗ ВО ВОККВД составили от 1 недели до месяца (чаще 2.5

недели). Самолечение имело место в 96 случаях. По диагнозам распределение следующим образом: микроспория гладкой кожи 52, микроспория волосистой части головы 39, микроспория гладкой кожи и волосистой части головы 23. Из 52 случаев диагноза: микроспория гладкой кожи у 46 пациентов имело место поражение пушковых волос. Дети: неорганизованные 32, посещающие детский сад 35, учащиеся школ 39.

Результаты. Основной контингент заболевших микроспорией - дети (93%). Поражение пушковых волос при диагнозе: микроспория гладкой кожи в 88% случаев. Самолечение имело место в 84% случаев. Самостоятельно за медицинской помощью обратилось 58%. Поражение волосистой части головы отмечено у 54% пациентов.

Выводы. Освещение клинико-эпидемиологических аспектов микроспории в настоящее время актуально для широкого круга врачей: дерматологов, педиатров, эпидемиологов, терапевтов.

■ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Торшина И. Е.
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, г. Смоленск, Россия

Резюме. На основании данных 10-летнего опыта работы кафедры кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии Смоленской медицинской академии определены современные проблемы преподавания дисциплины «Дерматовенерология». Дана характеристика понятию «клиповое мышление». Автором предложены пути совершенствования и оптимизации преподавания дисциплины «Дерматовенерология» с использованием интерактивных форм обучения и представления адаптированных современ-

ных учебных информационных материалов в электронном виде. В статье обоснована необходимость соблюдения этапного подхода к изучению дисциплины.

Ключевые слова: проблемы и методы преподавания, дерматовенерология

Summary To solving the teaching problems of dermatovenerology

Torshina I.E.
Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russia

On the basis of 10 years of experience of the department of skin and STD with a course of medical cosmetology Smolensk State Medical Academy modern problems in teaching process. The article presents the notion "clip thinking". The author offers ways to improve and optimize teaching "Dermatology and STD" using

interactive forms of learning and presentation of modern information data in electronic form. The paper substantiates the need for compliance phased approach to the study of the discipline.

Key words: problems and methods of teaching, dermatology, STD

«Завтра, как и сегодня, будут больные.

Завтра, как и сегодня, понадобятся врачи.

... .

Медицинская наука станет ещё точней, её оснащение приумножится,

но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит своё место

в медицине врач классического типа – тот, чьим призванием

останется человеческое общение с пациентом. ...

И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, -

трудной, тревожной, героической и возвышенной».

«О призвании врача». Андре Моруа

Введение. Медицинское образование, являясь непрерывным процессом, начинается с момента поступления абитуриента в медицинский вуз и не заканчивается до завершения врачом его практической деятельности [1, 2]. В условиях постоянного совершенствования высшего медицинского образования возникает проблема сохранения традиций и сложившегося положительного опыта преподавания на фоне неуклонно возрастающей потребности использования в учебном процессе современных компьютерных и информационных технологий [3]. Главный результат системы высшего профессионального медицинского образования - востребованный системой здравоохранения выпускник, готовый к быстрой адаптации в медицинском сообществе. В связи с задачами, стоящими перед системой высшего медицинского образования, основной его целью становится подготовка компетентных и высокоморальных врачей, полностью осознающих свою роль в отношениях врач – пациент [1].

Цель. Изучение проблем преподавания дерматовенерологии в условиях современ-

ной высшей медицинской школы для коррекции возникающих негативных тенденций.

Материалы и методы. Анализ опыта работы кафедры кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии ГБОУ ВПО СГМА Минздрава России на основании 10-летних данных анкетирования студентов лечебного, педиатрического, стоматологического и иностранного факультетов преподавателей кафедры. Для оперативного слежения за образовательным процессом нами приоритетно разработаны две анкеты для студентов, содержащие вопросы оценки практических занятий и лекций по дисциплине «Дерматовенерология»: доступность и демонстративность подачи информации преподавателем, полнота понимания темы до и после занятия, наглядность и значимость лекций. С целью объективизации результатов, опрос респондентов проводился после завершения обучения на кафедре и сдачи экзамена (зачета) по дисциплине. Анкетирование проводится систематически, ежегодно с 2004г на добровольной и анонимной основе. Ежегодная статистическая выборка включает студентов лечебного, педиатрического, стоматологического и иностранного факультетов в количестве не менее 2\3 из числа всех обучающихся.

Систематический опрос преподавателей осуществляется в рамках плановой работы на учебно-методических заседаниях кафедры с обсуждением и проведением сравнительного многолетнего анализа результатов анкетирования студентов.

Результаты и обсуждение. Результаты опроса студентов в течение всего периода наблюдения обнаруживают постоянство воценке значимости личности преподавателя: подавляющее большинство (87-95%) указывают на важное значение педагогического и практического опыта, характера, личностных качеств преподавателя, как в изучении дисциплины, так и в выборе будущей медицинской специальности.

Анализ результатов анкетирования студентов показывает, что основные причины затруднения восприятия дисциплины - несоответствие продолжительности занятий

объему информации и отсутствие лекционного материала на момент прохождения практических занятий. Респонденты указывают на достаточную демонстративность материала (атласы, слайды, видеофильмы), что позволяет при самооценке повысить уровень понимания тематики практических занятий на 1-1,5 балла после прохождения соответствующих циклов изучаемой дисциплины. Более половины опрошенных указывают, что, несмотря на недостаточную демонстрацию тематических больных из-за отсутствия их в стационаре, обсуждение фотографий и архивных историй больных кафедры, позволяют в полной мере изучить темы занятий.

Однако, нами выявлено ежегодное увеличение числа студентов, характеризующихся потребительским отношением к обучению, а именно: указания на необязательность посещения лекций (от 27% в 2004-2007 гг до 38% в 2011-2013 гг); предложения по сокращению времени занятий и, в целом, циклов «Дерматология» и «Венерология» (от 15% в 2004-2007 гг до 25% в 2011-2013 гг респондентов); нежелание самостоятельно готовить реферативные сообщения по темам пропущенных занятий и лекций (45%). Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном понимании важности изучения дисциплины для врача любой специальности у некоторой части студентов.

Анкетирование позволяет проследить положительную динамику материально-технического оснащения кафедры: так, в 2004-2010 гг кафедра нуждалась в учебных комнатах и аудиториях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам с необходимым для образовательного процесса техническим оснащением: об этом указывало подавляющее большинство студентов всех факультетов (89-93%). В течение 2011-2013 гг, благодаря продуктивному взаимодействию руководства СГМА, коллектива кафедры и руководства лечебных учреждений, в полной мере реализовались возможности размещения кафедры на двух специализированных лечебных базах: Смоленского областного кожно-венерологического отделения

и НУЗ «Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО РЖД». Улучшение материальной базы и технического оснащения аудиторий кафедры позволило значительным образом повысить технические возможности преподавания дисциплины, что отразилось респондентами в соответствующем разделе анкеты высокой положительной оценкой.

Анализ анкет студентов и опрос преподавателей позволяет выявить достаточно серьезную проблему преподавания в связи с кардинальным изменением способа мышления и восприятия студентами информации, которое описывают как «клиповое мышление» (КМ), которое характеризуется возможностью оперировать значительными объемами информации в электронном виде с использованием различных технических средств (телефонов, смартфонов и пр.) [4]. Все преподаватели кафедры едины во мнении, что подавляющее большинство студентов активно используют во время практических занятий средства связи. Положительным и, вероятно, единственным достоинством КМ можно считать большую скорость при поиске и обработке информации, представленной в удобном для усвоения формате (таблицы, тексты и пр.). Существенным отрицательным свойством КМ является отсутствие логического осмысления и построения взаимосвязей между многочисленными блоками информации. «Результатом» такого вида мышления в отношении построения диагноза является неспособность к компиляции отдельно взятых симптомов в общую картину заболевания. Таким образом, КМ диктует новые задачи для образовательного процесса – усовершенствовать методы обучения с использованием положительных моментов данного вида мышления, т.е. представлять адаптированный современный теоретический материал в электронном виде на странице сайта кафедры. Высокая востребованность студентами учебно-методических материалов в электронном виде свидетельствует о реализации возможности оперативного представления современных достижений науки и практики в дерматовенерологии для самоподготовки.

На фоне всеобщей компьютеризации и явного преобладания КМ возникает еще одна трудно разрешимая проблема высшего медицинского образования – гармоничное сочетание обучения необходимым профессиональным навыкам и получение системного фундаментального естественнонаучного образования в узких временных рамках и жестком соблюдении требований действующих образовательных стандартов без возможности расширения времени на преподавание дисциплины. Данная проблема негативным образом «подкрепляется» недостаточной возможностью изучения дисциплины «у постели больного» в связи с отсутствием «тематических» пациентов в отделениях лечебных баз кафедры и/или отказом больных в курации их студентами [5]. Студенты в подавляющем большинстве выражают желание при изучении дисциплины больше времени проводить с больными (65-75%). Для решения этой проблемы на кафедре создан и постоянно пополняется банк архивных историй болезни и фотографий больных. Наглядность практического занятия и/или лекции обеспечивается демонстрацией истории болезни и фотографий больных (в строгом соответствии с требованиями этического совета академии: разрешение больного на использование фото, фотосъемка с невозможностью визуальной идентификации личности пациента).

Резервом в совершенствовании подготовки студентов медицинского вуза является расширение форм внеаудиторной работы: элективные курсы, работа научного студенческого кружка, участие в тематических и ежегодных студенческих конференциях. Возрастание интереса к дисциплине «Дерматовенерология» стимулируется родственной специальностью «Косметология», что проявляется высокой востребованностью элективного курса «Актуальные проблемы дерматологии и венерологии». Посещаемость курса ежегодно составляет от 40 до 80 студентов. Кроме этого, на кафедре активно функционирует студенческий научный кружок, членами которого являются ежегодно 15-20 человек.

Так называемые, «непрофильные» студенты стоматологического факультета в преобладающем большинстве не имеют достаточной мотивации (нет экзамена и дифференцированного зачета по дисциплине) и особого желания изучать дисциплину «Дерматовенерология», высказывая предложения о необязательности написания истории болезни и работы с дерматологическими больными (78-82%). Кардинальным образом меняется их активность и направленность в изучения дерматовенерологии, когда будущие стоматологи начинают обучение в интернатуре и ординатуре. Самостоятельная практика в качестве помощника врача стоматолога выявляет те «пробелы» в теоретических и практических знаниях, которые стимулируют к активному изучению дерматозов и ИППП с локализацией в области лица, волосистой части головы и полости рта.

С целью усиления значимости изучения дисциплины «Дерматовенерология» для студентов всех факультетов (в том числе, и стоматологического) нами разработан «Дневник компетенций студента», в котором представлены как общемедицинские, так и специальные компетенции (навыки и умения), которыми должен овладеть обучающийся. Работа студента над «Дневником компетенций» под руководством преподавателя, а затем и самостоятельно позволяет обеспечить компетентный подход в изучении дерматовенерологии.

Для формирования профессиональных навыков и умений на кафедре используются активные формы обучения: ролевые и деловые игры. Ролевая игра «погружает» обучающегося в ситуацию, которая включает те же ограничения, мотивацию и принуждение, какие существуют в жизни [6, 7]. Во время ролевой игры у студента появляется возможность «примерить» на себя состояние больного, закрепить теоретические знания, сформировать клиническое мышление, когда необходимо актуализировать не только те умения и сведения, которые он готовил к конкретной теме занятия, но и остро востребованные компетенции по психологии, биоэтике, правоведению и др. Как показывают результаты опроса,

студенты позитивно оценивают значимость использования ролевых и деловых игр в обучении (85-95%). Кульминацией проверки теоретических и практических знаний студента является курация больного, что позволяет сформировать навыки общения и профессиональные компетенции.

Выводы. Таким образом, процесс образования в медицинском вузе находится в постоянном развитии, асистематический анализ на основе опроса обучающихся и обучающихся позволяет выявить ряд проблем в преподавании дерматовенерологии:

1. Строгая законодательная база регламентации учебных часов на обучение дисциплины и недостаточность времени (по оценке самих обучающихся) для проведения практических занятий и лекционного курса при подготовке из-за недостаточного большого объёма теоретического материала.
2. Недостаток «профильных» больных во время изучения темы занятия и/или отказ больных от курации студентами.
3. Клиповое мышление студентов как основа формирования «технизма» и «автоматизма» в будущей практической деятельности выпускника медика.

На основании накопленного опыта и постоянного совершенствования методов преподавания для решения выявленных проблем предлагается этапный подход в обучении дерматовенерологии:

1. Теоретическая подготовка, включающая лекционный курс и практические занятия, где «красной нитью» проходят идеи профессиональной этики, понимание истинных, социально-значимых ценностей с представлением современной профессиональной информации по изучаемым темам дисциплины «Дерматовенерология».
2. Использование интерактивных методов обучения для закрепления теоретических основ курса и формирования клинического мышления с основами психологической поддержки больного.
3. Этапное поступательное ознакомление студентов с больными:

- обсуждение архивных историй болезни и оценка дерматологического статуса больных на основании фотоматериалов кафедры;
- формирования деонтологических, общемедицинских и профессиональных навыков в работе с «Дневником компетенций студента»;
- курация больного под руководством преподавателя с последующим оформлением и защитой истории болезни на итоговом занятии.

4. Активное привлечение студентов к внеаудиторным формам обучения: участие в работе студенческого научного кружка кафедры, выполнение тематических реферативных работ, научных изысканий и практических исследований под руководством всех «поколений» кафедры: преподавателей, аспирантов, ординаторов и интернов. Такая преемственность позволяет сохранить и приумножить опыт, накопленный кафедрой за все время её существования.
5. Учитывая важность значимости личности преподавателя в образовательном процессе, современному педагогу предъявляются высокие общечеловеческие, социокультурные и профессиональные требования. Необходимо постоянное самосовершенствование преподавателя высшей медицинской школы, что позволит обеспечить не только теоретическую подготовку специалиста для решения неординарных клинических задач, но и сформировать личность будущего врача. Систематическое анкетирование студентов – важный достоверный источник обратной связи «студент-преподаватель» и стимул для совершенствования методов преподавания.

Литература:

6. Мещерякова М.А. Учебный процесс вуза в системе управления качеством профессиональной подготовки врачей. М.: КДУ. - 2006. - 140 с.
7. Торшина И.Е., Цыганкова Е.П., Макушкина В.К. Современные проблемы и опыт

- преподавания дерматовенерологии в медицинском ВУЗе //Сб. тез.конф.: Рахмановским чтениям 30 лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013. – С. 144-146.
8. Торшина И.Е. Проблемы преподавания дисциплины «Кожные и венерические болезни» в условиях модернизации здравоохранения и совершенствования образовательного процесса в медицинском вузе //Сб.: Акт.пробл. педаг. высш. школы. Метод. и практ. обесп. учеб. проц. в высш. школе /Под ред. И.В.Отвагина. Смоленск: Изд-во СГМА, 2013. С.35-38.
 9. Утц С.Р., Моррисон А.В., Слесаренко Н.А., Румянцева Е.В. «Клиповое» мышление vs современное образование. Кого и чему мы учим? //Сб. тез XXX юбил. научн-практ. конф. с междунар. участ.: Рахмановским чтениям – 30 лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии. – 2013. – С.157-158.
 10. Петров С.В., Балахонов А.В., Молитван М.Н., Фионик О.В. Вопросы высшего медицинского образования //Вестн. С-Петербур. ун-та. Серия 11.- 2007. Вып. 4. – С. 118 – 127.
 11. Байденко В.И. Компетенции: к освоению компетентностного подхода. Лекция в слайдах. Авторская версия. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. – 2004. – 41с.
 12. Торшина И.Е. Социально-коммуникативные методологии и правовые аспекты компетентностного обучения дерматовенерологии. – Смоленск: ГБОУ ВПО СГМА, 2012. – 72с.

■ ДИФНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ (ЛД) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИММУНОЗАВИСИМЫМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Торшина И.Е., Бусько Т.М., Борсуков А.В. ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, г. Смоленск, Россия

Резюме. Лазерная доплерография – неинвазивный, объективный метод диагностики, позволяющий обнаружить изменения микроциркуляции кожи при острых и хронических дерматозах. Использование метода ЛД представляется важным для ранней диагностики и динамического наблюдения за дерматологическими больными. Уровень изменений микроциркуляции с использованием параметров оценки концентрации, перфузии и скорости кровотока зависит от клинической формы аллергодерматоза.

Ключевые слова: лазерная доплерография, микроциркуляция кожи, аллергодерматозы, диагностика

Summary Diagnostic capabilities of laser dopplerography (ld) in patients with chronic allergic dermatoses (ad)

Torshina I.E., Busko T.M., Borsukov A.V. Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russia

LD is an objective non-invasive method for skin microcirculation assessment. Microcirculation disorders can be detected in different skin diseases. Prolonged diagnosis control of AD is important to use non-invasive painless method. The degree of disturbance of microcirculation in the study by LD depends on clinical forms of AD, expressed changes perfusion, blood flow velocity and concentration parameters.

Keywords: laser dopplerography, skin microcirculation, allergic dermatoses, diagnosis

Введение. Нарушения микроциркуляции различной степени выраженности сопровождаются целым рядом острых и хронически протекающих дерматозов [1, 2, 3, 4]. Для оценки состояния дермального кровотока, как в целях диагностики, так и динамического наблюдения у пациентов, страдающих различными но-

зологическими формами хронических иммунозависимых аллергодерматозов, особенно важным является применение не инвазивных и безболезненных методов обследования [5,6]. ЛД – объективный, не инвазивный, стандартизованный метод оценки состояния микроциркуляции кожи, который может быть использован в дерматологической практике [3, 5,6].

Цель. Оценка диагностических возможностей применения метода ЛД у взрослых с различными формами аллергодерматозов, требующих определения состояния дермального кровотока.

Метод. В исследовании использован бесконтактный 808 нм инфракрасный лазерный доплер компании Aimago (производство Швейцария).

Нами учитывались три основные характеристики тканевого кровотока: показатель перфузии, показатель концентрации и скорость кровотока.

Показатель перфузии кровотока (средний поток эритроцитов) – это количество эритроцитов, проходящее определенное расстояние за единицу времени в данном объеме (относительные единицы (отн.ед.)).

Показатель концентрации – это количество эритроцитов, содержащееся в единице объема (относительные единицы (отн.ед.)).

Скорость кровотока – это расстояние, которое проходит определенное количество эритроцитов за единицу времени (мм/с).

Материалы. В период с 02.12.2013 по 01.02.2014 гг методом ЛД обследовано 11 пациентов: возраст от 19 до 56 лет (среднее значение=37,8 года); мужчин – 4, женщин – 7.

Спектр дерматологической патологии обследуемых нами пациентов был представлен различными вариантами хронически протекающих иммунозависимых аллергодерматозов. Из них: больных микробной экземой - 5, атопическим дерматитом - 4, непрерывно рецидивирующей токсикодермией с давностью заболевания 5 месяцев - 1, хронической рецидивирующей крапивницей - 1.

Результаты и обсуждение. При анализе средних значений данных ЛД у больных с экзематозным процессом выявлено по-

вышение показателей перфузии (203,2 отн. ед.) и скорости (6 мм/с) на фоне снижения показателя концентрации кровотока (52,8 отн. ед.). Также у пациентов с экземой нами установлена неоднородность кровотока и выраженность островоспалительной реакции в окружающих тканях, которая значительно превышала видимые изменения кожи вокруг очагов экзематозного процесса.

Изучение кровотока у больных с атопическим дерматитом средней степени и тяжелого течения обнаружило повышение показателей перфузии (204,5 отн. ед.) и концентрации (73,5 отн. ед.) на фоне незначительного снижения показателя скорости 2,75 мм/с. Нами выявлена склонность к слиянию высыпных элементов атопического дерматита, выраженность воспалительной реакции окружающих высыпания тканей и неоднородность кровотока в зонах поражения.

У 43-летнего пациента, страдающего токсидермией в течение 5 месяцев, установлено значительное увеличение показателей перфузии (240 отн. ед.) и скорости (7 мм/с) на фоне снижения показателя концентрации (48 отн. ед.); диагностирована явная тенденция к слиянию высыпных элементов с превышением их визуального размера.

У 55-летней больной с хронически протекающей рецидивирующей крапивницей выявлено повышение показателя перфузии (196 отн. ед.), незначительное увеличение показателя скорости (6 мм/с) и незначительное снижение показателя концентрации (58 отн. ед.).

Выводы.

1. Метод ЛД позволил выявить различные изменения микроциркуляции, как в видимо измененных, так и визуально интактных окружающих участках кожного покрова у больных с хроническими иммунозависимыми аллергодерматозами:

 - Максимально выраженное увеличение значений перфузии и кровотока на фоне резкого снижения концентрации выявлено при токсидермии с давностью заболевания 5 месяцев, характеризующейся непрерывно рецидивирующим течением.
 - У больных с экземой и атопическим дерма-

- титом не выявлены статистически значимые различия в увеличенных показателях перфузии. Однако нами обнаружены статистически значимые различия в показателях концентрации: при микробной экземе – увеличение, а при атопическом дерматите снижение на 20,7 отн ед. Напротив, скорость кровотока была увеличена при атопическом дерматите и резко снижена у больных с экземой: разница в показателях составила 3,25 мм³/с.
- В меньшей степени выраженности изменения микроциркуляции установлены у 55-летней пациентки с хронической рецидивирующей крапивницей в виде умеренно выраженного повышения перфузии, скорости кровотока и снижения концентрации.
2. Удобство и простота исследования, неинвазивность и безболезненность процедуры ЛД обосновывает широкие возможности для применения этого метода исследования в дерматологической практике.
 3. Возможность архивации данных ЛД позволяет проводить сравнительный анализ показателей микроциркуляции кожи в ходе динамического наблюдения с целью оценки эффективности и коррекции терапии.

Литература:

1. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. –М.: Медицина,1975. - 455с.
2. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. /Под редакцией А.И. Крупаткина, В.В. Сидорова. –М.: Медицина,2005.–256с.
3. Борсуков А.В., Гельт Т.Д., Белявская А.А. Возможности неинвазивной лазерной визуализации в клинике внутренних болезней. - Смоленск,2012. – 50с.
4. Федорович А.А. Неинвазивная оценка вазомоторной и метаболической функции микрососудистого эндотелия в коже человека. //Регионарное кровообращение и микроциркуляция. –2013,№ 2. – С. 15-25.
5. Резайкина А.В., Курбанова А.А., Резайкина А.В. Неинвазивные методы исследования кожи //Вестник дерматологии и венерологии. – 2009, №6. – С. 28-32.
6. Бережанский П.В., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л. Современные представления об участии микроциркуляторных нарушений в патогенезе аллергического воспаления // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2012,№ 4. – С. 4-11.

■ НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ.

Устинов М.В.

Общероссийская общественная научная организация «Национальная академия микологии», г. Москва, Российская Федерация.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация.

Реферат. Представлена авторская методика лечения онихомикоза у пожилых, включая предложенные решения таких проблемных вопросов современной гериатрической клинической микологии как сроки применения системных антимикотиков, критерии их отмены. Рассмотрен баланс эффективности и безопасности при применении системных антимикотиков, правила их смены или отмены при неэффективности. Кроме того, определены понятия о профилактическом лечении и паллиативной терапии при отказе от полноценного лечения.

Ключевые слова: онихомикоз, системные антимикотики.

Abstract. Presents the author's method of treatment of onychomycosis in the elderly, including proposed solutions such problematic issues in modern geriatric clinical mycology terms as use of systemic antifungals, the criteria for their abolition. Considered the balance of efficacy and safety with systemic antifungals, or change the rules for their abolition in ineffectiveness. In addition, the concepts of prophylactically treatment and palliative therapy for rejection of the full treatment.

Keywords: onychomycosis, systemic antifungals.

Введение. Заболеваемость онихомикозом по многочисленным эпидемиологическим сообщениям имеет легкую тенденцию к росту во всем мире и в России, в частности.

Он занимает не менее 50% всех поражений ногтей, что обуславливает его выраженную актуальность. Частота онихомикоза в популяции варьирует от 3 до 13%. Она существенно возрастает у людей старше 60 лет – 25-35%, больных сахарным диабетом – 25-55% и с иммуносупрессией – 11-67% [1].

Наиболее часто встречающиеся проблемы современной гериатрической микологии в отношении онихомикозов укладываются в несколько положений:

1. Правильность постановки диагноза и качество диагностики;
2. Оценка реальной готовности пациента к лечению (материальной, соматической, психологической);
3. Возможна ли системная терапия и какой препарат лучше;
4. Подногтевой гиперкератоз как фактор отягощения;
5. Срок применения системных антимикотиков и необходимость их смены или отмены при неэффективности;
6. Профилактика рецидивов, понятие о паллиативе и вторичной профилактике внутрисемейной передачи при отказе от полноценного лечения.

Цель. С 2011 по 2013 год в рамках различных исследований нами был сделан акцент на пожилой возраст, как на наиболее трудный в терапевтическом плане. Разработка подходов, повышающих эффективность лечения онихомикоза в таких случаях и стало целью работы и попыткой дать ответы на поставленные проблемные вопросы.

Материалы и методы. Работа проведена в условиях преимущественно микологического приема. В исследование вошло 73 человека старше 60 лет. Это составило лишь около 1/3 от всех пожилых лиц, обратившихся за период исследования по поводу онихомикоза. Ни один из пациентов не отвечал критериям применения только наружной терапии, в связи с чем им было проведено комбинированное лечение [2]. Использовались преимущественно препараты итраконазола системно, растворы клотримазола или нафтифина

местно, лак аморолфина в соответствующие фазы терапии и профилактики.

Результаты и обсуждения. Правильность постановки диагноза и качество диагностики в случаях подозрения на онихомикоз по нашему мнению у пожилых имеет ряд принципиальных особенностей, а именно:

- комбинированную терапию онихомикоза надо начинать только после обязательно лабораторного подтверждения диагноза, так как трофические изменения ногтей симулируют микотическое их поражение: многократные соскобы, культуральное исследование, ПЦР – в настоящее время позволяют верифицировать диагноз достаточно надежно;
- при этом не всегда обнаружение мицелия гриба у лиц старшей возрастной группы свидетельствует о первичности поражения ногтевой пластины;
- при первично трофическом поражении, вторичном микотическом инфицировании ногтя у лиц старшей возрастной группы клинического выздоровления добиться скорее всего не удастся, но необходимо добиваться микробиологической санации.

Онихомикоз был подтвержден у всех включенных в группу пациентов.

Очень важно перед началом терапии понять насколько пациент к ней готов соматически, материально, психологически, так как курс терапии обычно длительный, а возрастные пациенты часто имеют определенный набор заболеваний и принимают препараты, которые могут иметь отрицательное взаимодействие с системными антимикотиками. Пожилых пациентов обязательно знакомили с планом лечения, ориентировали в его длительности и стоимости, оценивали совместное его готовность и взять информированное согласие. Анализировалась сопутствующая соматическая патология и лекарственные средства, постоянно принимаемые пациентом, при необходимости – пациенты получали дополнительные консультации врачей-специалистов. Особое значение имеет субъективная оценка адекватности пациента и сохранности его критики к себе и к окружающе-

му миру, и если было субъективное сомнение в правильном выполнении своих назначений, то от длительного и достаточно затратного лечения воздерживались. Основными критериями отбора на системную составляющую комбинированной терапии интегрально являются:

- отсутствие коморбидных противопоказаний;
- отсутствие отрицательных лекарственных взаимодействий с препаратами, используемыми больными;
- удовлетворительная индивидуальная переносимость.

Необходимо помнить, что планируемые к назначению препараты, особенно азолового ряда, имеют широкий спектр фармакологического взаимодействия с другими лекарствами. Это, по мнению многих, делает препараты аллиламинового ряда предпочтительнее у лиц старшей возрастной группы [3]. Не подвергая сомнению это мнение, наши результаты показывают, что итраконазол с его вариантами режимов дозирования может использоваться у больных старшего возраста не менее эффективно и безопасно при соблюдении вышеперечисленных условий, а спектр его антимикотического действия шире, что является преимуществом для больных старшей возрастной группы, у которых возможность недерматофитного поражения ногтей выше, чем у лиц молодого и среднего возраста.

Остро у пожилых больных онихомикозом стоит проблема подногтевого гиперкератоза, который отрицательно влияет на общий успех лечения. В современных условиях удаление ногтевой пластины при грибковых поражениях ногтей признается достаточно травмирующей манипуляцией и заменяется чистками. Выбор способа чистки: использование кератолитиков или механических чисток (фрезы/ скалеры, пилки и др.) интегрально не влияет на эффективность при правильном проведении. Определяющим фактором является удобство для пациента: некоторые методы предполагают домашнее использование, другие являются врачебными манипуляциями, и по нашим наблюдениям на платные

Рис. 1 Измерение скорости отрастания ногтя – важный критерий вероятной эффективности терапии у пожилых

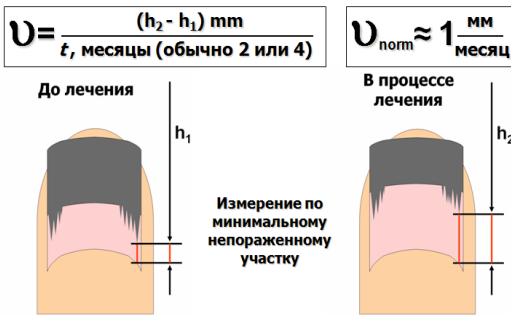
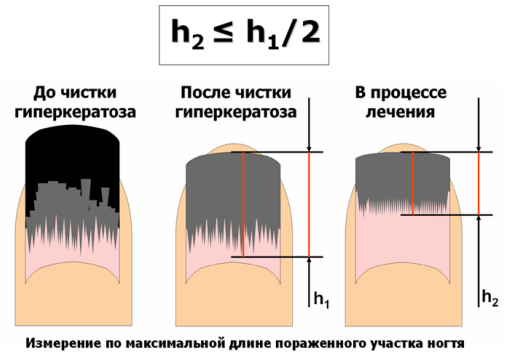


Рис. 2 Критерий отмены системного препарата



врачебные манипуляции соглашаются от 15 до 25% пациентов. На наш взгляд, важно при чистке минимально оставлять вентральный слой пластины, прилежащий к гипонихию. Это позволяет избежать травматизации, присоединения вторичной бактериальной инфекции, возможного рубцевания, онихолизиса и врастания ногтей. Проблема при таком подходе – в ногте остается очаг микотической инфекции, что требует постоянного использования преимущественно противогрибковых растворов практически до полного отрастания здоровой ногтевой пластины, но положительные эффекты от такого подхода более значимы.

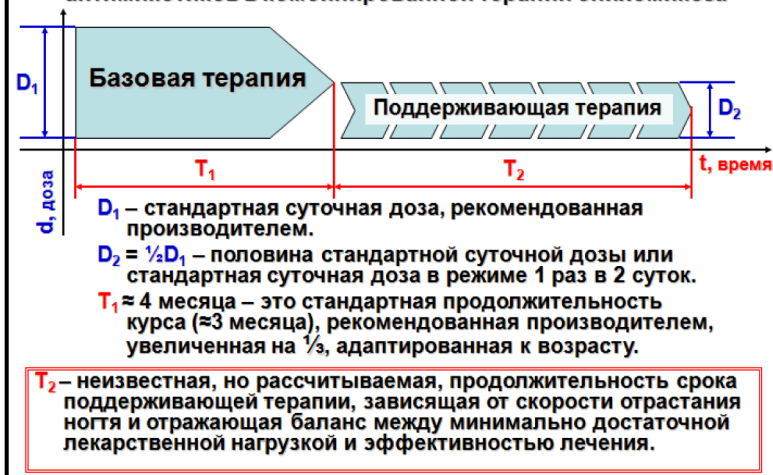
Сроки применения системной терапии, оговоренные в инструкциях к препаратам обычно ограничены 3 месяцами или 3 пульсами. Однако, для пожилых лиц такие сроки многими учеными признаются не адекватными. Так, существует множество индексов определяющих терапевтическую тактику в зависимости от степени поражения ногтевой пластины, в России наибольшее распространение получил индекс КИОТОС, при значениях которого более 12 хотя бы по одному пораженному ногтю показано удлинение сроков терапии и курсовых доз системных антимикотиков [4]. Также рекомендовано удлинение курса системной терапии при наличии у больного поражения сосудов нижних конечностей, сахарного диабета, гипотиреоза и др. [5]. Однако нет четкой градации на

сколько должен быть пролонгирован срок лечения, и соответственно какова должна быть курсовая кумулятивная доза системных препаратов, что составляет достаточно серьезную проблему, так как баланс между эффективностью и токсичностью препаратов сложно соблюсти из-за их отсроченного клинического действия.

Важным на наш взгляд является и расчет скорости роста ногтевой пластины максимально пораженного пальца. Если он заметно меньше нормального значения (для стоп 1мм/месяц), то срок системной составляющей в комбинированной терапии также должен быть увеличен (рис. 1).

По нашим оценкам, критерием отмены системного препарата будет достаточное накопление его действующего вещества в ногтевой пластине, что будет проявляться отрастанием видимо здорового ногтя. Мы считаем, что при всех клинических формах онихомикоза, кроме проксимальной, сокращение максимальной продольной длины поражения в два раза и будет таким надежным критерием. При этом измерение максимальной продольной длины поражения рекомендуется проводить на наиболее пораженном по продольным осям ногте. Для такой оценки опять же важно устранить подногтевой гиперкератоз с целью определения физиологически нормального положения дистального края ногтя таким, каким он был до поражения грибком. Максимальной продольной длин-

Рис. 3 Схема «ступенчатого» подхода применения системных антимикотиков в комбинированной терапии онихомикоза



ной поражения будет считаться расстояние от физиологической точки предполагаемого края здоровой ногтевой пластины до самой проксимальной точки поражения ногтя, расположенных на одной прямой, параллельной оси роста ногтя. Сокращение максимальной продольной длины поражения за счет роста нормальной ногтевой пластины в два раза свидетельствует о достаточном накоплении системного антимикотика в ней, и дальнейшее лечение может быть закончено наружными препаратами (рис.2). Предлагаемый нами критерий отмены системного препарата при проксимальной форме онихомикоза будет смещение пятна поражения за середину физиологической длины ногтевой пластины.

Использован разработанный нами ступенчатый подход системной терапии онихомикозов. «Ступенчатость» подразумевает снижение в два раза суточной дозы препарата, после основного (базового) курса терапии, с целью повышения эффективности лечения с минимализацией побочных явлений. Первой ступенью обозначена базовая терапия, с применением стандартных дозовых режимов системных антимикотиков, рекомендованных производителями. Продолжительность этой ступени можно увеличить на (обычно

на 1 месяц), с целью адаптации дозы к возрасту и/или сопутствующим заболеваниям, а также по индексу КИОТОС > 12. Ступень вторая представляет собой этап поддерживающей терапии – использование половины от установленной суточной дозы препаратов на сроки, определяемые по специально разработанным критериям, зависящим от фактической скорости отрастания ногтевой пластинки. Графическое представление ступенчатого подхода представлено на рис.3, а T₂ – при этом будет рассчитываться по предложенному выше критерию отмены системного препарата.

Мы рекомендовали проводить оценку скорости отрастания ногтя за 4 месяца, курс базовой терапии длится также 4 месяца, а если за этот период не произошло начало выздоровления, предлагалась смена класса системного антимикотика. Так возникло и внедрено в клиническую практику «правило четырех месяцев», которое ограничивает срок применения системных антимикотиков и определяет необходимость их смены или отмены при неэффективности:

Если в течение 4-х месяцев базовой терапии не получена положительная динамика при системной или комбинированной те-

рапии онихомикоза и скорость отрастания ногтевой пластинки при контроле равна или стремится к нулю, то рекомендована смена препарата(-ов) на препарат(-ы) других химических групп, а при отказе пациента – переход на паллиативную наружную терапию. И

Если после смены препарата(-ов) в течение 4-х месяцев вновь не получена положительная динамика при системной или комбинированной терапии онихомикоза, то использование системных антимикотиков у пожилых в дальнейшем признается не рациональным и больному показана паллиативная наружная терапия.

Эффективная смена антимикотика отмечена только в двух случаях. Это означает, что если базовая терапия не дала эффекта, то поддерживающая терапия второй степени в основном не проводилась и больные исключались из наблюдения. Понятие паллиативной наружной терапии возникает в связи с необходимостью локализации источника инфекции от других членов семьи при так называемой внутрисемейной передаче [6]. По нашему мнению, паллиативной терапией при онихомикозе можно считать пожизненное использование противогрибковых лаков и при необходимости периодическую чистку подногтевого гиперкератоза в случаях, когда клинического выздоровления достичь не удалось, не зависимо от причины неудачи, с целью локализации и консервации очага микотической инфекции. Паллиативная терапия онихомикоза является основой частью профилактики внутрисемейной передачи при отказе от полноценного лечения наряду с соблюдением правил личной, семейной и общественной гигиены.

Выводы. Всего на май 2014 года закончено лечение ступенчатым подходом 81 человека, еще около 40 – проходят курс терапии с положительной динамикой. Критерием эффективности терапии мы считаем отрастание клинически здоровых ногтей, после чего больным рекомендовано пожизненное профилактическое использование противогрибковых лаков в качестве одного из средств вторичной профилактики. Средняя продол-

жительность курса системной терапии по ступенчатой методике 7-8 месяцев, после прекращения системной терапии, эти больные продолжали использование наружных средств в виде растворов до выздоровления, суммарно курсы терапии продлились в среднем около 12 месяцев, что отражает выборку в группу больных с тяжелым поражением ногтей и замедленной скоростью отрастания ногтевых пластин.

Представленный опыт может быть интересен практикующим микологам, неудовлетворенным результатами лечения онихомикозов по стандартным схемам, в том числе у пациентов с замедленной скоростью отрастания ногтевых пластин по различным причинам, не только у пожилых.

Литература:

1. Клишко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М.: Ви Джи Групп, 2008. – с. 97-106.
2. Дерматовенерология, 2010 // Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Под ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: ДЭК-Пресс, 2010. – с. 286-294.
3. Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю. Особенности назначения системной противогрибковой терапии онихомикоза стоп с учетом соматической патологии пищеварительной системы. – Проблемы медицинской микологии. – 2012, Том 14, №2 – стр. 76-77.
4. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. М.: БИНОМ, 2008. – с. 223-227.
5. Важбин Л.Б., Шатохина С.Н., Шувалова Т.М., Соколова И.М. Поверхностные микозы. Тактика ведения больных в амбулаторных условиях. // Пособие для врачей. – Московская область, г. Красногорск: МЗ МО, ГУЗМО МОККВД, 2011. – стр. 39-41.
6. Жукова О.В. Современные методы наружной терапии онихомикозов. – Клиническая дерматология и венерология, 2012, №5 – стр.76-79.

ОРНИДАЗОЛ

ОРНИМЕД

10 таблеток в блистере. 1 или 2 блистера в пачке.

Трихомониаз

Профилактика анаэробных инфекций при гинекологических вмешательствах

Способ применения:

Трихомониаз: курс лечения - 5 дней, по 1 таблетке утром и вечером. Лечение следует проводить обоим половым партнерам.

Профилактика инфекций, вызванных анаэробными бактериями: продолжительность послеоперационной терапии составляет 5-10 дней, по 1 таблетке утром и вечером.



Per уа МЗ РБ № 3/08/2139 от 29.08.2013



РУБИКОН

www.rubikon.by

Лекарственное средство. Ознакомьтесь
с инструкцией по применению.

ООО «Рубикон», Республика Беларусь,
210002 г. Витебск, ул. М.Горького, 62Б,
тел/факс +375 (212) 34-06-29

■ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

Е.С.Ярмолик
УО «Гродненский государственный медицинский университет» г.Гродно, Беларусь

Реферат. Каталаза – ключевой фермент антиоксидантной системы организма, имеющий высокую концентрацию в эритроцитах крови. Целью исследования являлось изучить активность каталазы в эритроцитах пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа. Обследовано 97 женщин с данной патологией. Для оценки активности каталазы использовался спектрофотометрический метод. По результатам проведенного исследования можно сделать следующий вывод – у пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа выявлены изменения ферментативного звена антиоксидантной системы, заключающиеся в снижении активности каталазы.

Ключевые слова: розацеа, папуло-пустулезная форма, этиопатогенез, антиоксидантная защита, каталаза.

Level of catalase activity in patients with rosacea

Yarmolik E.S., Khvoryk D.F.

Grodno State Medical University

Abstract. Catalase is the main enzyme of body antioxidant system, having high concentration in red blood cells. The aim of our research was to study catalase activity in red blood cells in patients with papulopustular rosacea. 97 women with this pathology were examined. Method of spectrophotometry was used for an estimation of catalase activity. It is possible to do the following conclusion by the results of the conducted research – changes of an enzyme part of the antioxidant system are revealed in patients with papulopustular rosacea, which decrease the catalase activity.

Key words: rosacea, papulo-pustular subtype, etiopathogenesis, antioxidant protection, catalase.

Введение. Розацеа – достаточно часто встречающееся заболевание, особенно среди женщин пожилого и старческого возраста. По данным современных исследователей в настоящее время различными клиническими формами дерматоза страдает приблизительно 10% всего населения земли [1]. Несмотря на возросший интерес к заболеванию, его этиопатогенетические аспекты остаются спорными и до конца не изученными. По современным представлениям розацеа является полиэтиологическим дерматозом с участием в его патогенезе многих универсальных патологических реакций. По мнению В.Е. Темникова (2000) при розацеа возникает комплекс метаболических нарушений, среди которых одним из маркерных выступает дисбаланс активности антиоксидантной системы (АОС) и уровня перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящий к нарушению функции клетки и, как следствие, развитию патологии [2]. В условиях окислительного стресса или усиленного образования активных форм кислорода может происходить нарушение функционирования ферментов АОС [3]. Нарушение структуры и функции клеточных и субклеточных мембран под влиянием активизации процессов ПОЛ на фоне угнетения антиоксидантов определяет некоторые патогенетические звенья розацеа. Мембрана эритроцита представляет собой универсальную модель, отражающую состояние мембран целостного организма [4]. Одним из ключевых ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ), имеющих высокую концентрацию в эритроцитах, является каталаза, относящаяся к первому звену внутриклеточной защиты от активных форм кислорода. В литературе имеются лишь единичные сообщения о состоянии АОС у пациентов с розацеа. В связи с этим представляется актуальным углубленное изучение данного вопроса, которое расширит представления о механизмах развития дерматоза, что необходимо для усовершенствования и разработки эффективных методов диагностики, лечения и профилактики розацеа.

Цель – изучить активность каталазы в эритроцитах пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа.

Материалы и методы. Нами было произведено клиничко-лабораторное обследование 97 женщин с папуло-пустулезной формой розацеа в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $46,3 \pm 1,8$), обратившихся в УЗ «Гродненский областной кожно-венерологический диспансер». Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц женского пола.

При постановке диагноза розацеа и определении соответствующей формы заболевания использовались диагностические критерии, разработанные экспертной комиссией по изучению розацеа (2002), состоящие из первичных (транзиторная эритема, постоянная эритема, папулы, пустулы и телеангиэктазии) и вторичных признаков (чувство зуда и жжения, бляшки сухость кожи, отек, периферическая локализация, офтальморозацеа, фиматозные изменения) [5].

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от характера элементов кожных сыпей: первую группу составили 55 пациентов с преобладанием в клинической картине папулезных морфологических элементов. Во вторую группу вошли 42 человека с преобладанием в клинической картине пустулезных высыпаний.

Критериями включения пациентов в исследование были: пациенты женского пола с папуло-пустулезной формой розацеа (L71) в возрасте старше 18 лет с отрицательным тестом на беременность, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: мужской пол, пациенты в возрасте до 18 лет, беременные, кормящие или планирующие беременность в период проведения испытаний, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации, с индивидуальной гиперчувствительностью к действующим веществам или вспомогательным веществам препаратов, пациенты, не подписавшие информированное согласие.

Для определения активности каталазы в гемолизатах использовали метод М. Корольюк

[6], основанный на спектрофотометрической регистрации количества окрашенного продукта реакции H_2O_2 с молибденовокислым аммонием, имеющим максимальное светопоглощение при длине волны 410 нм. В эритроцитах активность каталазы выражали в ммоль H_2O_2 /мин/г Hb. За единицу активности принимали количество фермента, катализирующее образование 1 ммоль продукта за 1 минуту в условиях испытания. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0, Microsoft Office Excel с использованием параметрических критериев. На основании t-критерия Стьюдента для независимых выборок находили вероятность различия p. Достоверными считали данные, для которых вероятность ошибки (p) была меньше 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Клинические проявления у пациентов, вошедших в исследование, соответствовали папуло-пустулезной форме розацеа и характеризовались ярко выраженной стойкой эритемой, отеком, телеангиэктазиями, на фоне которых отмечались папулезные и пустулезные элементы, располагающиеся на лбу, щеках и подбородке. Количество папул и пустул было различным, размеры их достигали от 1 до 4 мм в диаметре, округлой или лентикулярной формы, слабо контурированные, с гладкой или блестящей поверхностью, склонные к группировке.

При сравнительной оценке активности ключевого фермента АОС – каталазы, были выявлены достоверные изменения данного показателя у пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа в сравнении с контрольной группой. Каталаза предотвращает накопление перекиси водорода, образующейся при дисмутации супероксидного аниона и при аэробном окислении восстановленных флавопротеидов. Истощение пула антиоксидантов обуславливает развитие состояния, получившего название «окислительный стресс». Он возникает в результате нарушения баланса в системе образования свободных радикалов и механизмах антиоксидантной защиты.

Наиболее выраженные изменения изучае-

мого показателя отмечались у пациентов с преобладанием в клинической картине пустулезных морфологических элементов над папулезными. Так, в ходе исследования у пациентов второй группы установлено достоверное снижение содержания каталазы (соответственно, $26,64 \pm 0,95$ ммоль H_2O_2 /мин/гНб и $29,8 \pm 0,84$ ммоль H_2O_2 /мин/гНб; $p < 0,05$) в эритроцитарной массе по отношению к контрольной группе. У пациентов первой группы с более легким течением дерматоза содержание каталазы в крови не отличалось от показателя здоровых ($p > 0,05$). Кроме того активность ферментативного звена АОС у пациентов второй группы было значительно ниже, чем у первой. На это указывает достоверное снижение концентрации каталазы во второй группе в сравнении с первой (соответственно, $26,64 \pm 0,95$ ммоль H_2O_2 /мин/гНб и $30,3 \pm 0,74$ ммоль H_2O_2 /мин/гНб; $p < 0,05$).

Представленные результаты позволяют полагать о существенном снижении активности АОЗ у пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа, способствуя инициации свободнорадикального ПОЛ, что приводит к повреждению его продуктами мембран клетки. Вероятно, у пациентов с более легкой степенью тяжести поддержанию нормальной активности антиоксиданта способствуют компенсаторные процессы, включающиеся при активации ПОЛ. У пациентов второй группы снижение каталазы происходит за счет декомпенсации системы на фоне избыточного расхода антиоксидантов в предыдущую стадию, а также из-за потери ферментов при нарушении целостности мембран клеток. Эритроцитарная мембрана является отражением состояния всех клеточных и субклеточных мембран, в том числе и клеточных структур кожи [4]. Таким образом, можно полагать, что мембраны клеток кожи у пациентов первой группы значительно меньше подвержены патологическому влиянию агрессивных продуктов ПОЛ, чем второй.

По данным В. Kiymet и соавт. (1999), В.Е. Темникова (2000), при обострении розацеа активируются процессы ПОЛ, а способности антиокислительной системы резко сниже-

ны [2, 7]. Повышенные концентрации продуктов ПОЛ в условиях антиоксидантной недостаточности способны вызывать повреждение клеточных и субклеточных мембран, и тем самым изменять метаболизм клеточных систем, стимулируя образование медиаторов воспаления, тем самым способствуя появлению морфологических элементов сыпи при розацеа – эритемы, телеангиэктазий, папул, пустул.

Выводы. Активность каталазы один из ключевых показателей активности антиоксидантной системы.

У больных с папуло-пустулезной формой розацеа выявлены изменения ферментативного звена антиоксидантной системы, заключающиеся в снижении активности каталазы у пациентов второй группы.

На основании выявленных изменений является перспективным и обоснованным использование антиоксидантного комплекса в лечении и профилактике рецидивов у пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа.

Литература:

1. Gupia, A.K. Rosacea and its management: an overview / A.K. Gupia, M.M. Chaudhry // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2005. – Vol. 19 – P. 273–285.
2. Темников, В.Е. Свободнорадикальное окисление липидов, монооксигеназная система печени, эндокринный статус при розовых угрях и совершенствование их лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.11 / В.Е. Темников; Рост. гос. мед. ун-т. – Ростов-на-Дону, 2000. – 45 с.
3. Рязанцева, Л.Т. Ферменты-антиоксиданты: структурно-функциональные свойства и роль в регулировании метаболических процессов / Л.Т. Рязанцева // Вестн. Воронежского гос. техн. ун-та. – 2011. – Т. 7. – № 2. – С. 126–129.
4. Кашулина, А.П. Эритроциты периферической крови как источник информации о состоянии организма в норме и при патологии / А.П. Кашулина // Медицина и качество жизни. – 2011. – № 2. – С. 11–14.
5. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert

- Committee on the classification and standing of rosacea / J. Wilkin [et.al.] // J. Am. Acad. Dermatol. -2004. Vol.50. -P. 907-912.
6. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк [и др.] // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16–19.
7. Биткина, О.А., Этиология и патогенез розацеа. Вопросы дифференциального диагноза и терапии / Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – № 1. – С. 54-57.

■ МИКРОБАССОЦИИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Сикорская Т.А., Бич Т.А., Лукьянов А.М.
Белорусский государственный медицинский университет

Распространенность псориаза (Пс) среди населения планеты составляет в зависимости от региона от 1-2% до 4-5%, доля дерматоза среди всех заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки – 7-10% [2-3]. Наряду с наследственной предрасположенностью ведущее значение в патогенезе данного заболевания отводится различным триггерам, и, прежде всего, таким как стресс, острые и хронические инфекции. Среди микробных агентов наиболее важными признаны бета-гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*) и золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*). В настоящее время доказана связь между возникновением каплевидного псориаза (КПс) и предшествующей стрептококковой инфекцией. Обострения хронического Пс также могут быть вызваны активацией в организме бета-гемолитического стрептококка [1].

Морфологическим субстратом Пс является гиперпролиферация эпидермальных клеток, нарушение процессов кератинизации и воспалительная реакция в дерме. Степень выраженности гистологических изменений в значительной степени варьирует и зависит от многих факторов, важнейшими из которых являются: клиническая форма дерматоза и стадия хронизации процесса. На современном этапе в доступной литературе имеются данные о некоторых клинико-морфологических

особенностях КПс, однако они не систематизированы, а иногда носят противоречивый характер. Практически отсутствуют сведения по клинико-морфологическим характеристикам микробассоциированного вульгарного псориаза (МАПс). Неясность причинных факторов развития различных форм Пс неизбежно приводит к трудностям в выборе рациональной терапии. Использование общепринятых схем терапии у пациентов с КПс и микробассоциированным ВПс часто не имеет стойких положительных результатов, течение дерматоза переходит в хроническую фазу с продолжительными рецидивами.

В этой связи изучение клинико-морфологических особенностей различных форм Пс является перспективным направлением исследований, поскольку данные, полученные при их анализе, могут быть положены в основу диагностического процесса и дифференцированной тактики ведения пациентов в зависимости от клинического варианта Пс.

Цель исследования состояла в установлении клинико-морфологических особенностей различных клинических вариантов Пс.

Материал и методы. Под динамическим наблюдением находились 31 пациент УЗ ГККВД г. Минска с диагнозами «L40.0 Псориаз обыкновенный» и «L40.4 Псориаз каплевидный». Период наблюдения: 2013-2014 гг. Критерии включения в исследуемые группы представлены в таблице 1.

Для уточнения взаимосвязи возникновения или обострения Пс с перенесенной инфекцией определяли показатели АСЛО (*тест-система Диасенс, Республика Беларусь*) и ADNs (*тест-система N Latex ADNase B Siemens, Германия*). Оценка клинического течения Пс проводилась по индексу PASI [4,

Таблица 1 – Критерии включения в исследуемые группы

Каплевидный псориаз (КПс)	Микроб-ассоциированный псориаз (МАПс)	Вульгарный псориаз (ВПс)
<ul style="list-style-type: none"> • Лица обоих полов, старше 18 лет • Связь начала/обострения Пс с перенесенной инфекцией* • Характерные для КПс высыпания (островоспалительные папулы, отсутствие тенденции к их слиянию, положительный феномен псориатической триады) • АСЛО >200 U/ml • ADN_s >200 U/ml • COMPLAINTNESS пациента • ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на проведение дополнительных методов обследования (лабораторных, патоморфологических) 	<ul style="list-style-type: none"> • Лица обоих полов, старше 18 лет • Связь начала/обострения Пс с перенесенной инфекцией* • Характерные для Пс высыпания (папулы, с/без тенденции к слиянию папул и образованию бляшек, положительный феномен псориатической триады) • АСЛО >200 U/ml • ADN_s >200 U/ml • COMPLAINTNESS пациента • ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на проведение дополнительных методов обследования (лабораторных, патоморфологических) 	<ul style="list-style-type: none"> • Лица обоих полов, старше 18 лет • Характерные для Пс высыпания (папулы, с/без тенденции к слиянию папул и образованию бляшек, положительный феномен псориатической триады) • АСЛО норма • ADN_s норма • COMPLAINTNESS пациента • ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на проведение дополнительных методов обследования (лабораторных, патоморфологических)
<p>Обязательным для включения в группу являлось наличие всех критериев за исключением пунктов, отмеченных*</p>		

Таблица 2 – Общая клиническая характеристика обследованных групп

Признак	КПс (n=17)	МАПс (n=7)	ВПс (n=7)
Связь начала/обострения Пс со стрессом, %	5,6	28,6	57,1
Связь начала/обострения Пс с перенесенной ангиной, %	72,2 42,9		0,0
АСЛО	353,5(271,0/481,0)	374,0(311,0/465,0)	97,0(87,0/141,0)
ADNs	492,5(410,0/929,0)	535,0(366,0/870,0)	100,0(101,0/109,0)

5]. Исходя из клинических проявлений Пс и показателей АСЛО/ADNs, все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я (17 пациентов) – КПс, 2-я (7 пациентов) – МАПс, 3-я (7 пациентов) – вульгарный псориаз (ВПс). Общая характеристика групп по основным клиническим и лабораторным признакам представлена в таблице 2.

Пациентам всех исследуемых групп выполнено морфологическое исследование биоптатов псориатических высыпаний. Техника забора гистологического материала – панч-биопсия (5мм), препараты срезов кожи го-

товили по общепринятой методике, окраска гематоксилином и эозином [6].

При изучении гистологических препаратов учитывали: акантоз, гипер- и паракератоз, микроабсцессы Мунро, состояние зернистого слоя, экзоцитоз лейкоцитов, клеточный отек, реакцию микрогемоциркуляторного русла, а также периваскулярную воспалительную инфильтрацию. Для описательной характеристики морфологических изменений использован полуколичественный метод, основанный на балльной оценке степени выраженности основных признаков по

Таблица 3 – Пол, возраст, наследственность, показатели хронизации дерматоза в обследованных группах

Признак	КПс (n=17)	МАПс (n=7)	ВПс (n=7)
Пол, ж/м	10/7	5/2	4/3
Средний возраст, лет	28,9±7,6	27,4±8,5	32,8±14,4
Хронизация заболевания, месяцы	1,88±4,2	49,1±54,7	101,1±15,3
Наследственность, %	22,2	28,6	57,1

Таблица 4 – Показатели отдельных критериев PASI (область «Голова») в группах

Критерии	КПс	МАПс	ВПс	Достоверность различий
Эритема (Э)	0 – нет 1 – 5,9(1) 2 – 11,8 (2) 3 – 17,6 (3) 4 – 64,7 (11)	0 – нет 1 – нет 2 – 42,8 (3) 3 – 28,6 (2) 4 – 28,6 (2)	0 – 14,2 (1) 1 – 28,6 (2) 2 – 28,6 (2) 3 – 28,6 (2) 4 – нет	$\chi^2 = 13,2$ $p = 0,003$ $\chi^2_{\text{кпс-впс}} = 4,1$ $p < 0,05$
Инфильтрация (И)	0 – нет 1 – 17,6(3) 2 – 29,4(5) 3 – 41,2(7) 4 – 11,8(2)	0 – нет 1 – 14,2 (1) 2 – 28,6 (2) 3 – 28,2 (2) 4 – 28,6 (2)	0 – нет 1 – 14,2(1) 2 – 57,1(4) 3 – 28,2(2) 4 – нет	$\chi^2 = 21,2$ $p = 0,013$ $\chi^2_{\text{кпс-впс}} = 9,3$ $p < 0,05$
Шелушение (Ш)	0 – 11,8(2) 1 – 29,4(5) 2 – 17,6(3) 3 – 41,2(7) 4 – нет	0 – нет 1 – 14,2 (1) 2 – 28,6 (2) 3 – 42,9 (3) 4 – 14,2 (1)	0 – нет 1 – 28,6 (2) 2 – 14,2 (1) 3 – 42,9 (3) 4 – 14,2 (1)	–
Площадь (S)	0 – нет 1 – нет 2 – 11,9(2) 3 – 17,6(3) 4 – 17,6(3) 5 – 52,9(9)	0 – нет 1 – нет 2 – 14,2 (1) 3 – 42,9 (3) 4 – 42,9 (3) 5 – нет	0 – 28,6 (2) 1 – 28,6 (2) 2 – 28,6 (2) 3 – 14,2 (1) 4 – нет 5 – нет	$\chi^2 = 22,2$ $p = 0,002$ $\chi^2_{\text{кпс-впс}} = 10,5$ $p = 0,002$

4-балльной системе с определением количества баллов: 0 – признак отсутствует, 1 – выражен незначительно, 2 – выражен умеренно, 3 – выражен значительно. Для характеристики акантоза вычислялся «индекс акантоза» (ИА): фотографировался гистологический срез на увеличении 100 (3-4 последовательных полей зрения), затем с помощью программы ImageJ проводилось измерение длины всех акантотических тяжей, ширины эпидермиса между ними, определялись средние значения полученных показателей и рассчитывалось соотношение этих значений

для каждого случая:

$$IA = \frac{(L1+L2+...+Ln)/nl}{(H1+H2+...+Hnh)/nh},$$

где L – длина эпителиального тяжа, H – ширина эпидермиса между двумя эпителиальными тяжами, nl – число измерений длины, nh – число измерений ширины.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программного пакета Statistica 10.

Таблица 5 – Показатели PASI общего и по областям у пациентов с различными вариантами Пс

	КПс	МАПс	ВПс
Голова	2,0(1,2/2,7)	2,0(1,8/2,2)	0,0(0,0/0,6)
Верхние конечности	4,2(3,2/5,4)	6,0(4,0/6,6)	4,0(3,2/4,8)
Туловище	8,1(5,4/9,4)	9,0(9,1/12,0)	9,0(6,3/9,3)
Нижние конечности	9,6(7,2/10,8)	12,0(8,0/19,2)	8,8(7,2/9,6)
PASI	24,0(21,3/25,8)	29,4(25,6/41,6)	22,4(20,7/24,3)

Результаты и обсуждение.

В ходе выполненного исследования было установлено, что пациенты с КПс имели достоверно меньший стаж заболевания в сравнении с пациентами из группы МАПс и ВПс (N=22,6, p<0,001). Данные результаты вполне объяснимы, поскольку КПс является клинической формой дерматоза, характеризующейся острым течением (таблица 3).

Более пациентов с ВПс (57,1%) отмечали наличие Пс среди ближайших родственников. Значительно реже наследственная отягощенность наблюдалась у пациентов с КПс (22,2%) и МАПс (28,6%). В свою очередь, подавляющее большинство пациентов с КПс (72,2%) связывали появление первых клинических проявлений дерматоза с перенесенной ангиной. Аналогичную связь обострения Пс с ангиной отмечали 42,9% пациентов с МАПс. Выявленные закономерности нашли отра-

жение также в значениях показателей АСЛО и ADNs исследуемых клинических групп. Так, данные показатели были достоверно выше (N=16,1 и p=0,000 соответственно) у пациентов с КПс и МАПс, в сравнении с ВПс .

При анализе индекса PASI для верхних и нижних конечностей, а также туловища достоверных различий между группами выявлено не было, во всех трех группах процесс носил распространенный характер, поражающий кожу волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, туловища (таблица 4). При этом установлены достоверные (N=10,4 p= 0,005) различия индекса PASI для волосистой части головы и кожи лица между пациентами с различными клиническими формами Пс.

Выявлены достоверные различия при оценке эритемы, инфильтрации и площади между группой КПс и ВПс, в группе пациен-

Таблица 6 – Морфологическая характеристика биоптатов псориатических элементов

Морфологический признак	Оценка степени выраженности морфологических изменений в баллах (число пациентов)											
	КПс (n=17)				МАПс (n=7)				ВПс (n=7)			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Гиперкератоз	1	8	4	4	-	-	3	4	-	-	3	4
Паракератоз	-	3	11	3	-	-	5	2	-	1	2	4
Микрабсцессы Мунро	2	9	2	4	1	5	1	-	2	2	2	1
Митотическая активность	5	9	2	1	-	3	3	1	-	4	3	-
Периваскулярная воспалительная инфильтрация	-	3	12	2	-	2	2	3	-	-	4	3
Клеточный отек	1	5	7	4	1	5	-	1	3	3	1	-
Эритроцитарные экстравазаты	5	8	4	-	5	2	-	-	5	2	-	-

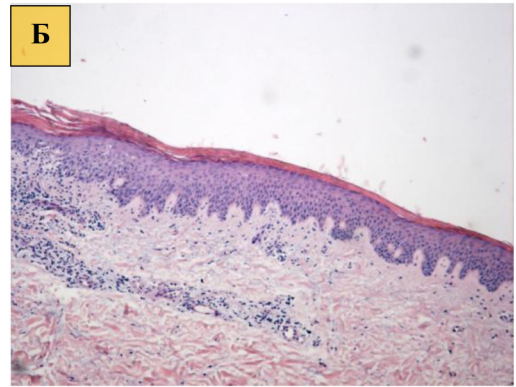
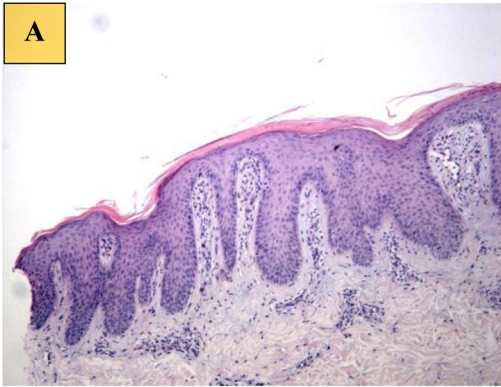


Рисунок 1 – Степень выраженности акантоза (окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.): А – выраженный распространенный псориазиформный акантоз при ВПс; Б – незначительный акантоз при КПс.

тов КПс более выраженная эритема (преобладает балл 4) по сравнению с ВПс (балл 4 отсутствует) ($p < 0,05$). Данное обстоятельство объяснимо с точки зрения показателей хронизации процесса в группе КПс (в среднем не превышает 1,5 месяцев). При оценке инфильтрации более выраженный процесс наблюдался в группе МАПс (хроническое течение процесса (в среднем 49,1 месяца) с частыми обострениями). В группе КПс, в отличие от пациентов с МАПс и ВПс, помимо поражения волосистой части головы наблюдали вовлечение в процесс кожи лица, что вероятно связано с близостью очага фолликулярной инфекции.

Выявлены достоверные различия общего индекса PASI между группами ($N=8,2$ $p=0,02$). Так, показатель в группе КПс составил 24,0 (21,3/25,8), МАПс – 29,4 (25,6/41,6), ВПс – 22,4 (20,7/23,3) (таблица 5).

Ряд особенностей был установлен и при морфологическом исследовании (таблица 6).

Паракератоз встречался во всех изученных группах и характеризовался преимущественно умеренной степенью выраженности и распространенности. Каких-либо статистически значимых различий в степени выраженности данного признака в зависимости от клинической формы Пс установлено не было. В свою очередь гиперкератоз отмечался также во

всех наблюдениях, однако был достоверно менее выражен в группе КПс в сравнении с МАПс ($U=26,0$, $p=0,03$) и ВПс ($U=23,0$, $p=0,02$). Установлена корреляция ($r=0,72$, $p < 0,001$) между пара- и гиперкератозом, что закономерно, т.к. данные патологические процессы отражают последовательные этапы нарушения кератинизации, наблюдающиеся при Пс. Зернистый слой подвергался значительным изменениям вне зависимости от формы Пс – во всех случаях отмечалось его неравномерное истончение вплоть до полного отсутствия в участках паракератоза. Интересные закономерности были выявлены при оценке акантоза. Последний, как известно, является результатом гиперпролиферации эпидермальных клеток. В исследуемых группах данный морфологический признак был неотъемлемой составляющей структурных изменений эпидермиса, отмечался во всех случаях, однако степень его выраженности варьировала (рисунок 1).

В частности, в группе ВПс акантоз носил выраженный и распространенный характер и ИА был достоверно выше, чем в группе КПс (таблица 7).

Тенденция к снижению выраженности акантоза была отмечена и в группе МАПс в сравнении с ВПс. Митозы, преимущественно в базальном слое эпидермиса встречались в большинстве изученных случаев. Степень их

Таблица 7 – Показатели ИА при различных клинических вариантах Пс

Клиническая группа пациентов	Значения ИА	Манна-Уитни критерий
Me (25%-75%)		
КПс	2,35 (1,89-2,71)	КПс/ВПс (U=22,0, p=0,01)
МАПс	2,36 (1,81-2,8)	МАПс/ ВПс (U=10,0, p=0,07)
ВПс	3,31 (2,33-4,21)	

выраженности колебалась от незначительной до умеренной.

Микроабсцессы Мунро наблюдались во всех случаях псориаза. Локализовались они преимущественно в паракератотических очагах и роговом слое эпидермиса в виде очаговых скоплений нейтрофилов в состоянии распада. Степень выраженности и распространенности внутриклеточного отека зависела от формы Пс. Так в группе КПс и МАПс он был чаще представлен несколькими крупными фокусами в толще эпителиального пласта по сравнению с ВПс, где данный гистологический признак определялся очагово и в отдельных клетках. Установлена корреляционная взаимосвязь между выраженностью отека и микроабсцессов Мунро ($r=0,38$, $p=0,03$).

Во всех биоптатах, вне зависимости от формы Пс, было отмечено увеличение количества сосудов капиллярного типа. Просветы сосудов сосочкового и сетчатого слоев дермы выглядели расширенными, полнокровными, многие из них содержали лимфоциты и/или нейтрофилы. Характерным признаком было также наличие в сосочковом слое дермы периваскулярной, преимущественно лимфогистиоцитарной, воспалительной инфильтрации. При этом она носила очаговый характер, степень ее выраженности была в большинстве случаев умеренной, варьировала незначительно и не зависела от формы Пс. В большинстве случаев воспалительные инфильтраты отличались очаговой эпидермотропностью, преимущественно незначительной и умеренной степени выраженности.

В 8 случаях КПс (47,1%) и в 2 наблюдениях МАПс (28,6%) нами был отмечен феномен

«папиллярных брызг», представляющий собой результат миграции нейтрофилов и лимфоцитов из капилляров сосочкового слоя дермы с последующей их группировкой в очагах паракератоза. Установлена корреляционная взаимосвязь между выраженностью отека и наличием «папиллярных брызг» ($r=0,47$, $p=0,008$). Данный феномен отсутствовал при ВПс. Еще одним характерным признаком, наиболее часто встречающимся при КПс (12 случаев, 76,4%), были эритроцитарные экстрavasаты.

Выводы

1. К клиническим особенностям КПс можно отнести тесную связь с предшествующей ангиной, высокий процент вовлечения в патологический процесс кожи лица, а также превалирование признаков, характерных для острого процесса (высокие показатели эритемы, на фоне умеренных показателей инфильтрации и шелушения). МАПс клинически имеет схожую картину с таковой при ВПс, однако высокие показатели АСЛО и АДNs указывают на связь рецидива заболевания с инфекционным агентом.
2. Морфологически ВПс характеризуется более выраженным гиперкератозом и акантозом по сравнению с КПс и МАПс, что свидетельствует о значительной степени нарушения процессов кератинизации и гиперпролиферации эпидермальных клеток при данной форме заболевания. При КПс и МАПс в отличие от ВПс наблюдаются более выраженные экссудативные изменения в виде внутриклеточного отека, экзоцитоза лейкоцитов по типу феномена «папиллярных брызг» и эритроцитарных экстрavasатов.

Литература:

- Fry L1, Baker BS. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. Clin Dermatol. 2007 Nov-Dec;25(6):606-15.
- Stern RS, Nijsten T, Feldman SR et al. (2004) Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. J Investig Dermatol Symp Proc 9:136-139.
- Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB et al. (2005b) Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom – a population-based study. Arch Dermatol 141:1537-1541.
- Mosteller RD: Simplified Calculation of Body Surface Area. N Engl J Med 1987 Oct 22;317(17):1098.
- Langley RG, Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. J Am Acad Dermatol 2004;51:563-9.
- Меркулов Г.А. Курс патолого-гистологической техники. Л 1969; 423.
- Prinz, J.C. The role of streptococci in psoriasis / J.C. Prinz // Hautarzt. – 2009. – Vol. 60(2). – P.109-115.

■ КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО (УФБ ПЛЮС МЕСТНЫЙ АНТИОКСИДАНТ)

Адаскевич В.П.* , Саларев В.В.** ,
Сержанова Г.Г.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

**УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Витебск, Беларусь

Введение. Витилиго – приобретенное заболевание с нарушением пигментации, которое поражает 0,5% населения, характеризуется отсутствием гендерных и расовых различий и затрагивает все возрастные группы [1, 2]. Этиопатогенетические механизмы заболевания до сих пор недостаточно выяснены, что не всегда позволяет остановить прогрессирование дерматоза во время терапии. Витилиго вульгарное является приобретенным хроническим расстройством пигментации, которое проявляется депигментированными белыми участками, часто симметричными, обычно со временем увеличивающихся в размере. Витилиго связано со значительной утратой функции эпидермальных меланоцитов и, иногда, меланоцитов волосяного фолликула [1, 2, 3].

В оценке пациента с витилиго важен возраст, сопутствующие заболевания, в особен-

ности аутоиммунные нарушения, предшествующая терапия, а также степень, стадия и активность витилиго, как и психологическое состояние пациента [4, 5, 6]. Как только эти факторы будут приняты во внимание, может быть назначен план обследования и лечения. Поскольку ведение пациентов с витилиго часто занимает длительный период времени, пациенты иногда расстраиваются из-за неэффективности предыдущего лечения. В таких случаях нередко отмечается психологический стресс, и таким пациентам необходима поддержка и консультация психотерапевта. План лечения необходимо обсудить с пациентом, чтобы гарантировать адекватный уровень его соблюдения. Следует помнить, что некоторые методы лечения не лицензированы для витилиго и могут назначаться только «вне инструкции» [6]. До начала терапии витилиго, должны быть исключены аутоиммунные нарушения, особенно заболевания щитовидной железы (в том числе аутоиммунный полигландулярный синдром).

В последние годы одним из патогенетических методов лечения является применение местных антиоксидантов и УФБ-терапия с длиной волны 311 нм [4, 7, 8]. Разработан гель «Витискин», который содержит в комплексе супероксид дисмутазу, способствующую нейтрализации свободных радикалов, благодаря чему стимулируется общий мета-

болизм в клетках [4, 7]. В состав геля входят также пантотенат кальция (предшественник меланина), витамин В₁₂, цинк и ацетат меди.

Цель работы – оценка эффективности комбинированной терапии, включающей узкополосный УФ-Б с длиной волны 311 нм и местное лечение антиоксидантом гель «Витискин», у пациентов с витилиго по сравнению с нейтральным гелем.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано в добровольном порядке 24 пациента с витилиго, которых разделили на три группы по 8 человек. Дизайн исследования представлен в таблице 1. Критерии включения в группы: возраст не менее 18 лет, генерализованная или локализованная форма заболевания, наличие двух симметричных зон депигментации (кроме лица), пациент не участвует в других клинических исследованиях. Получено письменное информированное согласие на выборочное лечение УФБ (311 нм) в двух группах из трех возможных. Критерии исключения: беременные или кормящие грудью, аллергия или крапивница в ответ на солнечное излучение, пациенты с наличием дерматита, острые или хронические соматические заболевания, проведение любого местного или системного лечения витилиго в течение последних 4 недель до начала исследования, аллергические реакции на Витискин или его компоненты.

В зависимости от группы, в течение 10 или 14 недель два раза в день на очаг депигментации и окружающую зону с одной стороны наносился гель «Витискин», а с другой стороны – нейтральный гель. Испытуемые в группе 1 (частичная комбинация) получали в течение 4 недель гель «Витискин» и нейтральный гель 2 раза в день, а затем еще в течение 10 недель продолжалась местная терапия с добавлением узкополосной УФБ-терапии с длиной волны 311 нм три раза в неделю в течение 10 недель (общее количество процедур – 30).

Группа 2 (полная комбинация) местно применяла указанный препарат и нейтральный гель в симметричных зонах одновременно в комбинации с УФБ-терапией (311 нм) три раза в неделю с первого дня. Начальная доза УФБ-терапии составляла 0,07 Дж/см² и уве-

личивалась на каждом сеансе на 0,01 Дж/см² до получения эритемы и достижения плато.

Группа 3 (монотерапия без УФБ) получала только местное лечение гелем «Витискин» и нейтральным гелем без УФБ-терапии в течение 14 недель.

Оценка исследования проводилась с помощью клинического индекса VIMAN (который определялся отдельно на симметричных очагах и как общий индекс поражения всех кожных покровов). Кроме того определялись тяжесть течения (легкая, средняя, тяжелая), изменения в зонах депигментации [9], а также переносимость терапии. Использовались также методы макрофотографии, самооценки пациента и анкетирования. При определении индекса VIMAN в баллах оценивалась тенденция к перифолликулярной и периферической репигментации в процессе терапии.

Эффективность терапии оценивалась по 6-балльной шкале (ухудшение, отсутствие изменений, незначительное улучшение, улучшение, значительное улучшение, клиническая ремиссия). Прогрессирование пятен витилиго оценивалась по 7-балльной шкале: без изменений, легкая репигментация диффузная, легкая репигментация равномерная, средняя репигментация диффузная, средняя репигментация равномерная; почти полная репигментация, но не покрывающая полностью зону поражения; полное восстановление пигмента.

Переносимость препарата оценивалась по шкале от 0 до 4 по параметрам эритемы, сухости, шелушения, зуда, жжения, покалывания: отсутствие побочных эффектов – 0; небольшой эффект – 1; умеренный эффект – 2; средней тяжести – 3; тяжелый – 4.

До и после терапии проводилась макрофотография очагов поражения для оценки состояния кожи в различные моменты времени при одинаковых условиях.

Оценка косметических свойств геля («Витискин» и нейтрального) проводилась испытуемыми самостоятельно во время последнего сеанса, в оценке учитывались текстура, удобство нанесения, время впитывания и запах.

Результаты и обсуждение. Данные анам-

Таблица 1. Схема и продолжительность лечения витилиго

Группа 1 (частичная комбинация)	4 недели	10 недель
	Гель Витискин/нейтральный гель	Гель Витискин/нейтральный гель плюс УФБ 311 нм
Группа 2 (полная комбинация)	10 недель	
	Гель Витискин/нейтральный гель плюс УФБ 311 нм	
Группа 3 (монотерапия)	14 недель	
	Гель Витискин/нейтральный гель	

неза и клиническая характеристика пациентов с витилиго представлены в таблице 2. Начало заболевания в детском или подростковом возрасте установлено у 15 (62,5%) пациентов. Положительный семейный анамнез по витилиго выявлен у 8 (33,3%) пациентов. Фототип кожи II по Фитцпатрику отмечен у 50% обследуемых. По мнению 9 (37,5%) пациентов стресс явился провоцирующим фактором заболевания, а у 10 (41,7%) - при-

чина дерматоза не установлена. Средняя тяжесть заболевания (от 301 до 800 баллов) отмечена у каждого второго пациента. Генерализованная форма регистрировалась чаще всего – у 21 (87,5%) пациента. Цвет очагов варьировал от молочно-белого (14 пациентов) до известково-белого и цвета слоновой кости (по 4 пациента), а также фарфорового – у двух обследованных. Для местной терапии были выбраны следующие сим-

Рис. 1. Общая клиническая эффективность методов терапии в 3 группах

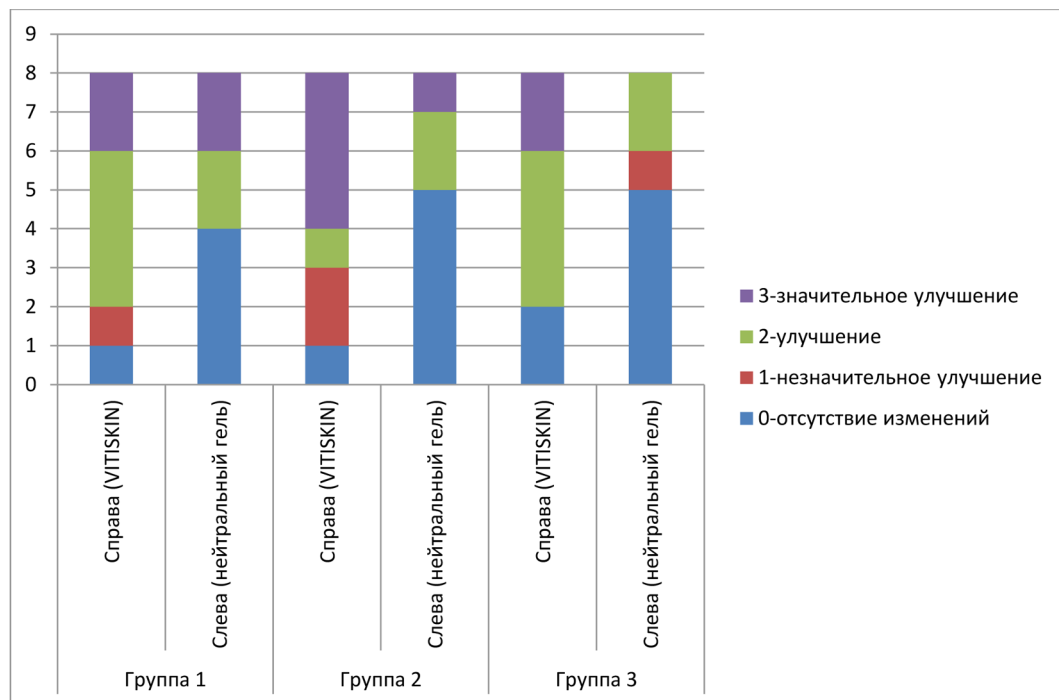


Таблица 2.
Анамнестические и клинические
данные пациентов с витилиго

Анамнез и клиническая характеристика	Количество пациентов (%) n = 24
Пол	
Мужской	15 (62,5%)
Женский	9 (37,5%)
Возраст начала заболевания	
До 16 лет	15 (62,5%)
После 16 лет	9 (37,5%)
Продолжительность заболевания (годы)	
До 4 лет	4 (16,7%)
5-10	4 (16,7%)
11-15	8 (33,3%)
16-20	5 (20,8%)
Свыше 20 лет	3 (12,5%)
Наследственность (семейный анамнез по витилиго)	
Имеется	8 (33,3%)
Отсутствует	16 (66,7%)
Фототип кожи по Фитцпатрику	
I	3 (12,5%)
II	12 (50%)
III	7 (29,2%)
IV	2 (8,3%)
Провоцирующие факторы	
Стресс	9 (37,5%)
Инфекции	2 (8,3%)
Солнце/ожог	5 (20,8%)
Неизвестная причина	10 (41,7%)
Клинические формы	
Генерализованная	21 (87,5%)
Локализованная	3 (12,5%)
Степень тяжести (по данным индекса VIMAN)	
Легкая	7 (29,2%)
Средняя	12 (50%)
Тяжелая	5 (20,8%)

метричные очаги поражения: предплечье – 9, голень – 6, кисть – 4, стопа – 3, плечо и живот – по одному пациенту.

При оценке общей эффективности после проведенной терапии улучшение наступило

на испытуемой (правой) стороне с применением геля «Витискин» у 6 пациентов в каждой группе, однако значительное улучшение (репигментация свыше 75% в очаге поражения) установлено только у 4 (50%) пациентов 2 группы (рис. 1). Полное отсутствие эффекта выявлено на левой стороне симметричного очага поражения (нейтральный гель) у 4 пациентов 1 группы и у 5 испытуемых во второй и третьей группах соответственно. Эти данные подтверждаются сравнительным анализом среднего суммарного индекса VIMAN в очаге поражения на активной стороне в каждой из групп: до лечения в 1 группе индекс был равен 37,5 балла, после лечения – 23,63 балла (положительная динамика составила 58,73%); до лечения во 2 группе – 37,5 балла, после – 24,75 балла (улучшение на 51,52%); в 3 группе до лечения – 33,75 балла, после – 21,38 балла (динамика улучшения индекса составила 57,89%).

При оценке репигментации пятен после проведенной терапии во всех группах (у 19 из 24 пациентов) на активной правой стороне отмечалась легкая или средняя равномерная и диффузная репигментация (рис. 2). На контрольной стороне (нейтральный гель) у 14 (58,3%) пациентов репигментация отсутствовала. Однако при оценке проявления и наступления периферической и/или перифолликулярной репигментации на активной стороне выявились, что полученные положительные результаты оказались практически идентичными во всех трех группах по сравнению с контрольной стороной (рис. 3). Тем не менее, при изучении общего индекса VIMAN (с учетом всей поверхности поражения до и после терапии) получены статистически различные данные терапевтической эффективности в трех группах испытуемых. В группе 2 наблюдалась наиболее выраженная и значительная положительная динамика средних показателей клинического индекса (до лечения – 543 балла, после лечения – 459 баллов, что составило 15,43% улучшения динамики результатов). В группе 1 динамика результатов была следующей: до лечения – 596 баллов, после – 557 баллов (6,52% улучшения индекса). В группе 3 по-

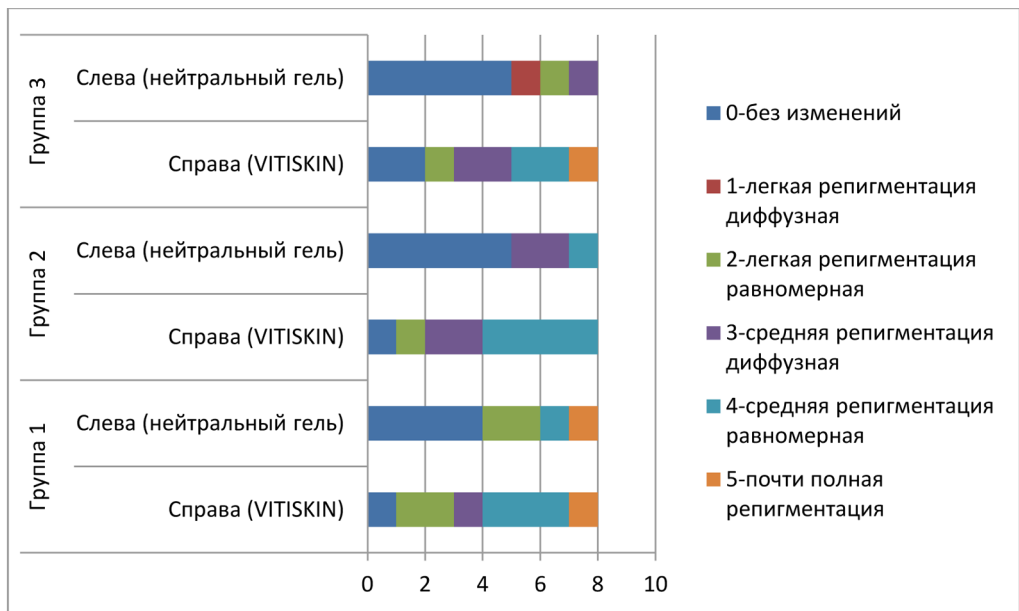
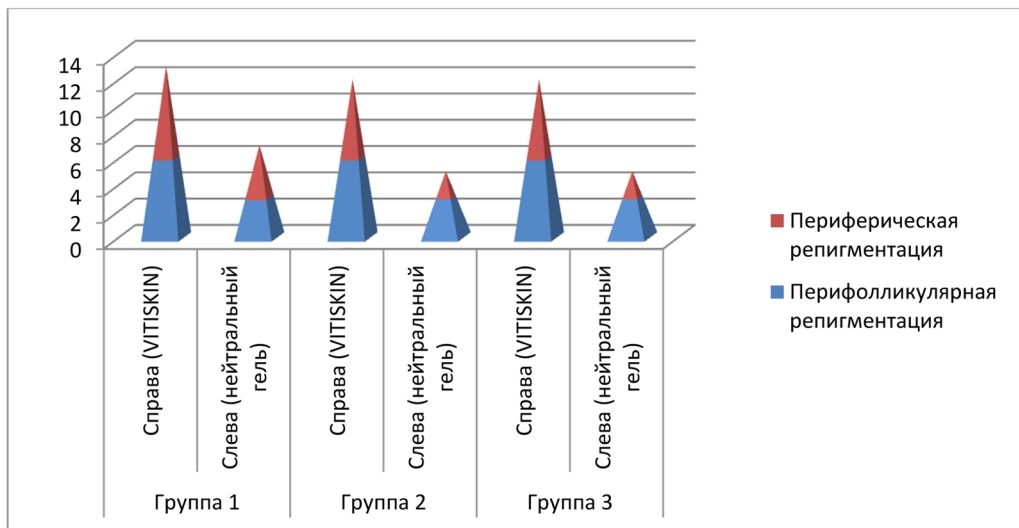


Рис. 2. Сравнительный анализ репигментации пятен витилиго

Рис. 3. Периферическая и перифолликулярная репигментация до и после терапии в симметричных очагах (справа и слева)



казатели индекса до лечения составили 345 баллов, а после терапии – 329 баллов (4,53% положительной динамики индекса).

Переносимость препарата была хорошей: только 4 (16,7%) пациента отмечали побочные эффекты, из них у одного испытуемого из 2 группы отмечались жалобы на зуд, жжение, покалывание, а также имелись в наличии эритема, сухость, шелушение. Эти проявления прошли в течение 3-5 дней после применения увлажняющего крема. Эритема выявлена в период терапии у 1 пациента из 3 группы и 3 больных из 2 группы. Жжение отмечала одна пациентка из 2 группы. Все эти проявления установлены у пациентов, которые применяли гель на активной стороне, что не потребовало, однако, отмены препарата. Преходящее чувство покалывания отмечено у одного пациента из 2 группы.

Все пациенты положительно оценили текстуру и удобство нанесения препарата. Приятный или нейтральный запах геля оценил 21 (87,5%) пациент. Быстрое время (до 5 минут) впитывания препарата отметили 22 (91,7%) испытуемых.

Выводы. Местное применение геля «Витискин» как в качестве монотерапии, так и в сочетании с узкополосной УФБ-терапией 311 нм, оказывает положительный эффект в виде перифолликулярной и периферической репигментации у пациентов с витилиго по сравнению с контрольным нанесением нейтрального геля.

Комбинированная терапия (местный гель «Витискин» и узкополосный УФБ 311 нм) дает хорошие ближайшие результаты лечения витилиго. Наилучший эффект получен при одновременной терапии гелем и УФБ, в то время как переносимость лечения оказалась лучшей в первой группе (вначале местный антиоксидантный гель «Витискин» в течение 4 недель, а затем следующие 10 недель в комбинации с УФБ 311 нм).

Литература

1. Taieb A, Picardo M. Epidemiology, definitions and classification. In: Vitiligo, Springer Publisher, Berlin-Heidelberg, 2010, 13-24.
2. Zhang XJ, Liu JB, Li M, Xiong QG, Wu HB, Li

JX, et al. Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51; 383- 390.

3. Taieb A, Picardo M; VETF Members. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment Cell Res.* 2007; 20; 27-35.
4. Picardo M, Taieb A in: Picardo M, Taieb A Vitiligo, Springer Publisher, Berlin-Heidelberg, 2010.
5. Taieb A, Picardo M. Clinical Practice: Vitiligo. *N Engl J Med* 2009; 360; 160-169.
6. Whitton ME, Pinart M, Batchelor J, Lushey C, Leonardi-Bee J, Gonzales U.
7. Interventions for vitiligo. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2010. Issue 1 Art. No.: CD003263.
8. Gawkrödger DJ, Omerod AD, Shaw L, Mauri-Sol I, Whitton ME, Watts MJ, et al. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol* 2008; 159; 1051-1076.
9. Hartmann A, Lurz C, Hamm H, Brcker EB, Hofmann UB. Narrow-band UVB311 nm vs. broad-band UVB therapy in combination with topical calcipotriol vs. placebo in vitiligo // *Int J Dermatol.* 2005 Sep; 44 (9):736-742.
10. Słowińska M., Szymańska E., Rudnicka L. Metoda oceny nasilenia zmian skórnych u pacjentów z bielactwem (wskaźnik VIMAN). *Dermatologia Estetyczna.* 2001; 3 (5): 200-210.

Реферат

Цель работы – оценка эффективности комбинированной терапии, включающей узкополосный УФ-Б с длиной волны 311 нм и местное лечение антиоксидантом гель «Витискин», у пациентов с витилиго по сравнению с нейтральным гелем.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано в добровольном порядке 24 пациента с витилиго, которых разделили на три группы по 8 человек. Группа 1 – первые 4 недели только гель, затем следующие 10 недель в комбинации с УФБ 311 нм. Группа 2 получала местно гель в сочетании с УФБ-терапией в течение 10 недель. Группа 3 проходила лечение гелем без УФБ-терапии в

течение 14 недель.

Результаты и обсуждение. Местное применение геля «Витискин» в качестве монотерапии, так и в сочетании с узкополосной УФБ-терапией 311 нм, оказывает положительный эффект в виде перифолликулярной и периферической репигментации у пациентов с витилиго по сравнению с контрольным нанесением нейтрального геля.

Комбинированная терапия (местный гель «Витискин» и узкополосный УФБ 311 нм) дает хорошие ближайшие результаты лечения витилиго. Наилучший эффект получен при одновременной терапии (гель плюс УФБ), однако переносимость лечения в первой группе (вначале местный антиоксидантный гель «Витискин» в течение 4 недель, а затем следующие 10 недель в комбинации с УФБ 311 нм) оказалась лучшей.

Выводы. Применение геля «Витискин» в качестве местной терапии в сочетании с УФБ 311 нм позволяет получить значительный эффект у пациентов витилиго.

Ключевые слова: витилиго, гель Витискин, УФБ 311 нм.

Abstract

The aim of the study was to evaluate the efficacy of the combined therapy of vitiligo patients which included narrow-band UVB (311 nm) and topical application of antioxidant gel "VITISKIN" and to compare it with the application of neutral gel.

Material and methods. 24 patients with vi-

tiligo were selected on a voluntary basis for the participation in the study who were then subdivided into three groups consisting of eight subjects each. The subjects of group I received only antioxidant gel during the first 4 weeks of therapy, and during the following 10 weeks the gel applications were combined with UVB 311 nm. The subjects of group II applied topical gel in combination with UVB 311 nm during 10 weeks. The subjects of group 3 were treated with topical gel only without UVB311 nm therapy during 14 weeks.

Results. Topical monotherapy with "VITISKIN" gel as well as the application of the gel in combination with narrow-band UVB 311 nm demonstrated a positive effect in the form of perifollicular and peripheral repigmentation in vitiligo patients as compared with control application of neutral gel.

The combined therapy (topical gel "VITISKIN" and narrow-band 311 nm) brings about good immediate results in the treatment of vitiligo. The best effect is obtained in case of simultaneous therapy (gel+UVB), however the tolerance of the therapy was better in group I (topical antioxidant gel "VITISKIN" during the first 4 weeks and in combination with UVB 311 nm during the following 10 weeks).

Conclusion. The application of "VITISKIN" gel as a topical therapy in combination with UVB 311 nm allows to achieve a significant effect in patients with vitiligo.

Key words: vitiligo, gel "VITISKIN", UVB 311 nm.

■ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕМОДЕКС-ФОЛЛИКУЛИТА И МЕТОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

Адаскевич В.П.* , Саларев В.В.** ,
Ловчиновская Ю.А.** , Зыкова О.С.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

**УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Витебск, Беларусь

Введение. Демодекс-фолликулит (синонимы: демодекоз, питириазис фолликулозум, демодикозный фолликулит, демодекозный дерматит, розацеаподобный демодекоз, пустулезный фолликулит) – поражение сально-волосяных фолликулов, вызываемое клещами рода *Demodex*. Демодекоз является хроническим заболеванием преимущественно кожи лица. В общей структуре заболеваний кожи демодекоз составляет 2,9%, а в структуре акнеформных дерматозов – 10,5% [2]. Заболевание распространено во всех странах и во все времена года. По данным ЦНИКВИ, носительство паразита обнаружено у 89% больных, по данным других авторов, носительство у здоровых лиц в разные возрастные периоды составляет от 19,3 до 61,2% [2]. В возрасте 30–44 лет заболевание выявляется у 42,6% обследуемых. Средний возраст женщин составляет 44,5±2, а мужчин – 38,3±5,4 года [2]. На человеке паразитируют два вида клещей: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. Эти клещи являются постоянными, облигатными паразитами человека. Впервые *D. folliculorum* был описан С. Simon в 1842 году, а *D. brevis* – в 1963 году Л.Х. Акбулатовой. *D. folliculorum* обитает преимущественно в волосяных фолликулах, а *D. brevis* – в сальных железах кожного покрова [1]. Перед поглощением пищи клещ выделяет секрет слюнных желез, обладающих не только ферментативной, но и антигенной активностью, что может приводить к развитию аллергических реакций. Оба вида клещей паразитируют, главным образом, в

коже лицевой части головы, на подбородке, веках, ушных раковинах, а также иногда на спине и груди [3]. На объективном состоянии кожи наличие одного-трех экземпляров клещей не отражается и не вызывает воспалительных реакций в виде высыпаний.

Клещ может сохранять жизнеспособность и вне хозяина при постоянной влажности и комнатной температуре в темноте до 9 суток. Оптимальной температурой для его развития является 30-40°C, при температуре 14°C клещи находятся в состоянии оцепенения, а при 5°C быстро погибают. В воде насекомые сохраняются до 25 дней, в сухом воздухе погибают через 1,5 дня. Самыми благоприятными питательными средами для клеща *Demodex* являются растительное масло, жир, вазелин [4].

Заболевание, как правило, возникает исподволь, проявляет тенденцию к прогрессированию и распространению. Течение заболевания может быть острым, подострым и хроническим рецидивирующим [5]. Вокруг устьев волосяных фолликулов, на фоне эритемы, появляются папулы и пустулы, наблюдается отрубевидное шелушение. При локализации в области лица элементы напоминают розовые угри [5, 6]. При поражении ресниц и/или бровей наблюдается выпадение волос. Выделяют следующие клинические формы демодекс-фолликулита: малосимптомная, эритематозно-сквамозная, папулезная, пустулезная, акнеподобная, розацеаподобная, комбинированная, кистозная [1, 5]. Отмечают несколько типов расположения высыпаний при демодекозе: центральный тип (локализация преимущественно в Т-зоне), медиальный (высыпания в области лобных бугров, центра щек, выступа подбородка), латеральный (высыпания на боковых участках лица), ассиметричный (сыпь только на одной стороне лица), тотальный тип (высыпания располагаются равномерно по всей поверхности лица) [5]. Возможны глазные проявления заболевания (блефароконъюнктивит, эписклерит, кератит, серозный ирит) [2]. Объективные проявления демодекоза

сопровождаются ощущением зуда, жжения, незначительная болезненность в области высыпаний, стягивания кожи, уменьшением ее эластичности и мягкости [4].

Клещи могут быть обнаружены методом соскоба с поверхности поврежденной кожи, методом выдавливания и микроскопии содержимого сальных желез, применением кожной биопсии с последующим гистологическим препарированием, путем эпиляции ресниц и микроскопии волосяного фолликула при блефарите. Наиболее простым и эффективным методом является поверхностная биопсия: на обезжиренное покровное стекло наносят каплю специального клея, а затем приклеивают стекло к пораженной области кожного покрова на 1 мин. Клей подсыхает и при снятии стекла на нем остается поверхностный слой эпидермиса, содержащее сальных желез. Этим методом возможно выполнить пересчет количества клещей на 1 см². Обсемененность клещом считается высокой при обнаружении более 5 особей в 1 см² [1].

Методы терапии демодекс-фолликулита включают местные и системные препараты на основе метронидазола, антискабиозные препараты [1, 3, 5, 7]. Однако общепринятые методы терапии, особенно топическими средствами, могут вызывать раздражение и воспаление пораженной кожи, которое по своему действию превышает возможные последствия инвазии клеща демодекс. Поэтому разработка новых, эффективных и безопасных препаратов и методов лечения пациентов с демодекс-фолликулитом является актуальной проблемой в дерматологии. За последние годы арсенал лекарственных средств для лечения демодекс-фолликулита значительно расширился и появились препараты линии «Stop demodex» – бальзам, лосьон, гель, мыло, шампунь.

Целью работы является изучение клинических особенностей проявления демодекс-фолликулита, а также оценка эффективности и переносимости наружных лекарственных средств линии «Стоп демодекс» у пациентов, у которых обнаружен Demodex.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов (11 мужчин

и 24 женщины) в возрасте от 16 до 73 лет с диагнозом демодекс-фолликулит. Для исследования подбирались пациенты с длительностью заболевания более 3-х месяцев и с локализацией высыпаний на лице, у которых был обнаружен Demodex более 5 особей в 1 см². Продолжительность заболевания до 1 года установлена у 8 (23%) пациентов, от 1 до 4 лет – у 17 (49%), от 5 до 10 лет – у 7 (20%) и свыше 10 лет – у 3 (8%) пациентов. Пациентов в возрасте до 20 лет было 4 (12%), 21-30 лет – 6 (17%), 31-40 – 7 (20%), 41-50 лет – 8 (23%), 51-60 лет – 7 (20%), свыше 60 лет – 3 (8%). Фототипы кожи по Фитцпатрику: I – 5 (14%) пациентов, II – 15 (43%), III – 15 (43%). Отмечались следующие сопутствующие заболевания: поликистоз яичников – 2 пациента, гастрит – 10, язвенная болезнь желудка – 3, аллергический ринит – 4, а также по одному пациенту с другими заболеваниями (мастопатия, гайморит, бронхит, нефроптоз, туберкулез легких, гипербилирубинемия, атеросклероз).

Тщательно оценивалась клиническая картина заболевания и проводилась дифференциальная диагностика с периоральным дерматитом, розацеа, вульгарными угрями, себорейным дерматитом, мелкоузелковым саркоидозом. Выявлены следующие сопутствующие кожные заболевания у пациентов с демодекс-фолликулитом: микоз стоп – 3, себорейный кератоз – 3, по одному пациенту – онихомироз стоп, отрубевидный лишай, гнездная алопеция, диффузная алопеция, невротические эксфолиации, псориаз, атопический дерматит, простой герпес, пустулез волосистой части головы. Местная терапия пациентов включала назначение препаратов линии «Стоп демодекс» в зависимости от формы заболевания, локализации высыпаний и с учетом терапии сопутствующих заболеваний. На кожу лица утром и вечером наносили очищающее мыло «Стоп демодекс», которое вспенивали с водой. После очищения, на пораженную кожу 2 раза в сутки на протяжении 45 дней наносили лечебно-профилактический бальзам «Стоп демодекс» На веки в области корней ресниц наносили гель для век «Стоп демодекс» на 30 минут.

Пациентам с поражением волосистой части головы и сопутствующей себореей применяли шампунь «Стоп демодекс» 3 раза в неделю в течение 1,5 - 2 месяцев.

Результаты и обсуждение. У всех 35 пациентов диагноз был подтвержден лабораторно (Demodex в количестве более 5 особей в 1 см²). Заболевание чаще выявлялось у женщин (69%). Возрастная группа свыше 30 лет (71%) преобладала в структуре заболевания. У 86% пациентов отмечается неожиданное начало заболевания. По данным анамнеза 18 (52%) пациентов получали терапию по поводу себорейного дерматита, розацеа, периорального дерматита без значительного эффекта. 80% пациентов предъявляли жалобы на кожный зуд, 24 (69%) – на жжение, усиливающиеся после мытья, 4 (12%) пациента – на незначительную болезненность в области высыпаний, 11 (32%) – на стягивание кожи, уменьшение ее эластичности. Распределение пациентов по локализации высыпаний: края век и веки – 10 (29%), ресницы – 7 (20%), брови – 6 (17%), щеки – 17 (48%), подбородок – 12 (34%), преаурикулярная область – 5 (14%), носогубная складка – 5 (14%), нос – 14 (40%), лоб – 15 (43%), переносица – 13 (37%), шея – 2 (6%), другие участки (грудь, спина, волосистая часть головы) – по 3 (9%) пациента. Высыпания были представлены в виде эритематозно-сквамозных пятен – у 6 (17%) пациентов, папул – 31 (88%), пустул – 26 (74%), инфильтратов и абсцедирующих элементов – 5 (14%). В зависимости от преобладания в клинической картине морфологических элементов, у пациентов были выделены следующие клинические формы демодекс-фолликулита: эритематозно-сквамозная установлена у 6 (17%) пациентов, розацеаподобная – 8 (23%), папулопустулезная – 10 (29%), акнеформная – 6 (17%), комбинированная – 5 (14%) пациентов. Стадийности заболевания не выявлено ни у одного пациента.

Применение очищающего мыла (октопирокс, эфирное масло чайного дерева) для лица и тела обеспечивало очищение и увлажнение кожи. Лосьон (экстракт календулы, эфирное масло лаванды, маннан, 2%-ная

мочевина) использовался как подготовка к процедурам при демодекозе и очищения век перед нанесением геля, а также для ежедневной гигиены после лечения. Местная терапия бальзамом «Стоп демодекс» (метронидазол, деготь березовый, гиалуроновая кислота, сверхкритический CO₂-экстракт ромашки, D-пантенол; экстракты коры белой ивы, календулы, галлов дуба, гамamelиса, листьев яблони и розы) оказывала выраженное противовоспалительное, акарицидное, бактерицидное действие, что обеспечивало разрешение объективных и субъективных симптомов заболевания. Активные компоненты шампуня (метронидазол, D-пантенол, сульфат цинка) обладают противовоспалительным действием, воздействуют на *Demodex* и подавляют развитие дрожжеподобного гриба *Malassezia furfur*. Сложный состав геля для век (метронидазол, гиалуроновая кислота, сверхкритический CO₂-экстракт ромашки) обеспечивает антисептическое, акарицидное, а также обезболивающее и успокаивающее действие путем влияния на нейрорецепторы кожи и слизистых оболочек. Применение геля и бальзама позволило уменьшить зуд и болезненность кожи уже на 4-6 день, а у каждого вт орого пациента субъективные симптомы проходили к 15 дню проводимой терапии. Папулезные и пустулезные элементы разрешались к концу курса лечения – на 30 день от начала терапии.

Лабораторную диагностику на наличие клеща-железницы проводили сразу после проведенного лечения и через 1,5-2 месяца диспансерного наблюдения. Клещи рода *Demodex* не выявлялись при изучении ближайших и отдаленных результатов терапии. Улучшение наступило (снижение субъективных данных и уменьшение высыпаний на 50%) у 4 (11,5%) пациентов, значительное улучшение (отсутствие субъективных данных и регресс элементов на 75%) – у 12 (34,5%), клиническая ремиссия (отсутствие субъективных и объективных данных) – у 20 (54%) пациентов. Большинство пациентов хорошо переносили применение препаратов линии «Стоп демодекс». Нежелательные побочные реакции в виде легкого жжения, чувства

стягивания кожи и незначительной эритемы наблюдались у 3 (8,57%) больных после нанесения геля для век. Побочная реакция была кратковременной и не требовала отмены препарата.

Таким образом, местные препараты линии «Стоп демодекс» оказывают противовоспалительное, акарицидное, антисептическое действие, что позволяет рекомендовать их к применению практическими врачами (дерматологами, косметологами, инфекционистами) в качестве метода выбора антидемодекозной терапии.

Выводы. Клиническими особенностями демодекс-фолликулита являются папулопустулезные и розацеаподобные высыпания, преобладание лиц женского пола, возраст старше 30 лет, отсутствие стадийности и внезапное начало заболевания.

Препараты линии «Стоп демодекс» показали высокую эффективность и безопасность при лечении демодекс-фолликулита, что позволило получить хорошие ближайшие результаты - клиническую ремиссию и значительное улучшение у 88,5% пациентов.

Комбинированный сложный состав наружных препаратов линии «Стоп демодекс» (метронидазол, октопирокс, сульфат цинка, березовый деготь, эфирное масло чайного дерева, гиалуроновая кислота) обеспечивает антисептическое, противопаразитарное, противовоспалительное, анальгезирующее и регенерирующее действие.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Периоральный дерматит и розацеа: некоторые вопросы диагностики и новые подходы в лечении / В.П. Адашкевич, В.В. Козловская // ARS MEDICA: дерматовенерология и косметология. – 2008. - № 5 (6). – С. 144 – 147.
2. Сюч, Н.И. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium medicum. – 2004. - Т. 6, № 3. – С. 191-194.
3. Самцов, А.В. Демодикозный фолликулит / А.В. Самцов, И.Э. Белоусова, О.В.

Латий // Клиническая дерматология и венерология: научно-практический журнал. – 2005. - № 2. – С. 20 -21.

4. Елистратова, Л.Л. Современное состояние проблемы демодекоза / Л.Л. Елистратова, Н.И. Потатуркина-Нестерова, А.С. Нестеров // Фундаментальные исследования. – 2011. - № 9 – С. 67 – 69.
5. Коган, Б.Г. Етіологічна і патогенетична роль кліщів-демоцидів у виникненні дерматологічних захворювань у людини. Гіпотези, факти та перспективи подальших досліджень / Б.Г. Коган, В.И. Степаненко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2002. - № 3. – С. 57-63.
6. Vaima, V. Demodicidosis revisited / V. Vaima, M. Sticherling // Acta Derm Venereol. - 2002. – Vol. 82. – P. 3-6.
7. Коган, Б.Г. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 4. – С. 55-61.

Реферат

Целью работы является изучение клинических особенностей демодекс-фолликулита и оценка эффективности наружных препаратов «Стоп демодекс».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 35 пациентов (11 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 16 до 73 лет с диагнозом демодекс-фолликулит, у которых был обнаружен *Demodex* более 5 особей в 1 см².

Результаты. Выделены клинические формы демодекс-фолликулита: эритематозно-сквамозная - у 6 (17%) пациентов, розацеаподобная – 8 (23%), папулопустулезная – 10 (29%), акнеформная – 6 (17%), комбинированная – 5 (14%). Улучшение наступило у 4 (11,5%) пациентов, значительное улучшение – у 12 (34,5%), клиническая ремиссия – у 20 (54%).

Выводы. Клиническими особенностями демодекс-фолликулита являются папулопустулезные и розацеаподобные высыпания, преобладание лиц женского пола, отсутствие

стадийности и внезапное начало заболевания. Препараты линии «Стоп демодекс» показали высокую эффективность и безопасность при лечении демодекс-фолликулита, что позволило получить хорошие ближайшие результаты у 88,5% пациентов.

Ключевые слова: демодекс-фолликулит, клинические формы, терапия, препараты «Стоп демодекс»

Abstract

The aim of the study is to investigate clinical peculiarities of Demodex-folliculitis and to evaluate efficacy of topical medications “Stop Demodex”ю

Material and Methods. We observed 35 patients (11 males and 24 females) aged from 16 till 73 diagnosed with Demodex-folliculitis. The number of *Demodex* mites revealed in these patients exceeded 5 parasites per 1 cm².

Results. The following clinical forms of Demodex-folliculitis were singled out: erythematous-squamous in 6 (17%) patients, rosacea-like – in 8 (23%), papulopustular – in 10 (29%), acneiform – in 6 (17%), combined – in 5 (14%) patients. Improvement was registered in 4 (11,5%) patients, significant improvement in 12 (34, 5%) and clinical remission in 20 (54%) patients.

Conclusion. Clinical peculiarities of Demodex-folliculitis include papulopustular and rosacea-like eruption, predominance of female patients, sudden onset of the disease and lack of staging in its course. Medications of the “Stop Demodex” line showed their high efficacy and excellent safety profile in the treatment of Demodex-folliculitis which allowed to obtain good immediate results in 88,5% of patients.

Key words: *Demodex-folliculitis, clinical forms, therapy, medications «Stop Demodex».*

■ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА

О.С. Зыкова

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Абстракт. Статья посвящена изложению результатов исследования особенностей развития артропатического псориаза. Обследованы 257 стационарных пациентов с различными клиническими формами псориаза. У пациентов с различными вариантами артропатического псориаза в сравнительном плане оценены клинические показатели: частота регистрации различных клинических форм поражения кожи и особенности течения заболевания, PASI, частота регистрации псориазического поражения ногтевых пластин; выявлены положительные взаимосвязи между таковыми. Результаты исследования актуализируют проблему ранней дерматологической диагностики артропатического псориаза.

Ключевые слова: псориаз, артропатический псориаз, ониходистрофия, ранняя диагностика артропатического псориаза.

Summary. Article is devoted to presenting the results of studies of arthropathic psoriasis development. We have studied 257 in-patients with various forms of psoriasis. The study included evaluations and comparative analysis of clinical symptoms such as frequency of registration of various clinical forms of skin lesions and the characteristics of the disease course, PASI, posting frequency psoriatic lesion of the nail plates; revealed a positive correlation between those. Results of the study actualize the problem of early dermatological diagnosis of arthropathic psoriasis.

Key words: psoriasis, arthropathic psoriasis, onychodystrophia, early diagnosis of arthropathic psoriasis.

Введение. В дерматологии артропатический псориаз рассматривается в качестве одной из осложнённых форм псориаза наряду с псориазической эритродермией, пу-

стулёзным псориазом. Актуальность выделения данной клинической формы заболевания обусловлена наличием синдрома воспалительного поражения опорно-двигательного аппарата, которое демонстрирует как системность заболевания, так и возможность его прогрессирующего характера у части пациентов. Данные специальной литературы о распространённости артропатического псориаза варьируются довольно широко – от 5 до 40% в популяции. Такой диапазон частоты выявления патологии псориазической артропатии обусловлен рядом причин, в том числе наличием рентггеноггегативных и безболевых вариантов поражения суставов, разной степенью обследованности пациентов с псориазом, использованием различных диагностических индексов и критериев диагностики псориазического поражения суставов, и другими.

Актуальность артропатического псориаза в практике дерматовенеролога определяется рядом аспектов. Современное разнообразие методов и средств для лечения псориаза ставит перед врачом-дерматовенерологом задачу выбора индивидуальной тактики лечения для каждого пациента. В повседневной лечебной практике одним из определяющих аспектов диагностики и терапии является полисиндромность заболевания, которая проявляется разновыраженными кожным, ногтевым, суставным, висцеральным синдромами, нередко в сочетании с эмоционально-психическими нарушениями. В свою очередь полисиндромность требует от врача анализа комплекса лабораторно-инструментальных исследований состояния пациента.

Анализ кожного синдрома предполагает оценку площади, распространённости псориазических высыпаний, а также выделение клинической формы или сочетания различных клинических форм дерматоза. Так, при псориазическом артрите часто регистрируются атипичные и осложнённые клинические формы поражения кожи – экссудативные, эритродермическая, пустулёзная [1,2].

Поражение ногтевых пластин часто сопутствует псориазическому поражению суставов [1, 3]. Ногтевой синдром составляют

патология ногтевого ложа, матрикса ногтя, а также околоногтевых валиков. Патология матрикса клинически проявляется симптомами «напёрстка», лейконихией, продольной исчерченностью, трахионихией, койло-платонихией, линией Бо. Патология ногтевого ложа клинически проявляется признаками онихолизиса, онихомадеза, онихогрипоза, подногтевого гиперкератоза, «масляного пятна», онихошизиса и подногтевыми геморрагиями. Для псориазической паронихии характерно воспаление, утолщение, гиперемия и инфильтрация околоногтевых валиков, нередко распространяющиеся на всю дистальную фалангу или палец; а также отсутствие эпонихия. Наряду с часто регистрируемыми вариантами ониходистрофий – пунктиформная дистрофия, поражение по типу «масляного пятна», онихолизис – у пациентов нередко наблюдаются другие варианты ногтевых дистрофий, формирующиеся на фоне системной патологии внутренних органов, а также в связи с возрастной эволюцией или травматизацией ногтевых и ногтеобразующих структур. Ониходистрофия чаще регистрируется при тяжёлых формах псориаза: эритродермической, артропатической и экссудативной, а также у коморбидных пациентов с псориазом, имеющих патологию сердечно-сосудистой системы [4].

Висцеральная патология при артропатическом псориазе ассоциируется прежде всего с метаболическим синдромом, основными проявлениями которого являются ожирение, нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия. Такая коморбидность связана с общностью патогенеза развития данных патологий – важной ролью провоспалительных цитокинов, в частности, фактор некроза опухолей (ФНО α), в числе биологических эффектов которого – повреждение эндотелия сосудов, стимуляция продукции аутоантител, повышение активности остеокластов и другие [5]. В патогенезе псориаза важное значение имеет тесная взаимосвязь липидтранспортной и иммунной систем, так как холестерин оказывает иммуномодулирующее действие, что приводит к развитию и усугублению иммуно-

логического дисбаланса [6].

Клинически манифестным проявлением артропатического псориаза является псориатический артрит, который относится к группе спондилоартропатий, является хроническим прогрессирующим деструктивным воспалительным поражением суставов и сопровождается резорбцией костной ткани, энтезопатиями и поражением осевого скелета [7]. Считают, что структурные изменения суставов развиваются у половины пациентов, страдающих псориатическим артритом, что требует оценки показаний для назначения иммунобиологических препаратов, блокирующих ФНО α [5]. Развитие тяжёлого поражения суставов при артропатическом псориазе является фактором длительной или стойкой нетрудоспособности пациентов. В то же время симптомы псориатического артрита развиваются постепенно, и кожный синдром, как правило, предшествует развитию суставной патологии. Приводятся данные о том, что около 80% пациентов с псориатическим артритом в течение некоторого времени наблюдаются врачами-дерматологами и врачами общей практики, что подчёркивает важность тщательного анализа дерматологических симптомов в диагностике артропатического псориаза (P.J.Mease, M.Lebwohl, 2005).

Цель. Изучение особенностей дерматологического статуса у стационарных пациентов с артропатическим псориазом с различной степенью выраженности суставного синдрома.

Материал и методы. Обследованы 257 стационарных пациентов с артропатическим псориазом, из них 154 пациента из дерматологического стационара (группа 1), 32 пациента ревматологического стационара с установленным диагнозом псориатического артрита (группа 2), и 71 пациент с псориазом (с поражением кожи и ногтей) без псориатической артропатии (группа 3).

Оценивали структуру клинических форм поражения кожи, рассчитывали псориатический индекс тяжести и площади поражения кожи PASI (Frederiksson T., Pettersson U.), средние значения возраста регистрации синдромов артропатического псориаза. Статистическую

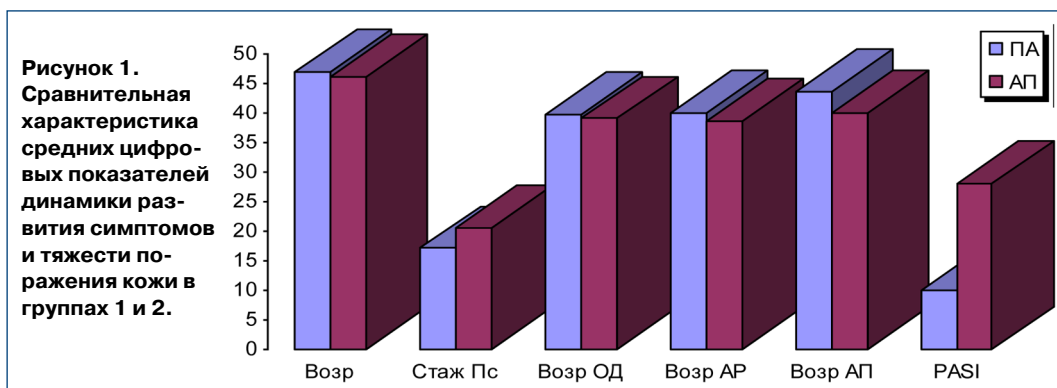
обработку полученных данных проводили с использованием пакета анализа Excel.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов из дерматологического стационара ($n=154$) мужчин было почти вдвое больше, чем женщин - 1.85:1 соответственно. Средний возраст составил $46,3 \pm 0,86$ лет. Средняя длительность псориаза была $20,5 \pm 0,98$ лет. Обыкновенная клиническая форма псориатического поражения кожи установлена у 38 пациентов, что составило 25%, у 116 больных (75%) установлены другие клинические формы дерматоза: крупнобляшечная, экссудативные (в том числе инверсная и себорейная), а также псориатическая эритродермия. Среднее значение индекса PASI в группе составило $28,01 \pm 1,8$. Поражение ногтей выявлено у 102 пациентов, что составило 66%. В группе пациентов с установленным диагнозом псориатического артрита ($n=32$) соотношение мужчин и женщин составило 1:1 (по 16 пациентов соответственно). Средний возраст составил $47,6 \pm 2,3$ лет. Обыкновенная клиническая форма поражения кожи установлена у 11 пациентов, что составило 33%, другие клинические формы (крупнобляшечная, экссудативные, универсальная) – у 22 (67%). Поражение ногтей выявлено у 21 пациента (66%). Среднее значение объективной оценки тяжести поражения кожи PASI составило $10,1 \pm 1,9$. Третью группу (пациенты с клиникой кожного и ногтевого синдромов, $n=71$) составили в основном мужчины (7,9:1); средний возраст пациентов – $43,3 \pm 1,6$ лет. Обыкновенный псориаз установлен у 25 пациентов (35%), среднее значение PASI составило $29,4 \pm 2,7$. У 20 пациентов (28%) из группы 3 при расспросе выявлены жалобы на боли в суставах позвоночника и конечностей, выраженные в различной степени. Цифровые данные показателей динамики развития основных клинических проявлений псориаза – ониходистрофии (ОД), артралгий (АР), установления диагноза поражения суставов (АП) группах - представлены в таблице 1.

Таким образом, при сопоставлении средних данных возраста регистрации основных клинических синдромов артропатического

Таблица 1. Динамика развития клинических симптомов артропатического псориаза

	Группа 1 (n=154)	Группа 2 (n=32)	Группа 3 (n=71)
PASI	28,0 ± 1,8	10,1 ± 1,9	29,4 ± 2,7
Ср. возраст (лет)	46,3 ± 0,9	47,6 ± 2,3	43,3 ± 1,6
Стаж Псориаза (лет)	20,5 ± 1,0	17,1 ± 2,3	17,5 ± 1,3
Возраст ОД (лет)	38,03 ± 1,1	39,6 ± 3,1	35,7 ± 1,7
Возраст АР (лет)	38,6 ± 2,3	40,0 ± 2,3	
Возраст АП (лет)	39,9 ± 2,6	43,5 ± 2,3	



псориаза во всех группах установлено стадийное развитие симптомов заболевания с последовательным вовлечением в патологический процесс кожи, ногтей и суставов, что соответствует представлению об артропатическом псориазе как системной прогрессирующей патологии. Данный результат согласуется с результатами выполненных нами исследований каталитической активности поликлональных иммуноглобулинов G (2007, 2008 гг.) и эпидермальных липидов поражённой кожи групп пациентов (2011г.) с различными клиническими формами и различным стажем заболевания, которые продемонстрировали статистически достоверное повышение уровня ДНКазной каталитической активности сыворотки крови у пациентов с псориазической ониходистрофией и артропатией, что отражает интенсивность системного иммунопатологического процесса, а также прогрессирующие нарушения распределения холестерина в эпидермисе псориазических бляшек у пациентов

со стажем псориаза более 10 лет. Несмотря на преобладание осложнённых клинических форм поражения кожи у пациентов с псориазическим артритом (группа 2 - ПА), значения PASI в этой группе оказались достоверно более низкими, чем в группе пациентов с преобладающей тяжестью кожного синдрома (группа 1 - АП), что можно объяснить более частой регистрацией диссеминированного или ограниченного поражения кожи, а также системным лечением метотрексатом. Однако развитие более тяжёлых проявлений поражения опорно-двигательного аппарата во 2 группе развилось в более короткие сроки по сравнению с таковыми у пациентов группы преобладания тяжести поражения кожи. Поражение ногтей одинаково часто зарегистрировано в обеих группах. Сравнительную характеристику средних цифровых данных анамнеза и тяжести поражения кожи иллюстрирует рисунок 1.

Выявленные особенности развития клинических симптомов артропатического псориаза могут быть

полезны как в плане коррекция тактики медикаментозного сопровождения пациента и своевременного планирования мероприятий медицинской реабилитации, так и для мотивация пациентов к коррекции образа жизни: структура питания, вредные привычки, режим труда и отдыха и т.д., с целью замедления прогрессирования заболевания.

Выводы

1. Псориатическая артропатия является предметом активного диагностического поиска врача-дерматовенеролога и первичного медицинского звена.

2. Отсутствие тяжёлого кожного синдрома не исключает возможности псориатического поражения суставов.

3. Тщательный анализ ногтевого статуса является важным диагностическим критерием псориатической артропатии.

Литература:

1. Bruce, I.N. Psoriatic arthritis: Clinical features / I.N. Bruce // *Rheumatology*, third edition. Edited by M.C. Hochberg et al. – L. Sevier Ltd., London, 2003. – P. 1241-1252
2. Хартоник, А.А. Особенности терапии дер-

матологического и суставного синдромов у больных псориатическим артритом / А.А. Хартоник, [и др.] // *Медицинская панорама*. – 2002. - № 1. – С. 30-31.

3. Reich, K Approach to managing patients with nail psoriasis/ K. Reich//*JEADV*/ - 2009. - № 23, Suppl. 1. – P.15-21.
4. Адашкевич, В.П. Поражение ногтей у больных с различными клиническими формами псориаза/ В.П. Адашкевич, О.С. Зыкова, Э.Ю. Михута// *Медицинская панорама*. – 2010. - №1. – С.20-22.
5. Бёнке, В.-Х. Сопутствующие заболевания при псориазе/ В.-Х. Бёнке, Х.Бюргер, С.Бёнке// *Дерматолог*. – 2010. - №1. – С. 025-030.
6. Козин, В.М. Псориаз. Вопросы патогенеза, клиники, терапии: монография. – Витебск, ВГМУ, 2007. – С.120-128.
7. Кундер, Е.В. Псориатический артрит: монография, Е.В. Кундер. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 255 с.
8. Mease, P.J. Psoriatic Arthritis. A disease of skin and joints / P.J.Mease, M.Lebwohl // *Immunology*. – Sept., 2005. - 24 p.

■ СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИИ

Качук М.В., Филатова Ю.Г.
УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет»

Трудности в достижении успешного терапевтического эффекта при алопеции требуют придерживаться основного принципа лечения – быть комплексным и максимально индивидуальным. В проспективное исследование были включены 48 пациентов с различными формами алопеции, из них 18 мужчин и 30 женщин. Пациенты были разделены на 2 группы (традиционного лечения и комплексной терапии в сочетании с внутриочаговыми инъекциями бетаметазона). Комплексное лечение в сочетании с внутриочаговыми инъ-

екциями бетаметазона эффективнее традиционной терапии при некоторых формах алопеции.

Ключевые слова: алопеция, патогенез, лечение, кортикостероиды, бетаметазон.

MODERN TREATMENT OF ALOPECIA

Kachuk M.V., Filatava Y.G.

Belarusian State Medical University

Abstract.

The difficulty to successfully therapeutic effect of alopecia requires the observance of the main principle – the therapy should be complex and as individual as possible. The variety of available methods of drug therapy and apparatus procedures extends possibilities for optimal choice of treatment of this pathology.

This prospective study included 48 patients with various forms of alopecia, out of them 18

males and 30 females. Subjects were randomized to receive adjuvant therapy in combination with *intralesional injections* of betamethasone or conventional therapy. Adjuvant therapy in combination with *intralesional injections* of betamethasone is better than conventional therapy in management of some form of alopecia.

Key words: alopecia, pathogenesis, treatment, corticosteroids, betamethasone.

Введение. Алопеция является одной из актуальнейших проблем дерматологии. Заболеваемость среди пациентов дерматологического профиля составляет от 2 до 5%. Этиология и патогенез алопеции до конца не изучены, что обуславливает большие трудности в разработке эффективных методов его терапии. В настоящее время в терапии алопеции используются различные группы лекарственных препаратов, такие как: неспецифические раздражающие средства, местные ирританты, средства стимулирующие рост волос, иммуносупрессанты, всевозможные адьювантные средства. Также в лечении алопеции нашли применение различные физиотерапевтические методы. Однако, течение болезни зачастую нельзя предугадать и применяемые методы лече-

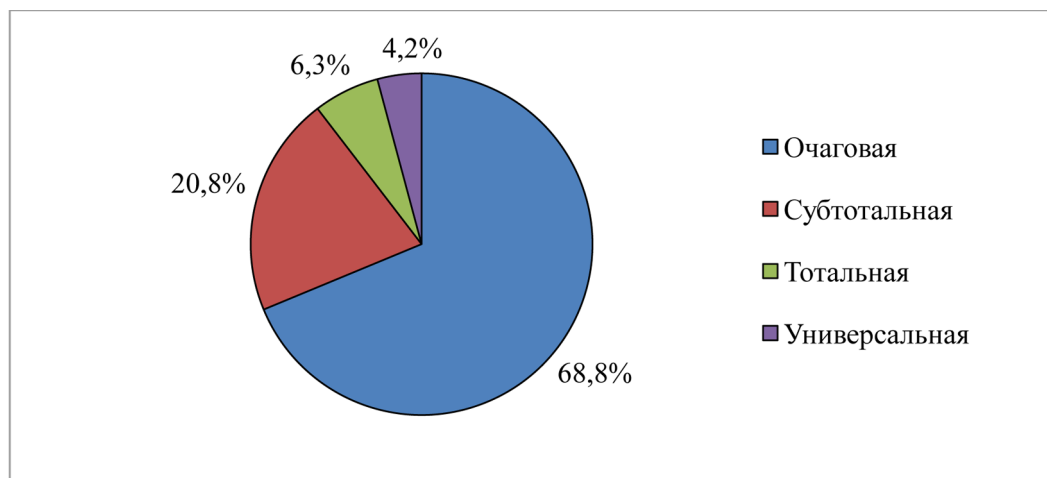
ния не всегда способствуют восстановлению роста волос и не защищают от возникновения рецидивов. Увеличение числа тяжелых быстропрогрессирующих форм, недостаточная эффективность существующих методов лечения, частое рецидивирование, диктует необходимость поиска новых и усовершенствование уже имеющихся способов терапии алопеции [1, 2, 3, 4].

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 48 пациентов с различными формами алопеции, прошедшие скрининговое обследование и соответствующие критериям включения-исключения, получавших лечение с 2012 по 2014 год в условиях УЗ «Городской клинической кожно-венерологической диспансер» г.Минска, а также наблюдавшихся на кафедре кожных и венерических болезней БГМУ.

Под нашим наблюдением находились пациенты с различными формами алопеции в возрасте от 17 до 57 лет, из них 30 (62,5%) женщин и 18 (37,5%) мужчин. Показатель соотношения женщин и мужчин составил 1,67:1.

Продолжительность заболевания составила от 1 месяца до 1 года. В исследование не были включены пациенты со стажем алопеции

Рис. 1. Клинические формы алопеции.



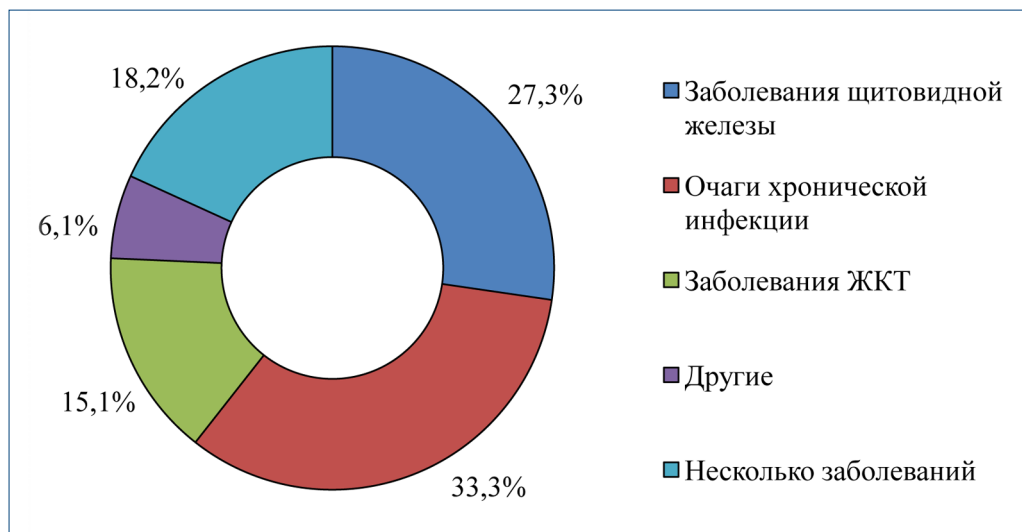


Рис.2. Сопутствующие заболевания у пациентов с алопецией.

больше 1 года, поскольку длительное течение заболевания значительно снижает эффективность лечения. У 29 (60,4%) пациентов продолжительность заболевания не превышала 6 месяцев, 19 (39,6%) симптомы заболевания наблюдались от 6 месяцев до 1 года.

В зависимости от формы алопеции пациенты были разделены на несколько групп. Очаговая форма наблюдалась у 33 пациента, при этом у большинства (18 пациентов) был обнаружен лишь один очаг, от 2 до 5 очагов зарегистрировано у 15 пациентов. Субтотальная форма была у 10 пациентов, с тотальной формой ОА наблюдалось 3 пациента, а универсальная выявлена в 2 случаях.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 33 (68,75%) пациентов. У 9 (18,75%) выявлены очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, хронический бронхит), у 11 (22,9%) - заболевания щитовидной железы (гипотиреоз, тиреотоксикоз, узловой зоб), у 5 (10,4%) пациентов - заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, мочекаменная болезнь). У 2 (4,2%) пациентов были отмечены другие сопутствующие

патологии (артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония). Также у 6 (12,5%) пациентов зафиксировано несколько сопутствующих заболеваний.

После анализа анамнестических данных по выявлению возможных причин заболевания было выделено несколько групп провоцирующих факторов развития алопеции. У 34 (70,8%) пациентов началу заболевания предшествовало психо-эмоциональное напряжение. У 4 (8,3%) пациентов отмечались черепно-мозговые травмы в анамнезе. У 3 женщин (6,3%) алопеция возникла в послеродовом периоде. 2 (4,2%) пациента связывали начало заболевания с приемом лекарственных средств. 5 (10,4%) пациентов дебют заболевания ни с чем не связывали.

Из представленных в таблице данных видно, что в большинстве случаев провоцирующих факторов были связаны со стрессом.

Нами не зарегистрировано ни одного семейного случая алопеции. При проведении обследования ногтевых пластинок у 100% не наблюдалось патологических изменений. Данный факт мы связываем с непродолжительностью течения заболевания (до 1 года).

Пациенты были разделены на 2 клиниче-

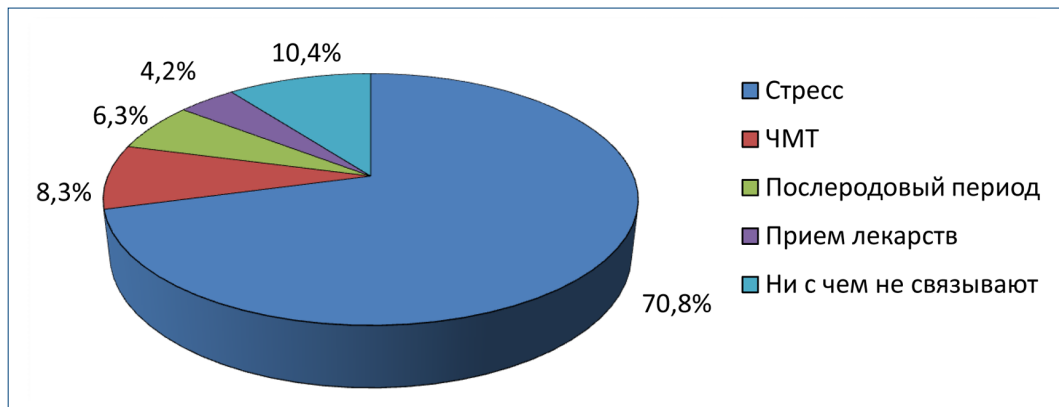


Рис 3. Провоцирующие факторы развития алопеции

ские группы, для каждой из которых была предложена своя схема лечения. Пациенты первой группы (25 человек) получали комплексную терапию, включающую препараты, улучшающие микроциркуляцию, комплексы витаминов и микроэлементов, ноотропы/седативные средства, местно всем пациентам назначался миноксидил. Пациенты второй группы (23 человека) получали комплексную терапию в сочетании с внутриочаговыми инъекциями бетаметазона. В нашем исследовании мы использовали глюкокортикостероидный препарат дипроспан. При выборе препарата мы руководствовались его эффективностью и безопасностью по сравнению с другими стероидами. Пациентам 2-ой группы дипроспан в очаги облысения вводили методом внутрикожных инъекций из расчета 0,1 - 0,2 мл на 1 - 2 см² очага поражения, с интервалом в 21 день. Курс лечения составлял 2 процедуры.

Эффективность терапии оценивали на основании динамики площади поражения, длительности терапии до восстановления роста волос, переносимости и продолжительности ремиссии.

Для оценки эффективности лечения мы использовали следующие клинические параметры: состояние клинической ремиссии, значительное улучшение, улучшение, без эффекта. Под состоянием клинической ремиссии понимали активный рост терминаль-

ных волос в очагах поражения, т.е. полное зарастание очагов волосами и отсутствие зоны «расшатанных» волос. Значительное улучшение – стойкая положительная динамика, характеризующаяся косметически приемлемым восстановлением роста волос не менее чем на 2/3, исчезновением зоны «расшатанных» волос. Улучшение – медленная динамика процесса, характеризующаяся уменьшением очага(-ов) облысения при отсутствии зоны «расшатанных» волос и наличии псевдоволосных волос.

Результаты и обсуждение. После проведенного курса лечения у 41 пациента наблюдался положительный терапевтический эффект. Достижение клинической ремиссии произошло у 44% пациентов из первой клинической группы, во второй группе данный показатель составил 73,9%. Значительное улучшение наблюдалось у 16% из первой и у 13% пациентов из второй группы. Улучшение зарегистрировано у 20% из первой группы, а также у 4,4% в группе, получавших инъекции бетаметазона. У 7 (14,6%) пациентов не отмечалось положительной динамики, в первой группе процент составил 20%, во второй группе 8,7%.

У 30 пациентов наступление роста волос произошло в сроки 3-5 недель от начала терапии, у 11 – через 6-8 недель. Среди пациентов, у которых в течение 3-5 недель наблюдался рост волос, пациенты первой кли-

Таблица 1.Эффективность комбинированной терапии алопеции.

Критерии	1 группа(n=25)	2 группа(n=23)	Всего(n=48)
Клиническая ремиссия	11	17	38
Значительное улучшение	4	3	7
Улучшение	5	1	6
Без эффекта	5	2	5

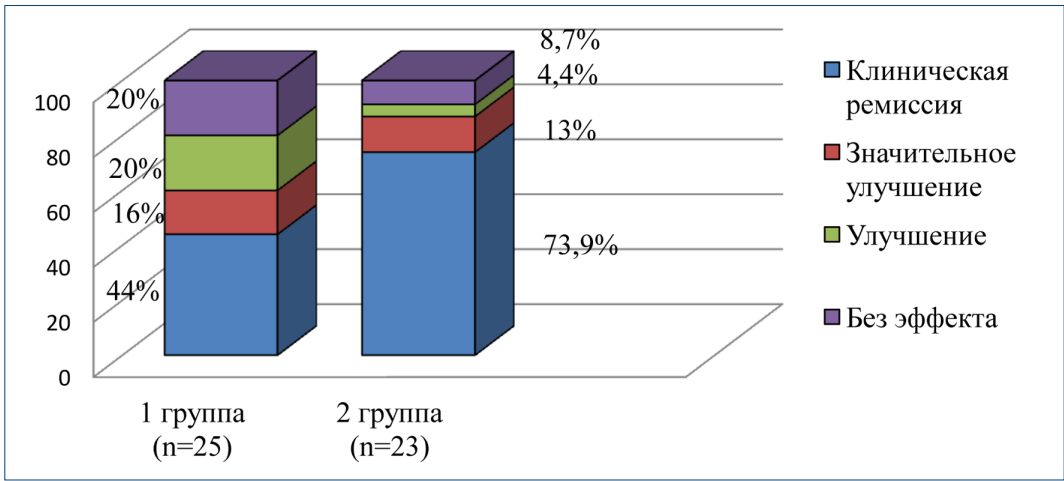


Рис. 4. Эффективность комбинированной терапии алопеции у пациентов различных групп.

нической группы составили 36,7%, второй – 63,3%. Пациенты, отмечавшие рост волос в сроки 6-8 недель, в подавляющем большинстве оказались из первой клинической группы - 81,8%, пациенты, получавшие инъекции дипроспана составили 18,2%.

Предложенная терапия, в целом, переносилась пациентами хорошо. Не было отмечено ни одного ухудшения состояния или осложнения лечения. Среди побочных эффектов была отмечена тошнота, наблюдавшаяся у 8 (16,7%) пациентов после приема цинктерала. Снижение дозы данного препарата позволило добиться устранения указанного побочного эффекта. 7 (14,6%) пациентов жаловались на появления раздражения волосистой части головы после применения миноксидила. Из них 3 продолжили применять данный препарат через день, а 4 не смогли больше использовать миноксидил для лечения.

Проследить отдаленные результаты уда-

лось у 22 в течение 1 года и у 16 в течение 6 месяцев. Рецидив за время наблюдения наступил у 4 пациентов. В первой клинической группе рецидив отмечался у 3 пациентов. Среди пациентов, получавших внутриочаговые инъекции ГКС, лишь у одного наблюдался рецидив заболевания. В настоящий момент исследование продолжается.

Выводы.

1. Комплексная терапия алопеции с применением внутритрожных инъекций препарата дипроспан в патологические очаги приводит к клинической ремиссии, значительному улучшению и улучшению кожного процесса более чем у 90 % пациентов.
2. При выборе адекватного метода лечения пациентов с алопецией следует учитывать клиническую форму заболевания, а также длительность облысения.
3. Такой метод наиболее показан пациентам с очаговой и субтотальной формами ало-

пеции при длительности заболевания до 1 года. Безопасность метода подтверждена отсутствием серьезных побочных эффектов и осложнений.

4. Комплексное лечение в сочетании с внутривенными инъекциями дипроспана повышает эффективность лечения и способствует улучшению ближайших результатов (быстрее приводит к наступлению роста волос), а также увеличению продолжительности межрецидивного периода.

Литература

1. Олисова О.Ю., Смирнов К.В. ПУВА-терапия в дерматологии. // Российский журнал кож-

ных и венерических болезней. 2001. – №6. – С. 71.

2. Суворова, К.Н. Эволюция терапии гнездовой алопеции и современная дерматологическая практика / Суворова К.Н., Варданян К.Л., Хватова Е.Г. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – №5. – С.9-15.

3. Фомкина, И.Г. Комплексная патогенетическая терапия больных очаговой алопецией с учетом показателей гемостаза и реологии крови: Дис. ... канд.мед.наук. М 1997.

4. Olsen E.A. Hair in Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. In: Freedberg IM. New York: McGraw-Hill, 2003. – P. 641-643.

■ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 1% КРЕМА ПИМЕКРОЛИМУС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА.

Крук Н.В., Крук А.В., Хилькевич Н.Д.
УО Белорусский государственный медицинский университет

Проведено комплексное лечение 32 пациентам мужского и женского пола с розацеа, включавшее метронидазол, лоратадин и наружное лечение 1% кремом пимекролимус. Эффективность лечения оценивалась с помощью шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Переносимость лечения была хорошей, побочных явлений не выявлено. Практически у всех пациентов было констатировано значительное уменьшение индекса ШДОР и ДИКЖ в группе независимо от возраста, что свидетельствует об эффективности включения в терапию розацеа 1% крема пимекролимус.

Ключевые слова: розацеа, лечение, пимекролимус.

Clinical experience of pimecrolimus 1 % cream application for the complex treatment of rosacea patients

Kruk N., Kruk A., Khilkevich M.

We carried out a complex treatment of 32

patients of both genders with rosacea, which included metronidazole, loratadine and external application of 1% pimecrolimus cream. Effectiveness of treatment was assessed by means of a scale diagnostic evaluation of rosacea scale (DERS) and dermatological life quality index (DLQI). Tolerability was good enough; no side effects have been identified. Almost all the patients had a significant decrease of estimated indices, regardless of age, which indicates the effectiveness of inclusion of 1% pimecrolimus cream in the rosacea treatment.

Key words: rosacea, treatment, pimecrolimus.

Розацеа (синонимы: розовые угри, acne rosacea, superose, teleangiectasiasis faciei, gutta rosacea, «приливы кельтов») – это хронический дерматоз, поражающий преимущественно центральную часть лица и характеризующийся появлением персистирующей эритемы, отежных папул, пустул в области лба, носа, щек и подбородка, что нередко негативно влияет на психоэмоциональный статус человека. Зачастую процесс сопровождается ощущениями приливов, жжения, сухости и покалывания кожи. Нередко присутствуют дополнительные признаки в виде телеангиоэктазий, отека, фиматозных изменений кожи, гранулематозных поражений и глазных симптомов (сухость, раздражение, нередко

– блефарит, конъюнктивит, реже – кератит). Преимущественно болеют женщины.

По существующим на сегодняшний день представлениям, розацеа представляет собой полиэтиологичный дерматоз, с участием в его развитии многих универсальных патологических реакций [1]. В его патогенезе основное значение имеют сосудистые нарушения, в развитии которых участвуют различные медиаторы (эндорфины, брадикинин, серотонин, гистамин и субстанция Р), в том числе вазоактивные пептиды (пентагастрин, вазоактивный кишечный пептид — vip). Наиболее интересным в патогенетическом значении пептидом является фактор роста сосудистого эндотелия (VEGF) – цитокин, вызывающий расширение сосудов и ангиогенез. [2,3]. Также отмечается активация калликреин-кининовой системы плазмы крови при этом расширяются мелкие сосуды, нарушается проницаемость кровеносного русла, что приводит к появлению персистирующей эритемы и отека [4].

Медиаторы воспаления, свободные радикалы, а также воздействие продуктов жизнедеятельности условно-патогенных бактерий со временем приводят к лимфоцитарной пролиферации и формированию воспалительных элементов — папул, пустул, единичных узлов, затем возникает эластоз кожи, лимфоцитарная инфильтрация, лимфедема, а также гиперплазия соединительной ткани и саленных желез (преимущественно у мужчин), что обуславливает возникновение фиматозных изменений кожи (ринофима, гнатофима, отофима, метафима, блефарофима) [5].

Полиэтиологичность и недостаточно изученный патогенез розацеа объясняют трудности в лечении и реабилитации пациентов. Согласно международным данным, «золотым стандартом» в терапии данного дерматоза является использование местных и пероральных антимикробных препаратов (группа тетрациклинового ряда, макролиды, нитроимидазолы), системных ретиноидов (изотретиноин от низких до средних доз), местных ретиноидов; в качестве поддерживающей терапии - применение лазера для лечения сосудов, контурное моделирование и хирургические

лечение в тяжелых случаях.

Новым словом в лечении розовых угрей стали исследования последних лет, проводимые в различных странах, которые указывают на эффективность 1% крема пимекролимус в терапии данного заболевания. Пимекролимус селективно ингибирует продукцию и высвобождение цитокинов и медиаторов из Т-лимфоцитов и тучных клеток. Интересно, что по данным зарубежных и российских авторов использование данного препарата позволяет получить достоверное улучшение морфологической структуры кожи больных в виде более однородного рогового слоя, увеличения толщины эпидермиса с четкой линией эпидермо-дермального соединения, более равномерного распределения гиперэхогенных зон, уменьшения площади гипохогенных зон, что особенно важно для пациентов со стероидно индуцированным розацеа [6].

Целью данного исследования была оценка эффективности и переносимости 1% крема пимекролимус в комплексной терапии больных с розацеа, устойчивых к традиционной местной терапии.

Под наблюдением находилось 32 пациента (16 женщин и 16 мужчин) с розацеа в возрасте от 24 до 58 лет у которых предшествовавшее назначение традиционной терапии по поводу данного заболевания оказалось малоэффективным. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 8 лет. При первом приеме все пациенты заполняли индивидуальные опросники и давали согласие на использование данного лечения. В исследовании не участвовали беременные и кормящие женщины, а также пациенты, применявшие глюкокортикостероидные кремы и мази в течение 2 недель до даты включения в исследование. Длительность наблюдения составила 4 недели.

Все больные предъявляли жалобы на наличие высыпаний на коже лица, преимущественно в области носа и щек и периодическую либо стойкую эритему. Из них чувство жжения и дискомфорта отмечало 26 человек (81.2%), ощущения «приливов» 23 человека (72%). 4 человека (12,5%) не предъявляли

жалоб на какие-либо субъективные ощущения.

В процессе опроса и анкетирования удалось установить ряд триггерных факторов с которыми пациенты связывают появление первых признаков заболевания, либо его обострение: инсоляция - 7 человек (21,8%), стресс - 11 человек (34,3%), прием алкоголя - 7 человек (21,8%), резкие перепады температуры (тепловые процедуры) либо смена климатических поясов - 26 человек (81,25%), употребление острой либо пряной пищи - 4 человека (12,5%). На сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастро-дуоденит, язвенная болезнь) указывало 15 пациентов (46,9%). Наличие клещей *Demodex folliculorum* было обнаружено у 18 пациентов (56,25%). На длительное применение наружных ГКС мазей и кремов на область лица в анамнезе указывало 9 пациентов (28,1%).

Для проведения оценки дерматологического статуса исследуемых, применялась шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР) [7] до лечения и через каждые 2 недели от начала лечения до конца исследования. Данная шкала включает качественную оценку выраженности эритемы: 0 — ощутимой эритемы нет; 1 — слабая (легкая); 2 — умеренно выраженная; 3 — тяжелая (сильная); определение количества папул и пустул: 0 — менее 10; 1 — от 11 до 20; 2 — от 21 до 30; 3 — более 30; наличие телеангиэктазий: 0 — отсутствуют; 1 — занимают менее 10% лица; 2 — от 11 до 30%; 3 — более 30%. Также оценивали второстепенные признаки: сухость кожи и наличие шелушения: 0 — сухость отсутствует; 1 — слабая; 2 — умеренная, с незначительным шелушением; 3 — сильная, с выраженным шелушением; субъективных ощущений (чувство жжения и покалывания кожи); наличие отека лица: 0 — отсутствует; 1 — слабый; 2 — умеренный; 3 — сильный; выраженность симптомов офтальморозацеа: 0 — отсутствует; 1 — нерезко выраженная гиперемия; 2 — конъюнктивит; 3 — кератит, язва роговицы, другие выраженные изменения.

Для оценки негативного влияния розацеа на качество жизни пациентов использовался

дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), состоящий из шести основных параметров: симптомы и самочувствие, ежедневная активность, досуг, работа и учеба, личные отношения и лечение. Максимальная сумма баллов, которую можно набрать при оценке данной шкалы составляет 30, а качество жизни пациентов при этом обратно пропорционально количеству баллов.

Нежелательные явления возможные при применении препарата классифицировались по следующей условной шкале: 1 балл — побочный эффект, требующий отмены препарата и применения дополнительных медицинских мероприятий; 2 балла — нежелательный побочный эффект, оказывающий значительное отрицательное влияние на состояние больного, требующий отмены препарата; 3 балла — побочные эффекты, оказывающие влияние на состояние пациента, не требующие отмены препарата; 4 балла — незначительные побочные эффекты, не причиняющие серьезных проблем пациенту и не требующие отмены препарата; 5 баллов — отсутствие побочных эффектов.

Всем больным проводилось исследование кожи лица и ресниц на определение клещей рода *Demodex folliculorum* их личинок и яиц.

Исследуемые пациенты были объединены в одну группу из 32 человек, получавшую комплексную терапию включающую прием метронидазола («Трихопол») внутрь 0,25 г 3 раза в день в течение 14-21 дней, лоратадин по 10 мг 1 раз в день в течение 10 дней, экстракт валерианы по 2 таблетки 2 раза в день и местного нанесения 1 % пимекролимуса («Элидел») 2 раза в день тонким слоем до получения стойкого терапевтического эффекта. Итоговая оценка эффективности и переносимости препарата определялась в конце исследования по следующим критериям: степень эритемы, отека, распространенности и количеству папул, сухости кожных покровов, ощущения жжения, стянутости кожи, приливов, и включала следующие варианты: клиническая ремиссия, значительное улучшение, улучшение, отсутствие эффекта, ухудшение состояния пациента.

Завершило исследование 31 человек: одну пациентку пришлось исключить из выборки в связи с неявкой на контрольные исследования.

По результатам исследования среди больных преобладали пациенты со средней степенью тяжести заболевания — 21 (67,7%), у которых средний балл по ШДОР составил $10,2 \pm 1,2$. Легкая степень тяжести (ШДОР — $6,3 \pm 1,3$) отмечалась у 6 (25,8%) испытуемых, тяжелая папуло-пустулезная (ШДОР — $16,4 \pm 2,1$) — у 4 (12,9%). Спустя 4 недели терапии в исследуемой группе клиническое улучшение в соответствии со ШДОР на 75% и более от исходного уровня наступило у 17 (54,8%) пациентов, на 50—75% от исходного уровня — у 8 (25,8%) и на 25—50% от исходного значения — у 5 (16,1%). Один пациент не показал выраженного изменения по шкале ШДОР более 25%. Переносимость лечения была хорошей, побочных явлений не наблюдалось.

Показатель ДИКЖ до лечения находился на уровне $21,9 \pm 1,8$, что, учитывая максимальный уровень значения показателя равном 30, свидетельствует о значительном снижении качества жизни пациентов и нарушениях социальной функции связанных с распространенным патологическим процессом на лице.

После проведенной терапии 1% кремом пимекролимус в составе комплексного лечения отмечается существенное понижение значения ДИКЖ уровень которого составил $4,5 \pm 1,8$, что означает улучшение качества жизни больных розацеа, что соответствовало динамике клинического улучшения состояния кожи лица пациентов. С учетом имеющихся литературных данных, касающихся эффективности стандартной терапии, включение в комплексную терапию крема пимекролимус показало сравнительно лучшие результаты, хотя для окончательных выводов требуется продолжение данных

исследований с целью дальнейшего проведения статистической обработки результатов.

Таким образом, в результате комплексной терапии у больных розацеа было констатировано значительное уменьшение индекса ШДОР и ДИКЖ в группе независимо от возраста, что свидетельствует об эффективности 1% крема пимекролимус при лечении розацеа. Также основными преимуществами применения наружных ингибиторов кальциневрина в сравнении со стандартными методами лечения, в частности с наружными ретиноидами и антибактериальными препаратами, является низкая частота развития побочных эффектов и, как следствие, возможность их длительного применения в процессе лечения.

Литература

1. Адаскевич, В.П. Акне вульгарные и розовые. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 160 с.
2. Detmar M. The role of VEGF and trombospondins in skin angiogenesis // *J Dermatol.* - 2000. - Vol.24. - P.78—84
3. Курдина М.И., Потекаев Н.Н., Самгин М.А. Розацеа (учебное пособие). М., 1999; 24 с.
4. Wikowski J.B., Goldman M.P. Rosacea: where are we now? // *J Drugs dermatol.* - 2004. - N.3. - P.251—261
5. Курдина М.И. Розацеа (этиология, патогенез, клиника, лечение) // *Эстетическая медицина.* - 2005. - N.3. - P.55—57.
6. Додина М. И. Клинические, иммунологические и морфологические взаимосвязи у больных розацеа на фоне лечения пимекролимусом // Автореф. ... канд. мед. наук. - М., 2011. - 25 с.
7. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии.: Н. Новгород: Медицинская книга, 2004. - С.118—120.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В 2006-2012 ГОДЫ

Навроцкий А.Л., Бондарь С.Ю., Агаларова А.Г.
 Белорусский государственный медицинский университет
 г.Минск, Республика Беларусь

Реферат

Ключевые слова: сифилис, заболеваемость, эпидемиология.

В целях определения современных особенностей проведен ретроспективный статистический анализ заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь за период с 2006 по 2012 гг. Заболеваемость снизилась в 2,6 раза, а количество вновь выявленных больных стало менее 1000 случаев. В 2012 году зарегистрировано 977 случаев, что составило 10,3 случая в расчете на 100 тыс. населения. В 2006-2012 гг. в Республике Беларусь наблюдалась тенденция «постарения» си-

филиса: доля лиц 30 лет и старше достигла 62,7%. Возросло число сельских жителей, которые составили 39,4%. Прошедший период характеризовался уменьшением числа случаев врожденного сифилиса, который с 2011 года не регистрировался. В то же время возросло число больных с нейросифилисом и поздними формами сифилиса.

Abstract

Keywords: syphilis, incidence, epidemiology

Retrospective analysis of the incidence and prevalence of syphilis in The Republic of Belarus between 2006 and 2012 was performed in order to define its modern features. The incidence has decreased 2.6 times and the number of new cases has become less than 1000. In 2012 - 977 sick were detected, 10.3 per 100.000 population. The percentage of the age group of 30 years old and older has reached 62.7%. In the period 2006-2012 the percentage of villagers

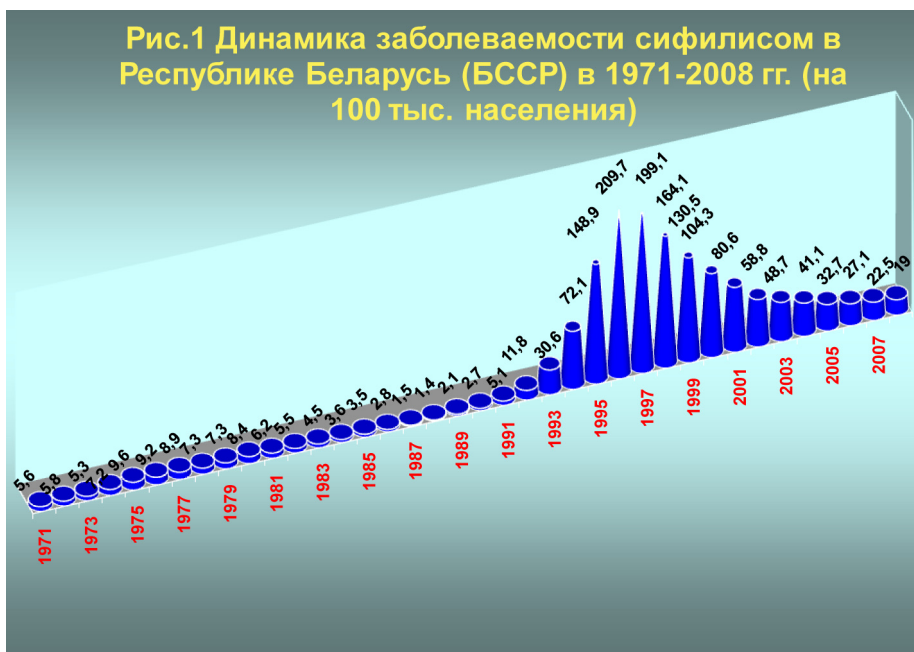


Таблица 1. Удельный вес больных различными формами сифилиса сельских жителей от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний сифилисом в РБ в 2006 и 2012 гг. (в %)

Формы заболевания	Сифилис, все формы		Первичный		Вторичный		Ранний		Прочий	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Число случаев у сельских жителей	34,8	39,4	40,6	41,8	36,7	29,5	34,2	36,7	27,7	30,2

has increased by 4.6% and reached 39.4%. This period also has been marked by the decreasing in reported cases of congenital syphilis, which has not been detected from 2011. At the same time, the number of patients with neurosyphilis and late stage syphilis have increased insignificantly.

Введение. По данным ВОЗ ежедневно в мире заражается какой-либо из инфекцией, передаваемых половым путем (ИППП), более 1 миллиона человек. При этом 25% приходится на хламидиоз, гонорею, сифилис или трихомониаз. Проблема заболеваемости ИППП всегда была актуальной и для населения Республики Беларусь. Однако приоритеты в отношении отдельных заболеваний со временем менялись. Так, заболеваемость сифилисом в БССР до конца 80-х годов 20 века оставалась на низком уровне [1]. В то же время начало 90-х годов характеризовалось очень быстрым ростом и чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости (рис. 1).

Предпринятые Министерством здравоохранения РБ активные меры по анализу эпидемиологической ситуации и борьбе с сифилисом позволили постепенно взять заболеваемость под контроль. Однако совершенно очевидно, что эффективная профилактика сифилиса требует постоянного мониторинга и выявления текущих особенностей заболеваемости, что позволяет считать настоящее исследование весьма актуальным.

Цель. Провести анализ заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь в 2006-2012 годы. Определить ее особенности и тенденции.

Материал и методы. Проведен ретроспективный статистический анализ официальных годовых отчетов Минского город-

ского и областных кожно-венерологических диспансеров.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь за период с 2006 по 2012 гг. снизилась в 2,6 раза, в том числе в Могилевской области – в 4,1 раза, в Витебской области в 3,7 раза, в Минской – в 3,5 раза, г.Минске – в 3,4 раза, Гомельской области – в 1,9 раза и Брестской и Гродненской – в 1,4 раза. В 2012 году в целом по РБ выявлено 977 случаев сифилиса, что составило 10,3 случая в расчете на 100 тыс. населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в Гомельской области (17,1 случая на 100 тыс. населения), самый низкий – в г.Минске (5,2). На протяжении анализируемого периода из семи регионов республики более трети всех больных сифилисом было зарегистрировано в двух областях. Так, вновь выявленные больные сифилисом из Витебской и Гомельской областей суммарно в 2006 г. составили 42,3%, а в 2012 г. – 41,6%.

За анализируемый семилетний период наблюдалась тенденция «постарения» сифилиса. Постепенно нарастал удельный вес старших возрастных групп. Так, доля подростков 15-17 лет снизилась в 2,3 раза, лиц 18-19 лет – в 1,9 раза, 20-29 лет – в 1,4 раза. В то же время удельный вес лиц 30 лет и старше возрос в 1,4 раза и составил 62,7%.

Среди молодежи 15-29 лет также произошло перераспределение значимости больных разного возраста с тенденцией его возрастания. Так, если в 2006 г. больных 15-17 лет было в 2 раза меньше, чем 18-19-летних, то в 2012 г. этот показатель составил 2,5 раза. Если в 2006 г. больных 18-19 лет было в 6,4 раза меньше, чем 20-29-летних, то в 2012 г. – соответственно в 9,1 раза (рис. 2).

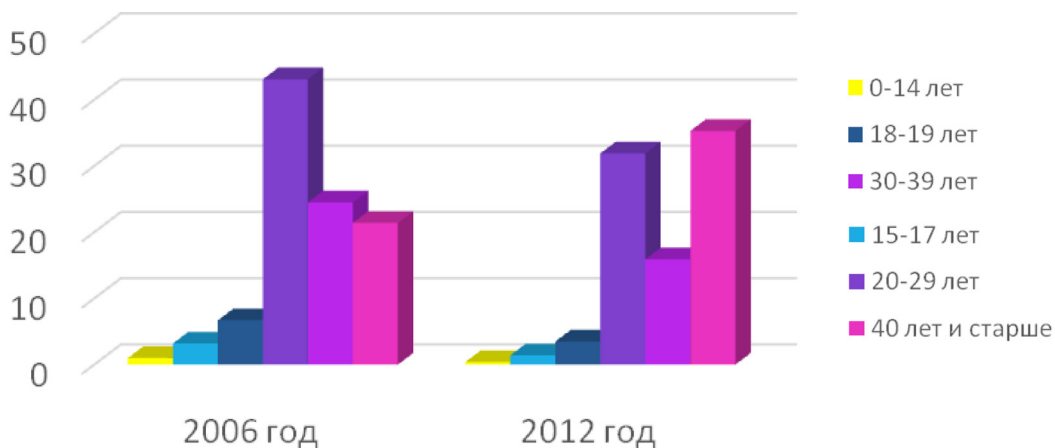


Рис 2. Возрастная структура заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь в 2006 и 2012 гг. (в %).

В 2006-2012 гг. сохранилась особенность, появившаяся в начале 2000-х годов, на высокий удельный вес раннего скрытого сифилиса (52% в 2006 г. и 49% в 2012 г.). Прошедший период характеризовался также уменьшением числа случаев врожденного сифилиса, который с 2011 года уже не регистрировался. В то же время возросло число больных с нейросифилисом и поздними формами сифилиса. Так, нейросифилис в 2006 г. составил 0,4%, а в 2012 – 1,9%, поздний сифилис соответственно 1,4% и 8,7%, скрытый сифилис, неуточненный, как ранний или поздний, соответственно 1,2% и 2,1%.

За период 2006-2012 доля сельских жителей от общего числа больных сифилисом возросла на 4,6% (таб.1).

За анализируемый период возросла роль в выявлении сифилиса медицинских организаций (активно выявлено 94,8% больных), особенно кожно-венерологического профиля. Дерматовенерологи в 2012 г. выявили 37,5% больных, что больше на 3,8%, чем в 2006 г. Из этих больных 4,9% выявлено в кабинетах анонимного обследования и лечения ИППП.

Очень важную роль в выявлении сифилиса играли стационары всех профилей. При обследовании на сифилис в стационарах в 2012 г. выявлен каждый четвертый больной,

что больше на 4,1%, чем в 2006 г.

В то же время уменьшилась доля больных, выявленных акушерами-гинекологами. Однако из медицинских служб акушерско-гинекологическая служба по-прежнему играла очень большую роль в выявлении сифилиса. Так, в 2012 г. акушерами-гинекологами выявлено 9,6% от всех случаев сифилиса в республике (урологи выявили 3,1%). При обследовании беременных было выявлено 4,3% от всего сифилиса в республике. При этом возросла роль обследования во всех триместрах беременности (таб.2).

Важную противоэпидемическую роль играло обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больными различными формами сифилиса. Так, в 2006 г. и 2012 г. среди них было выявлено соответственно 15,8% и 16,2% больных сифилисом. Незначительную роль в эпидемическом процессе играл бытовой путь заражения сифилисом. Он в 2006 г. составил 1,3%, а в 2012 г. – 0,6%.

Выводы:

Заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь за период с 2006 по 2012 гг. снизилась в 2,6 раза, в том числе больше всего в Могилевской области – в 4,1 раза.

Впервые с начала 90-х годов количество

Таблица 2. Удельный вес женщин больных сифилисом, выявленных на различных сроках беременности от общего числа беременных больных сифилисом в Республике Беларусь в 2006 и 2012 гг. (в %)

Сроки беременности	Доля женщин в 2006 г.	Доля женщин в 2012 г.
Все сроки	100,0	100,0
В первом триместре	40,9	47,6
Во втором триместре	18,8	21,4
В третьем триместре	8,7	14,3
У рожениц	4,0	7,1
При направлении на аборт	27,6	9,6

вновь выявленных больных сифилисом снизилось менее 1000 случаев. В 2012 году в целом по РБ было зарегистрировано 977 больных, что составило 10,3 случая в расчете на 100 тыс. населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в Гомельской области (17,1 случая на 100 тыс. населения).

В 2006-2012 гг. в Республике Беларусь наблюдалась тенденция «постарения» сифилиса. Доля подростков 15-17 лет снизилась в 2,3 раза, лиц 18-19 лет – в 1,9 раза, 20-29 лет – в 1,4 раза на фоне роста удельного веса лиц 30 лет и старше, которые составили 62,7%.

За период 2006-2012 доля сельских жителей от общего числа больных сифилисом возросла на 4,6% и составила 39,4%.

Прошедший период характеризовался также уменьшением числа случаев врожденного сифилиса, который с 2011 года не регистрировался. В то же время возросло число больных с нейросифилисом и поздними формами сифилиса.

За прошедшие годы укрепилась тенденция роста значимости активного пути выявления сифилиса медицинскими организациями, что вероятно в определенной степени связано с высоким уровнем заболеваемости ранним скрытым сифилисом (52% в 2006 г. и 49% в 2012 г.). Так, если в 2006 г. самостоятельно обратились к врачу 8,3%, то в 2012г. – лишь 5,2%).

Помимо дерматовенерологов, которые выявили в 2012 г. 37,7% случаев сифилиса, очень важную роль в выявлении сифилиса играли стационары всех профилей. При обследовании на сифилис в стационарах в 2012 г. выявлен каждый четвертый больной.

Из всех медицинских служб, в дополнение к кожно-венерологической, акушерско-гинекологическая служба играла самую большую роль в выявлении сифилиса. Так, в 2012 г. женскими консультациями было выявлено 9,6% от всех случаев сифилиса в РБ. В том числе при обследовании беременных было выявлено 4,3% сифилиса в республике.

Важную противоэпидемическую роль играло обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса. В 2006 г. и 2012 г. среди них было выявлено соответственно 15,8% и 16,2% больных сифилисом.

Литература

1. Навроцкий А.Л. Национальная стратегия и задачи по усилению контроля и профилактики инфекций, передаваемых половым путем // Матер. Междунар. науч.-практ. конф. «Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем», Гродно, 2005. Оупбл. Рецпт.- 2005.- С.11-16.

Руферон-Рн

ИНТЕРФЕРОН α -2b СУППОЗИТОРИИ

500 000 ME и 1 000 000 ME

1 раз в день

В два раза доступнее стоимость курса лечения

Удобство пациентов

Повышение приверженности пациентов к лечению

Руферон-Рн –
единственный
интерферон в свечах,
применяемый
1 раз в день

2



РУБИКОН
www.rubikon.by

Лекарственное средство.
Ознакомьтесь с инструкцией
по применению.

■ ДЕТЕКЦИЯ *C. TRACHOMATIS* НА ТВЕРДОФАЗНОМ АНАЛИТИЧЕСКОМ НОСИТЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЛУОРЕСЦЕНТНЫХ ИММУНОМАГНИТНЫХ МИКРОСФЕР

¹Асташонок А.Н., ¹Рубаник Л.В.,

²Квасюк А.А., ¹Полещук Н.Н.

¹ГУ Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии, Минск, Беларусь

²Институт химии новых материалов Национальной Академии Наук, Минск, Беларусь

Реферат. Создан аналитический “микрочип”, позволяющий определять *C. trachomatis* в пробах биологического материала с использованием конъюгатов флуоресцентных иммуномагнитных микросфер. Модификация магнитных микросфер и “микрочипа” биомолекулами, блокирующими неспецифическую адсорбцию, и иммобилизация аффинных противохламидийных антител на их поверхности позволило селективно связывать и концентрировать частицы возбудителя на микросферах, а наличие флуоресцентной метки повысило чувствительность метода оптической детекции. Приведены экспериментальные данные, свидетельствующие о возможности обнаружения *C. trachomatis* при низких титрах с помощью нанотехнологических подходов.

Ключевые слова: *C. trachomatis*, иммуномагнитная сепарация, детекция.

DETECTION *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* ON THE SOLID-PHASE ANALYTICAL CARRIER WITH USING FLUORESCENT IMMUNOMAGNETIC MICROSPHERES

¹Astashonok A. N., ¹Rubanik L.V.,

²Kvasuk A. A., ¹Poleshchuk N.N.

¹Republican Research & Practical Centre for Epidemiology and Microbiology, Minsk, Belarus

²Institute of Chemistry of New Materials of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk, Belarus

Abstract. Designed prototype of the analytical sensor carrier – “microchip”, which allow carrying out the presence *C. trachomatis* in samples of biological material with using conjugates of fluorescent immunomagnetic microspheres. Modification of magnetic beads by biomolecules, blocking nonspecific adsorption, and immobilization on their surface anti-chlamydial antibodies increased the capacity magnetic “carrier” to selectively bind and concentrate the chlamydial particles in bioprobe, while the presence of fluorescent label increased the sensitivity of the method of optical research. The obtained experimental data indicate the possibility of detection *C. trachomatis* by using nanotechnological approaches.

Keywords: *C. trachomatis*, immunomagnetic separation, detection.

Введение. *Chlamydia trachomatis* – патоген, вызывающий широкий спектр заболеваний различных органов и систем человека. Сложный жизненный цикл развития возбудителя, способность к L-подобной трансформации с формированием aberrантных и дефектных морфотипов частиц осложняет диагностику хламидийной инфекции [1,2].

В последние годы для детекции различных патогенов активно разрабатываются и используются на основе биочиповых технологий диагностические устройства, которые не только позволяют уменьшить трудоемкость проведения анализа, но и с высокой чувствительностью и воспроизводимостью определять различные компоненты биопробы (специфические белки, нуклеиновые кислоты и т.д.) [3]. Традиционно, для считывания сигнала с сенсорной поверхности в качестве меток используют органические флуоресцирующие красители. Однако недостатком их использования является низкая фотостабильность и вероятность появления неспецифического флуоресцентного фона. Применение полупроводниковых наночастиц повышает интенсивность сигнала флуоресценции, что позволяет визуализировать единичные биомолекулы [3].

Одним из приоритетных направлений в лабораторной диагностике является разработка высокоэффективных методов концентрирования возбудителей в исследуемом материале и их селективного выделения при проведении бактериологических или вирусологических исследований. Наиболее перспективным методом концентрирования и идентификации микроорганизмов является применение метода иммуномагнитной сепарации [4].

Данный метод широко применяется в медико-биологических исследованиях для идентификации специфических антигенов, очистки и концентрирования клеточных суспензий и биологических образцов. Основной принцип магнитной сепарации заключается в использовании конъюгатов магнитных частиц со специфическими антителами, маркерными белками либо иными лигандами, иммобилизованными на поверхности, что обуславливает высокоэффективное распознавание антигенов и других целевых молекул, их узнавание и выделение для последующего анализа. Тем не менее, в настоящее время в литературе отсутствуют сведения об использовании тест-систем на основе функционально-активных магнитных частиц для диагностики хламидийной инфекции. Таким образом, актуальной задачей остается разработка новых чувствительных и специфичных методов детекции и идентификации *C. trachomatis*.

Цель работы. Сконструировать аналитический “микрочип” для определения *C. trachomatis* в биоматериале с использованием конъюгатов иммуномагнитных частиц, содержащих флуоресцентную метку.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования использовали первичный соскобный материал 20 пациентов (n=20) с урогенитальной хламидийной инфекцией, а также образцы клинического материала 15 пациентов (n=15), в котором наличие возбудителя – *C. trachomatis* не было подтверждено ни культуральным методом, ни результатами ПЦР. Материал предварительно вносили в транспортную среду, обеспечивающую выживание *C. trachomatis* при

транспортировке и хранении (-20 °С, 1-2 суток). С целью удаления избытка клеточного “дебриса” при изоляции возбудителя и повышения концентрации хламидийных частиц во внеклеточной среде предварительную пробоподготовку исследуемых биопроб проводили с помощью двух альтернативных методик: 1 – по методу Козловой В.И., Пухнер А.Ф. [5]; 2 – по методу, предложенному в работе E. Wahistrom et al. [6].

В качестве положительного контроля использовали штамм *C. trachomatis* СТ-869 – депонент В-04/2012 от 10.10.2012 г. специализированной коллекции вирусов и бактерий ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии» (Минск, РБ). Данный штамм (титр - 5 lg ТЦД₅₀/мл) прошел серию предварительных пассажей в культуре клеток McCoу. Контроль инфекционного процесса осуществляли с помощью ПЦР (тест-система АмплиСенс *Chlamydia trachomatis* – Ерн ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора», Россия) и методом флуоресцирующих антител (тест-система «ХламиСкан», ЛабДиагностика, Россия). В качестве отрицательного контроля в эксперименте использовали интактную 2-3-х суточную культуру клеток McCoу.

Основой (матрицей) для создания “микрочипа” являлись стандартные предметные трехлуночные или восьмилуночные стеклянные планшеты. Модификация поверхности планшетов включала проведение двух основных этапов: химическую очистку их поверхности и формирование силоксанового слоя путем обработки 3-аминоприпропилтриэт оксисиланом (АПТЭС). С целью получения сенсорных покрытий далее на стеклянную поверхность последовательно из водных растворов осаждали карбоксиметилдекстран (КМД) и авидин (1 мг/мл) (A9275, Sigma, США), после чего осуществляли целенаправленную иммобилизацию в заданные лунки “микрочипа” поликлональных противохламидийных антител (PA1-27223, ThermoFisher Scientific, США), направленных к различным поверхностным антигенам *C. trachomatis*. Для контроля эффективности использования сконструированного “микрочипа” результаты анализа оценивали только спустя выполне-

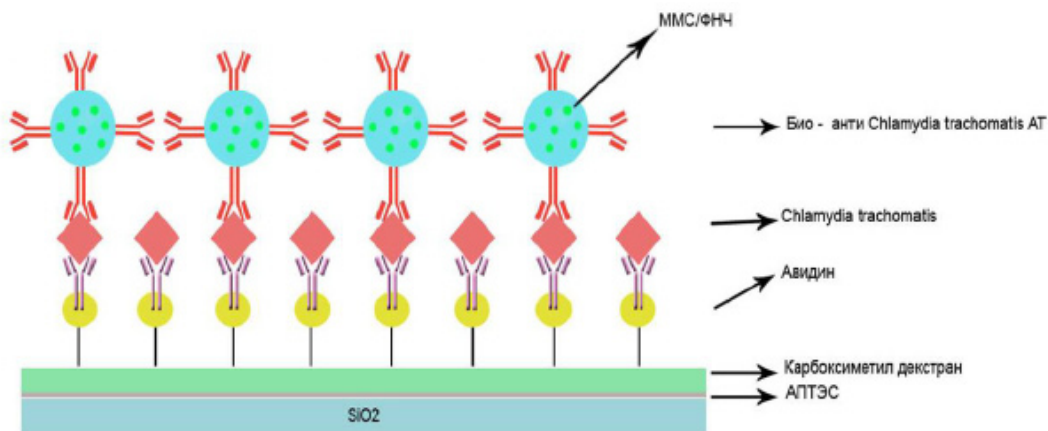


Рисунок 1 – Принципиальная схема обнаружения *C. trachomatis* на сконструированном аналитическом “микрочипе”

ния не менее 8-10 аналогичных серий экспериментов, включая использование в работе неактивированных противохламидийными антителами лунок “микрочипа”.

Для определения возбудителя использовали композиционные флуоресцентные иммуномагнитные микросферы (ММС), которые получали методами коллоидной химии. С целью исключения неспецифического связывания оболочку ММС модифицировали КМД, затем проводили активацию поверхности магнитного носителя через авидин-биотиновую связь биотинилированными противохламидийными антителами. Учет результатов осуществляли на флуоресцентном микроскопе «Nikon E50i» (Япония) при возбуждающем свете с длиной волны 490 нм и фильтром на 520-540 нм. Статистический анализ данных проводили с использованием программного обеспечения Statistica 6.0 (StatSoft Inc.). Для анализа вида распределения данных в выборках использовали критерий нормальности Шапиро-Уилка. Количественные признаки при нормальном распределении представляли в виде $M(s)$ (среднее арифметическое и среднее квадратическое отклонение) или в виде M_e (25%; 75%) (медiana и интерквартильный размах) при распределении отличном от нормального. Для анализа взаи-

мосвязи между показателями использовали U-критерий Манна-Уитни, непараметрический двусторонний коэффициент корреляции Спирмена (r_s). Для сравнения двух независимых выборок использовался t-критерий Стьюдента и точный двусторонний критерий Фишера. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Принципиальная схема обнаружения *C. trachomatis* в пробах биологического материала на сконструированном аналитическом “микрочипе” с использованием конъюгатов композиционных ММС представлена на рисунке 1. В исследуемую биопробу, содержащую *C. trachomatis*, вносили флуоресцентные магнитные частицы, покрытые противохламидийными антителами. Если на поверхности возбудителя имеются антигены, специфичные иммобилизованным на магнитном носителе антителам, то происходит достаточно прочное связывание частиц *C. trachomatis* на ММС в участке контакта с противохламидийными антителами. После процедур отмывки образцы ММС наносили в определенные лунки “микрочипа”, предварительно активированные поликлональными антителами к *C. trachomatis*. Далее проводилась тщательная отмывка лунок, при кото-

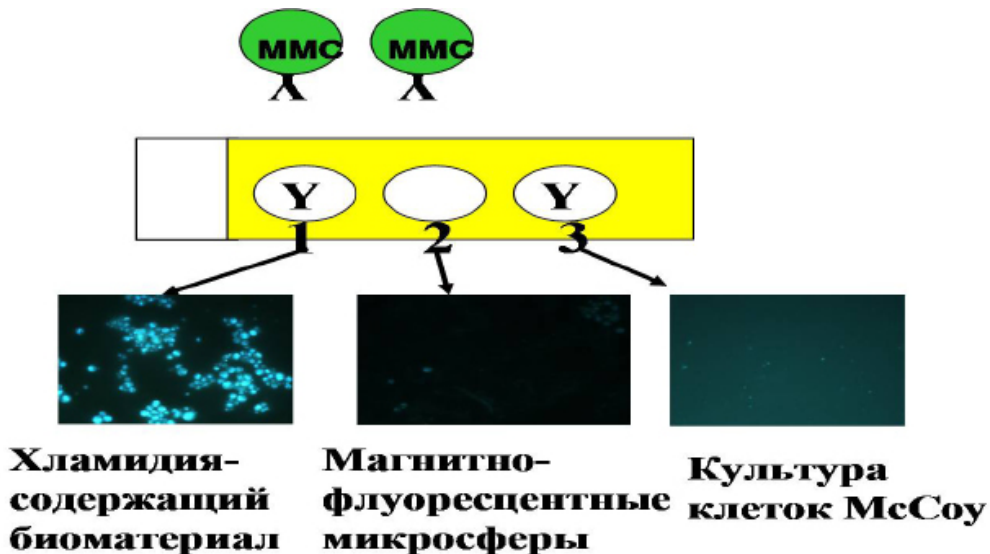


Рисунок 2 – Результат определения *C. trachomatis* в пробах биологического материала с помощью флуоресцентных иммуномагнитных микросфер. В качестве контроля для исключения возможности неспецифического связывания использованы: 1 – конъюгаты флуоресцентных ММС, вносимые на неактивированную противохламидийными антителами лунку “микрочипа”; 2 – интактная культура клеток McCoу

рой происходило удаление неспецифически адсорбированных компонентов и на “микрочипе” оставались только целевые частицы возбудителя, связавшиеся с иммуномагнитными частицами. Наличие флуоресцентной метки на поверхности магнитных микросфер позволило верифицировать *C. trachomatis* в исследуемом образце с помощью люминесцентной микроскопии (рис. 2).

Эффективность ММС для детекции возбудителя была подтверждена и в других сериях экспериментов. С использованием штамма *C. trachomatis* СТ-869 были отработаны различные условия инкубации инфекционного биоматериала с конъюгатами флуоресцентных иммуномагнитных частиц для последующей оценки результатов с помощью люминесцентной микроскопии. Первоначально, проводили оценку эффективности различных вариантов пробоподготовки биопробы для обнаружения *C. trachomatis* методом флуоресцирующих антител (рис. 3 А-Б). Как видно из представленного рисунка предвари-

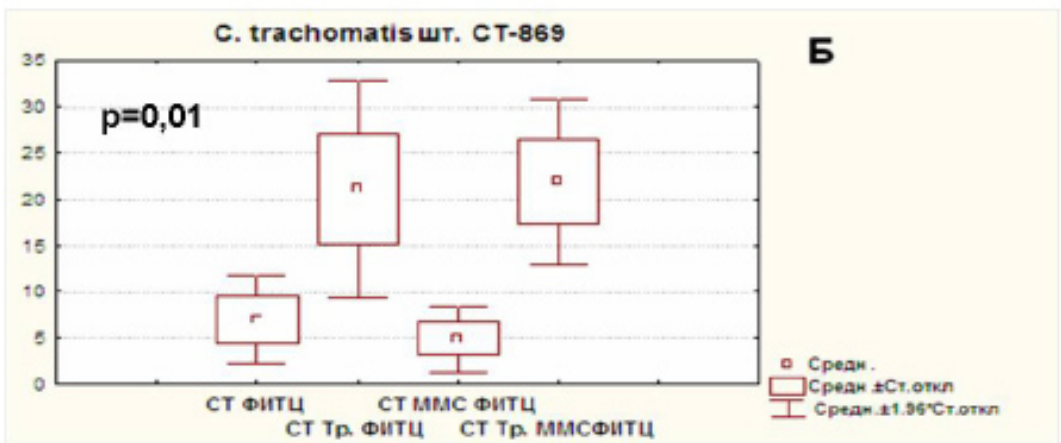
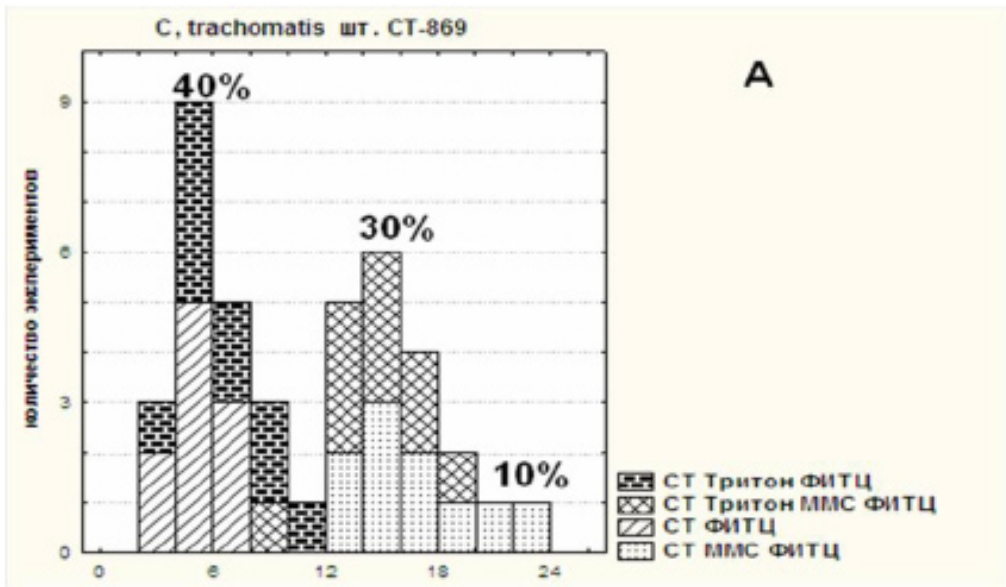
тельная обработка биоматериала тритоном X-100 приводила к статистически достоверному увеличению количества хламидийных частиц ($U=159,0$; $r_s=0,64$; $p=0,5$) во внеклеточной среде по сравнению со стандартными методами пробоподготовки, что далее подтверждалось результатами анализа как с использованием ФИТЦ-меченных антител к *C. trachomatis*, так и данными иммуномагнитной сепарации возбудителя.

Далее проводили оценку эффективности использования иммуномагнитных частиц в качестве “носителей” для концентрирования *C. trachomatis*. Результаты представлены на рис. 4. Успешное селективное связывание флуоресцентными ММС *C. trachomatis* (лабораторный штамм СТ-869) из культуральной среды продемонстрировано как при использовании цельного (неразведенного) хламидия-содержащего биоматериала, полученного при обработке тритоном X-100, так и при разведениях используемой биопробы - 1:2, 1:4 ($p<0,05$), соответственно.

Рисунок 3 – Эффективность обнаружения *C. trachomatis* методом флуоресцирующих антител после обработки биопробы тритоном X-100

А – График зависимости между предварительной подготовкой биоматериала (штамм *C. trachomatis* СТ-869) по методу предложенному Козловой В.И. и по альтернативному методу E. Wahstrom с использованием тритона X-100. Результаты оценены в 9 независимых повторах

Б – Взаимосвязь между различными вариантами пробоподготовки биопробы и детекцией *C. trachomatis* методом флуоресцирующих антител. По оси ординат показано усредненное количество частиц возбудителя, обнаруженных в каждой из серий эксперимента



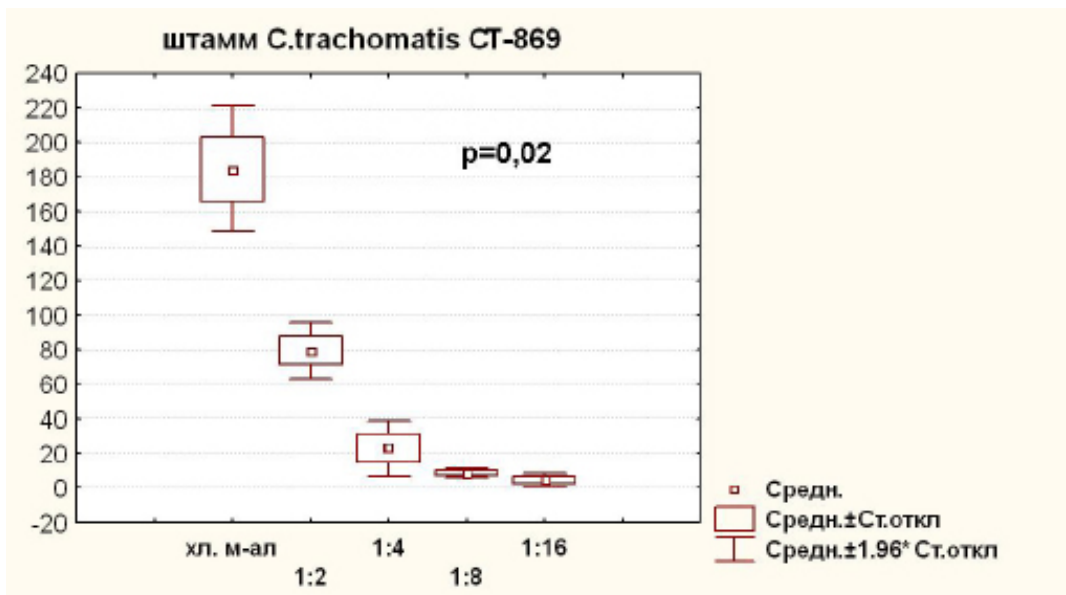
Полученные результаты свидетельствуют, что конъюгаты ММС способны связываться и концентрировать возбудитель на своей поверхности. Это позволяет проводить его индикацию с использованием люминесцентной микроскопии.

В последующих сериях экспериментов была продемонстрирована эффективность использования сконструированного “микрочипа” для детекции *C. trachomatis* в различных пробах биологического материала, в том числе первичном соскобном материале, полученным от пациентов с урогенитальной патологией. Результаты показали, что конъюгаты магнитных частиц позволяют селективно концентрировать возбудитель на “микрочипе” только в тех биопробах (соскобном материале), в которых его наличие было подтверждено культуральным методом или ПЦР. В то же время при исследовании контрольных образцов – интактной культуры клеток McCoу

возбудитель не был обнаружен. Исходя из полученных данных можно утверждать, что адсорбция хламидийных частиц на “микрочип” (рис. 2) происходила лишь в том случае, когда ММС содержали на своей поверхности аффинные антитела *C. trachomatis*. В то же время, отсутствие противохламидийных антител на магнитном носителе или использование неактивированных лунок микрочипа препятствовала иммобилизации ММС и возбудителя на сенсорную поверхность. Следовательно, иммуномагнитные частицы осуществляли селективное концентрирование *C. trachomatis* из исследуемого материала и одновременное освобождение от неспецифически связавшихся компонентов биопробы только на тех лунках “микрочипа”, которые были предварительно активированы противохламидийными антителами.

Несмотря на существующий арсенал применяемых методов в клинической практи-

Рисунок 4 – Связь между предварительным разведением хламидия-содержащего биоматериала (штамм *C. trachomatis* СТ-869) и его селективным концентрированием с использованием конъюгатов флуоресцентных иммуномагнитных частиц. По оси ординат показано усредненное количество ММС, способное специфически связываться с *C. trachomatis* на поверхности “микрочипа” при различных разведениях исходного штамма возбудителя



ке лабораторная диагностика хламидийной инфекции по-прежнему достаточно сложна. В последние годы в различные области биологии и медицины активно внедряются новые методы анализа, основанные на применении флуоресцентных полупроводниковых наночастиц или нанокристаллов (НК), обладающих уникальными физико-химическими и фотолюминесцентными свойствами. Благодаря высокой яркости, фотостабильности, возможности регистрации флуоресценции по всему оптическому диапазону и доступности НК существенно превосходят органические флуоресцентные красители, ранее традиционно использовавшиеся в качестве контрастирующих агентов для специфической визуализации различных биологических объектов и селективного мечения молекулярных мишеней. Ранее нами были показаны результаты [7], свидетельствующие о возможности обнаружения *C. trachomatis* в исследуемом биологическом материале с помощью разработанных конъюгатов флуоресцентных наночастиц.

Таким образом, в представленной работе продемонстрировано, что использование конъюгатов композиционных иммуномагнитных ММС позволяет селективно извлекать *C. trachomatis* из проб биологического материала, а наличие интенсивно-светящейся метки на поверхности магнитного носителя повышает чувствительность флуоресцентного метода исследования.

Выводы. Создан аналитический “микрочип”, который позволяет проводить индикацию *C. trachomatis*. Методом иммуномагнитной сепарации с использованием ММС, покрытых биосовместимой оболочкой и конъюгированных с афинными противохламидийными антителами продемонстрирована возможность извлечения *C. trachomatis* из биологического материала. Полученные конъюгаты ММС с флуоресцентной меткой

перспективно использовать при разработке нового поколения высокочувствительных и специфичных тест-систем для детекции и идентификации *C. trachomatis* не только при острой, но и персистентной форме инфекции.

Литература

1. Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем / В.П. Адаскевич. – Н. Новгород : Медицина, 2001. – 145 с.
2. AbdelRahman, Y. The chlamydial developmental cycle / Y. AbdelRahman, R. Belland // FEMS Microbiol. Rev. – 2005. – Vol. 29. – P. 949-959.
3. Оптическая микроскопия в исследовании структуры и функций биологических объектов / И.В. Балалаева [и др.]; под общ. ред. И.В. Балалаевой. – Н. Новгород : Нижегородский госуниверситет, 2012. – 58 с.
4. Биочипы для медицинской диагностики / В.Р. Четкин [и др.] // Российские нанотехнологии. – 2006. – №1. – С. 13-27.
5. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. – Москва : Триада-Х, 2003. – 439 с.
6. Processing of McCoy cell cultures infected with *Chlamydia trachomatis*: sequential isolation of chlamydial elementary bodies and lipopolysaccharide / E. Wahistrom [et al.] FEMS Microbiol. lett. – 1984. – Vol. 24. – P. 179-183.
7. Полещук, Н.Н. Нанотехнологические подходы для изучения структурной организации *Chlamydia trachomatis* и детекции возбудителя с применением функционально-активных наночастиц / Полещук Н.Н., Асташонок А.Н., Рубаник Л.В., Жавнерко Г.К. // Здравоохранение. – 2012. - №11. – С.33-38.

РУМИЗОЛ

МЕТРОНИДАЗОЛ 500 МГ / МИКОНАЗОЛ 100 МГ

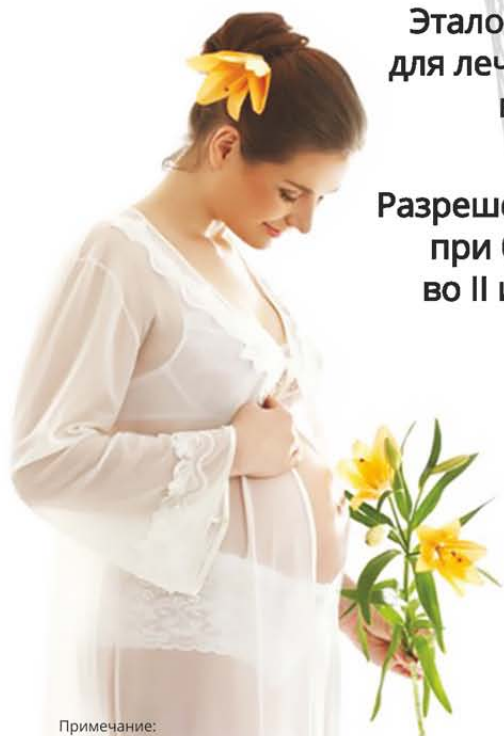
АБСОЛЮТНАЯ ПОБЕДА НАД ВАГИНИТАМИ!

№1

Препарат №1 среди производных метронидазола для местного применения в гинекологии¹

Эталонный препарат для лечения всех типов вагинитов

Разрешен к применению при беременности во II и III триместре²



Примечание:

1 - по объему продаж в упаковках по данным компании Pharmexpert

2 - инструкция по применению «Румизол», клинические протоколы в акушерстве 2012 г. раздел производные метронидазола



Пер. уд. МЗ РБ №10/08/1783 от 24.08.2010 г.



РУБИКОН
www.rubikon.by

Лекарственное средство.
Ознакомьтесь с инструкцией
по применению.

■ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ТЕНДЕНЦИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИППП В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (2009 – 2013 ГГ.)

^{1,2} Воробьева П.И., ¹Торшина И.Е.,

²Тарасова Н.Н.

¹ГБОУ ВПО СГМА Минздрава России

²СОКВД, г. Смоленск, Россия

Резюме. Проведен анализ динамики заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) за период 2009-2013 гг в Смоленском регионе. Показано, что Смоленская область отражает общие тенденции распространения ИППП в России. Заболеваемость «классическими» ИППП за наблюдаемый период плавно снижается. Для других ИППП (урогенитальная папилломавирусная инфекция (УГПВИ), уrogenитальный герпес (УГГ), уrogenитальный хламидиоз (УГХ)) отмечается подъем заболеваемости.

Ключевые слова: ИППП, эпидемиология, заболеваемость.

Summary

Analysis of the epidemiological situation and dynamic of sexual transmitted diseases (std) in smolensk region (2009-2013)

^{1,2} Paulina I. Vorobeva, ¹Irina E. Torshina, ²Nataly N. Tarasova

¹Smolensk State Medical Academy

²Smolensk Regional dermatovenerology dispensary

Smolensk, Russia

The article presents an analysis the dynamics of the morbidity rate for STDs for the period of 2009-2013 in Smolensk region. It is shown that the Smolensk region reflects the general trend of STIs in Russia. The incidence of "classic" STDs for the observed period gradually decreases. For other STDs (urogenital papilloma viral infection, urogenital herpes, urogenital chlamydia infection) marked rise in incidence.

Key words: STDs, epidemiology, morbidity rate.

Введение. Понятие «Инфекции, переда-

ваемые преимущественно половым путем» (ИППП) впервые фиксируется в документах ВОЗ в 1982 году и объединяет группу гетерогенных по основным характеристикам инфекций с преимущественно половым путем передачи.

В настоящее время понятие ИППП помимо классических венерических болезней включает и, так называемые, болезни т.н., нового поколения – хламидиоз, микоплазмоз, папилломатоз, герпетическую и ВИЧ-инфекцию. ИППП включены в перечень социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих [1].

Смоленская область – субъект Российской Федерации, входящий в состав Центрального Федерального округа РФ. Территориально Смоленский регион является западной границей РФ, граничит с Московской, Калужской, Брянской, Псковской и Тверской областями России, а также с Могилёвской и Витебской областями Республики Беларусь.

В Смоленскую область входят 25 муниципальных районов. Общая площадь Смоленской области составляет – 49 778 км². По данным Росстата, численность населения Смоленской области за последние 5 лет имеет стойкую тенденцию к снижению:

в 2009 г - 985 537 человек

в 2011 г – 982 887 человек

в 2012 г – 980 482 человек

в 2013 г – 975 188 человек,

и одним из обстоятельств, определяющим направления демографического развития воспроизводственных процессов. Несмотря на некоторые успехи медицины в диагностике и лечении ИППП, эта группа заболеваний является одной из самых частых причин бесплодия, преждевременных родов, также оказывая негативное влияние на репродукцию населения [2].

Цель. Провести адекватный анализ эпидемической ситуации по ИППП в условиях Смоленской области на основе достоверной статистической информации для последующего контроля и эффективной профилактики

ИППП среди населения региона.

Материалы и методы. Клинико-эпидемиологический анализ многолетней (2009-2013 гг) заболеваемости ИППП на базе ОГБУЗ Смоленского КВД проведен на основе сплошной выборки экстренных извещений, амбулаторных карт больных и данных ежегодного статистического учёта населения области по возрастам: изучено 11982 всех первичных случаев ИППП.

Результаты и обсуждение. Сравнительный многолетний анализ заболеваемости «классическими» ИППП показал плавное их снижение (Табл. 1, 2).

Анализ данных по соотношению клинических форм сифилиса в общей структуре заболеваемости выявил тенденцию постоянного увеличения доли скрытых форм сифилиса (65-70%); стабильные данные по числу больных с вторичным сифилисом кожи и слизистых с давностью заболевания более 6 месяцев на фоне резкого снижения доли первичного сифилиса.

Заболеваемость гонококковой инфекцией в Смоленской области за анализируемый период сохраняется стабильно низкой (Табл.2).

В общей структуре заболеваемости гонореей преобладает удельный вес острых форм. Прослеживается четкая тенденция преобладания мужчин среди больных гонореей: соотношение заболевших мужчин и женщин = 2,5-3:1.

Для урогенитальных папилломавирусной и герпетической инфекций отмечается подъём заболеваемости в 2011 году, с последующим некоторым снижением в 2012-2013гг.

В 2013г. выявлен рост заболеваемости урогенитальным хламидиозом в сравнении с предыдущими годами наблюдения. Уровень заболеваемости перечисленными инфекциями соответствует средним показателем по России.

Самая высокая заболеваемость всеми ИППП отмечается в наиболее сексуально активной возрастной группе 20 – 29 лет (34,52 %), что

Таблица 1
Сравнительная динамика заболеваемости сифилисом
в Смоленской области и РФ за 2009-2013 гг
(больные с впервые в жизни установленным диагнозом «Сифилис»)

Год	Абсолютное число случаев	Интенсивный показатель на 100 тыс. населения	Средний показатель заболеваемости сифилисом в РФ
2009	550	56,46	53,3
2010	456	47,2	44,9
2011	353	35,9	37,9
2012	284	28,9	33,1
2013	281	28,66	н/д

Таблица 2
Динамика заболеваемости гонококковой инфекцией
(2009-2013 гг; абс.ч.; на 100 000 населения)

Год	Острая гонорея		Осложненная гонорея		Всего	
	Абс.ч.	на 100 тыс. населения	Абс.ч.	на 100 тыс. населения	Абс.ч.	на 100 тыс. населения
2009	311	31,9	0	0	311	31,9
2010	309	31,9	4	0,4	313	32,4
2011	268	27,26	0	0	268	27,26
2012	214	21,8	4	0,4	218	22,23
2013	193	19,6	2	0,2	195	19,88

Таблица 3
Динамика заболеваемости ИППП в Смоленской области
(2009-2013 гг; на 100 000 населения)

ИППП	2009	2010	2011	2012	2013
Урогенитальный хламидиоз	40,1	37,67	38,97	32,7	42,02
Урогенитальный герпес	21,25	18,42	19,13	18,86	16,62
Папилломавирусная инфекция аногенитальной области	31,7	29,7	29,81	26,9	23,96
Урогенитальный трихомоноз	121	102,9	99,92	88,1	56,5

неблагоприятно влияет на состояние эпидемиологической ситуации.

Выводы. Смоленская область отражает общие тенденции распространения ИППП в России.

Заболеваемость «классическими» ИППП за наблюдаемый период плавно снижается. Для других ИППП (урогенитальная папилломавирусная инфекция, урогенитальный герпес и урогенитальный хламидиоз) отмечается подъём заболеваемости.

Наибольшая заболеваемость ИППП регистрируется у лиц возрастной групп 20-29 лет. Ежегодно регистрируются случаи ИППП у детей и подростков [3, 4].

Причиной увеличения количества скрытых форм сифилиса является недостаточная эпидемиологическая работа с вновь выявленными больными по обследованию контактов, широко распространенное самолечение и неадекватное лечение у неспециалистов. Увеличение числа данных клинических форм может явиться потенциальным источником возникновения новых вспышек инфекции и её дальнейшего распространения.

Анализ гендерной характеристики обнаруживает неравномерное распределение больных по полу в зависимости от нозологии. Преобладание мужчин из числа больных гонореей может свидетельствовать о недостаточной работе по выявлению данной инфекции у женщин, отсутствие культуральной диагностики гонококковой инфекции у женщин с хроническими заболеваниями половых органов, недостаточной противоэпидемиологической работе по выявлению всех половых контактов больных мужчин. Показатели низкой выявляемости гонореи у женщин, также

может свидетельствовать о недостаточной настороженности акушеров-гинекологов в отношении данной инфекции или у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы.

Адекватный анализ эпидемической ситуации на основе достоверной информации позволит контролировать эпидемическую обстановку и способствовать эффективной профилактике распространения ИППП среди населения.

Литература:

1. Постановление Правительства РФ за № 175 от 01.12.2004, с изменениями и дополнениями от 13.07.2012 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
2. Брико, Н.И. Характеристика болезней, передаваемых половым путем /Н.И. Брико // Микробиология. – 2008. - №6. – С.108-112.
3. Торшина И.Е. Врожденный сифилис. Клинико-морфологические особенности, эпидемиологические аспекты и оптимизация организационно-профилактических мероприятий в современных условиях / И.Е. Торшина. – Смоленск: Изд-во ГОУ ВПО Росздрава, 2010. – 168 с.
4. Торшина И.Е., Воробьева П.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика сифилиса среди детей Смоленского региона в различные фазы эпидемического процесса // Сб. тез. Росс. научн-практ. конф. с междунар. участ: Междисципли. аспекты дерматовенерол., косметол и эстет. гинекол. М. 2013. – С.98

■ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОМ НЕЙРОСИФИЛИСЕ

¹Комкина Н.Г., ²Назаренко Н.В., ²Назаренко Т.В., ³Прохожев А. Ю., ³Метальникова О. П.
¹ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия
²КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края, г. Барнаул, Россия
³КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Барнаул, Россия

В статье представлен разбор клинического случая раннего цереброваскулярного сифилиса у молодой женщины 39 лет. Причиной смерти больной явился церебральный геморрагический инсульт. Описаны патогистологическая картина поражения центральной нервной системы, подтверждающая сифилитическую этиологию заболевания.

Ключевые слова: нейросифилис, цереброваскулярный сифилис, аутопсия, патогистология.

Kliniko-morphological changes at cerebrovascular neurosyphilis

¹N.G.Komkina, ²N.V.Nazarenko,
²T.V.Nazarenko, ³A.J.Prohozhev,
³O.P.Metalnikova.

¹The Altay state medical university, Barnaul, Russia

²The Altay regional hospital, Barnaul, Russia

³The Diagnostic centre of Altay territory, Barnaul, Russia

In article analysis of a clinical case of an early cerebrovascular syphilis at the young woman of 39 years is presented. A cause of death of the patient was the cerebral hemorrhagic stroke. Are described pathohistology picture of a lesion of the central excitatory system, confirming a syphilitic aetiology of disease.

Keywords: neurosyphilis, a cerebrovascular syphilis, an obduction, pathohistology.

Введение: В России в последнее десятилетие продолжается снижение общей заболеваемости сифилисом, но проблема по-прежнему актуальна, поскольку эта инфекция опасна отсроченными проявлениями, в том числе в виде тяжелых поражений центральной нервной системы (ЦНС).

Широкое использование антибиотиков, неблагоприятные экологические и социальные условия, снижение иммунитета, рост алкоголизма, наркомании привели к тому, что нейросифилис в течение последних десятилетий приобрел ряд особенностей, изменилась его клиническая картина, произошло структурное перераспределение клинических форм, заключающееся в увеличении доли мезенхимальных форм, тяжесть которых может варьировать от асимптомных форм до тяжелых с летальным исходом [1, 2, 3]. Все чаще стал регистрироваться менингovasкулярный нейросифилис [4, 5], в том числе с выраженными клиническими проявлениями и тяжелым течением.

В настоящее время смертность от сифилиса во всем мире сведена до минимума. По данным литературы регистрация сифилиса при патологоанатомических исследованиях снизилась с 5% в 1923 году до 0, 008% в 1970 – 1983 г.г. Установление диагноза нейросифилиса на сегодня в современных условиях – чрезвычайная редкость [6].

Цель: Дать клинико-морфологическое описание цереброваскулярного нейросифилиса.

Материалы и методы: Проведен анализ истории болезни, данных аутопсии и гистологического исследования пациентки, причиной смерти которой стало острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по типу геморрагического инсульта сифилитической этиологии.

Результаты и обсуждение: Больная С. 39 лет доставлена в отделение нейрохирургии из центральной районной больницы в тяжелом состоянии с диагнозом ОНМК по геморрагическому типу, паренхиматозно –

субарахноидальное кровоизлияние, левосторонний выраженный гемипарез до плегии в ноге на фоне гипертонической болезни.

Заболела остро, появилась интенсивная головная боль, нарушились речь и сознание.

При осмотре кожные покровы свободны от высыпаний. Дыхание самостоятельное, везикулярное, выслушивается с обеих сторон, хрипов нет, частота дыхания в минуту – 16, SpO₂ – 96%. Гемодинамика: частота сердечных сокращений 106 в минуту, тоны сердца ритмичные, шумов нет, артериальное давление – 160/85 мм рт. столба. Живот мягкий, не вздут. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус:

Уровень сознания по шкале комы Глазго – 11 баллов. ЧН – зрачки правильной формы, круглые, фотореакции сохранены. Объем движений глазных яблок полный, горизонтальный нистагмOID в крайних отведениях, больше вправо. Болезненность при пальпации суб – и супраорбитальных точек, больше справа. Легкая сглаженность левой носогубной складки, язык – по средней линии. Объем активных движений в правых конечностях полный, в левых – в руке минимальные движения в кисти, в ноге – плегия. Незначительное повышение мышечного тонуса в левых конечностях. Рефлексы с верхних и нижних конечностей S>D с умеренным расширением зон, вялые брюшные рефлексы слева. Симптом Бабинского слева. Чувствительных расстройств нет. Ригидность мышц шеи 2 п.п., симптом Кернига – 140°. Умеренная болезненность при перкуссии черепа в правой височно-теменной области.

По результатам мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) внутримозговая гематома правой гемисферы объемом 20 см³, дислокация срединных структур – 4 мм. При проведении МСКТ в ангиорежиме данных за сосудистую патологию головного мозга не выявлено.

На основании клинических данных и результатов МСКТ выставлен диагноз: ОНМК по геморрагическому типу с образованием гематомы правой гемисферы головного моз-

га, грубый центральный левосторонний гемипарез до плегии в ноге.

В связи с тяжелым состоянием пациентки в день поступления в экстренном порядке ей была проведена пункционная аспирация и дренирование внутримозговой гематомы правой гемисферы головного мозга по жизненным показаниям.

На следующий день после операции были получены положительные серологические анализы крови на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) с кардиолипидным антигеном – 4+; иммуноферментный анализ (ИФА) – суммарные антитела 2,170 при ОПкр.– 0, 277).

Анамнестически было установлено, что больная 4 года т.н. получала специфическое лечение по поводу раннего скрытого сифилиса натриевой солью пенициллина, затем, через 2 года, дополнительное лечение по поводу серорезистентности.

Учитывая результаты серологических анализов сыворотки крови и анамнез, с целью исключения специфического поражения нервной системы больной была проведена диагностическая люмбальная пункция. При проведении пункции ликворное давление умеренно повышено. Ликвор желтоватый, мутный, после центрифугирования – прозрачный; белок 528 мг/л; реакция Панди 2+; цитоз 16/3, нейтрофилов – 50%, лимфоцитов – 50%. Реакция Ланге 6666655443, РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами - 4+ всех разведениях; РПГА 3+; ИФА (суммарные антитела) – 2,825 при ОПкрит.0,253.

При исследовании крови на сифилис в динамике были получены следующие результаты: РСК с кардиолипидным антигеном – отрицательна, с трепонемным антигеном – 2+; РМП – отрицательна, РПГА – 3+; ИФА (суммарные антитела) – 1,671 при ОПкрит.0,253.

На основании анамнеза, клинических данных, а также данных, полученных при проведении нейровизуализационного и лабораторного обследования больной был поставлен заключительный диагноз: Ранний нейросифилис, инсультообразное течение. ОНМК по геморрагическому типу с образованием внутримозговой гематомы правой

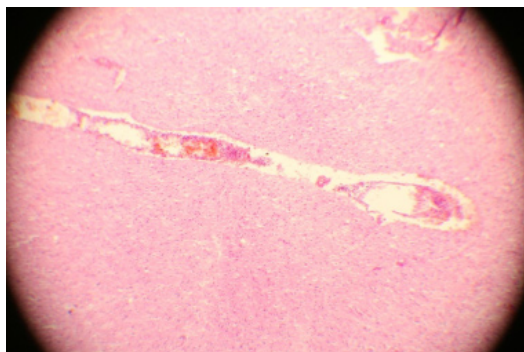


Рис. 1. Гистологический препарат головного мозга. Периваскулярный отек (продольный срез сосуда).

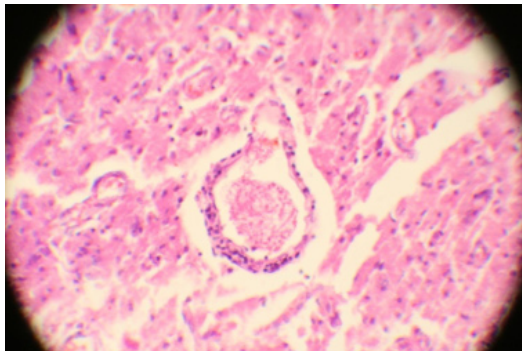


Рис. 2. Гистологический препарат головного мозга. Периваскулярная муфтообразная лимфоплазмоцитарная инфильтрация. Тромб в просвете сосуда.

гемисферы головного мозга.

В послеоперационном периоде проводилась базисная терапия, включающая препарат цефтриаксон в суточной дозе 2 грамма.

На серии контрольных МСКТ головного мозга в сравнении с исследованием, проведенным сразу после оперативного вмешательства, отмечалась положительная динамика. При дуплексном сканировании магистральных артерий головы с транскраниальным исследованием были выявлены признаки умеренного ангиоспазма в бассейне СМА справа, ЗМА – с обеих сторон.

Несмотря на проводимую комплексную терапию в состоянии пациентки наблюдалась отрицательная динамика, сопровождающаяся развитием полиорганной недостаточности, развилась острая почечная недостаточность.

На девятые сутки пребывания в отделении на фоне крайне тяжелого состояния у больной возникла асистолия, реанимационные мероприятия оказались безуспешны, была констатирована биологическая смерть.

Выписка из протокола патологоанатомического исследования:

По вскрытию черепа твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, сероперламутровая. Мягкая мозговая оболочка со слабой инъекцией полнокровных сосудов. Борозды и извилины головного мозга уме-

ренно сглажены, уплощены. Сосуды основания мозга, доступные исследованию, тонкие, гладкие, блестящие. В толще правого полушария теменно-височной области очаг размягчения вещества мозга неправильной округлой формы 3,0 2,7 см, содержащий жидкую густую кровь с мелкоточечными «ржавыми» геморрагиями по периферии. Симметрично в левом полушарии мозга расположен очаг размягчения 2,5 2,2 см, где вещество мозга в виде детрита буровато – ржавого цвета. В остальных участках вещество мозга без очаговых изменений.

Патогистологическое исследование головного мозга: распространенные артерииты с выраженным периваскулярным отеком (рис. 1); муфтообразные периваскулярные инфильтраты, представленные преимущественно плазмócитами и лимфоцитами; смешанные фибриновые тромбы в мелких артериолах (рис. 2). Продуктивный эндартериит (рис. 3), очаги ишемического повреждения мозга с мелкоточечными геморрагиями, гемосидерофагами, кариопикнозом, кариолизисом, образованием «гематоксилиновых» шаров, слабой глиальной реакцией по периферии.

Патологоанатомический эпикриз: имеющиеся клиничко-лабораторные и морфологические данные (положительные серологические реакции сыворотки крови и лик-

вора на сифилис, продуктивные васкулиты сосудов головного мозга с муфтообразными инфильтратами из плазмочитов и лимфоцитов с тромбозами) позволяют определить в качестве основной патологии у больной церебральный сифилитический артериит, течение которого осложнилось образованием симметричных ишемических очагов в глубоких отделах полушарий головного мозга. В дальнейшем произошло образование гематомы в очаге ишемического размягчения справа. Морфологические критерии позволяют оценить давность ишемических инфарктов головного мозга – 15-20 суток. Затем возник отек, набухание головного мозга с развитием дислокационного синдрома, который и послужил непосредственной причиной смерти.

Выводы:

Таким образом, основной причиной смерти больной явился острый процесс в центральной нервной системе – церебральный геморрагический инсульт. Непосредственной причиной смерти стали отек, набухание головного мозга с развитием дислокационного синдрома. Патологоанатомическое исследование подтвердило сифилитическую этиологию заболевания.

Описанный случай цереброваскулярного нейросифилиса, подтвержденный морфологически, является первым в Алтайском крае за последние 10 лет.

Литература

1. Капаназе, Л.В. Современные аспекты клиники и диагностики нейросифилиса / Л.В. Капаназе // Сибирский медицинский журн. – 2007. – № 5 – С. 99-102.
2. Маслякова, Г. Н. Летальный случай цереброспинального менингита, вы-

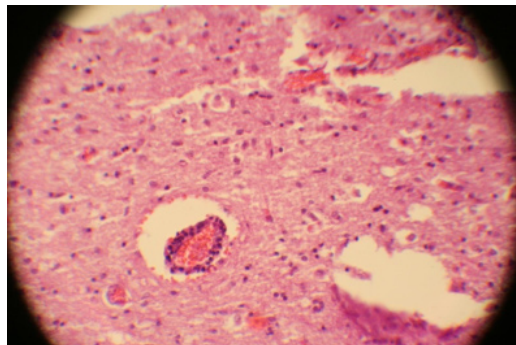


Рис. 3. Гистологический препарат головного мозга. Продуктивный эндартериит.

- званного бледной трепонемой / Г.Н. Маслякова, О.В. Колоколов, Е.В. Лукина, А.М. Колоколова, Т.П. Абрамова, А.А. Моисеев // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 2 Т. 8 – С. 494 – 499.
3. Прохоренков, В.И. Сифилис как причина смерти / В. И. Прохоренков, М. В. Родиков, Т. Н. Гузей, Ю.В. Карачева, С.Н. Шергин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 4 – С. 77 – 78.
4. Валикова, Т.А. Клинические проявления мезенхимного сифилиса нервной системы / Т.А. Валикова, В.М. Алиферова, И.М. Федорова, Н.Ю. Паймурзина // Бюл. сибирской медицины. – 2002. – № 2 – С. 77-81.
5. Милич М. В. Эволюция сифилиса /М.В. Милич. – М.: Медицина, 1987. – 60 с.
6. Рубцов, А. Б. Сифилис: патологоанатомическая регистрация случаев / А.Б. Рубцов, О.К. Лосева, О.В. Зайратьянц // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 4 – С. 36 – 37.

■ СИФИЛИС СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Крумкачев В.В.¹, Панкратов О.В.¹,
Юдина О.А.², Шкет А.П.³,
Крумкачева А.Ю.⁴, Климова Л.В.⁵

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, ²Городское клиническое патологоанатомическое бюро г. Минска, ³Республиканский научно-практический центр «Кардиология», ⁴Белорусский государственный медицинский университет, ⁵Городской клинический кожно-венерологический диспансер г. Минска, Минск, Республика Беларусь

Реферат

Обсуждаются вопросы распространенности, клиники, диагностики и лечения кардиоваскулярного сифилиса. Кардиоваскулярный третичный сифилис может приводить к аортиту, аневризме аорты, стенозу коронарных артерий, недостаточности аортального клапана и, редко, к миокардиту. Анализируются 2 случая кардиоваскулярного сифилиса. У мужчины 48 лет заболевание проявилось недостаточностью аортального клапана и стенозом устьев коронарных артерий. У мужчины 43 лет диагностирована сифилитическая аневризма аорты и недостаточность аортального клапана.

Ключевые слова: сифилис, кардиоваскулярный третичный сифилис, аневризма аорты, аортит, стеноз коронарных артерий, аортальная недостаточность.

Questions of prevalence, clinic, diagnostics and treatment of cardiovascular syphilis are discussed. Cardiovascular tertiary syphilis may lead to aortitis, aortic aneurism, coronary stenosis, aortic insufficiency and, rarely, to myocarditis. 2 cases of cardiovascular syphilis are analyzed. We report: a case of a 48-year old male patient who presents with aortic insufficiency and coronary stenosis; a case of a 43-year old male pa-

tient with syphilitic aneurysm and aortic insufficiency.

Key words: syphilis, cardiovascular tertiary syphilis, aortic aneurism, aortitis, coronary stenosis, aortic insufficiency.

Введение. Несмотря на то, что более 80% всей висцеральной патологии при сифилисе приходится на специфическое поражение сердечно-сосудистой системы, прижизненная диагностика кардиоваскулярного сифилиса составляет лишь 10% случаев [1]. История изучения кардиоваскулярного сифилиса достаточно освещена в научной литературе [2, 3, 4].

Наиболее частым проявлением позднего кардиоваскулярного сифилиса является сифилитический аортит (мезаортит). Он может быть неосложненным (aortitis simplex) или сопровождается сужением устьев коронарных артерий, недостаточностью клапанов аорты и аневризмой аорты [4]. Морфологическая картина сифилитического аортита: разрастание мелких сосудов в наружной оболочке с проникновением в среднюю оболочку с развитием периваскулярных воспалительных лимфоидных инфильтратов и грануляционной ткани. Отмечается облитерация vasa vasorum с развитием некротических очагов в средней оболочке, полное разрушение мышечных и эластичных волокон с замещением их рубцовой тканью. Аорта при сифилисе может быть поражена на всем протяжении, однако типичной локализацией сифилитического аортита (до 90%) является восходящая часть и дуга грудной аорты, главным образом, у ее клапанного кольца и в области отхождения венечных артерий. В связи с этим сифилитический аортит нередко осложняется недостаточностью клапанов аорты и сужением устьев венечных артерий (вплоть до полной их облитерации) [2]. Для диагностики заболеваний сердца и грудной аорты, связанных с кардиоваскулярным сифилисом, применяются различные лучевые методы [5, 6]. В инструкции по лабораторной диагностике

сифилиса приводится перечень медицинских показаний для обязательного клинико-лабораторного обследования на сифилитическую инфекцию. В соответствии с перечнем, пациентам с диагнозами «миокардит, аортит, аневризма аорты, приобретенные пороки сердца, воспалительные изменения паренхиматозных органов неясной этиологии» должны выполняться иммуноферментный анализ (ИФА) или реакция пассивной геммагглютинации (РПГА). Клинический диагноз позднего сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух трепонемных тестах.

Цель исследования – оценка клинических особенностей кардиоваскулярного сифилиса в Республике Беларусь, его ранней лабораторной и инструментальной диагностики, возможностей оптимизации лечения.

Методы. Для выявления наиболее значимых данных анамнеза, лабораторно-инструментальных, патоморфологических исследований, особенностей терапии проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациентов с кардиоваскулярным сифилисом; проанализирована отчетная документация дерматовенерологической службы Республики Беларусь за 2004-2013 гг.

Результаты и обсуждение. В период с 2004 по 2013 год в Республике Беларусь сифилис сердечно-сосудистой системы А52.0 был диагностирован у 11 пациентов: 2004 – 1, 2005 – 0, 2006 – 2, 2007 – 0, 2008 – 4, 2009 – 0, 2010 – 0, 2011 – 1, 2012 – 0, 2013 – 3.

Приводим клинические наблюдения кардиоваскулярного сифилиса.

Клиническое наблюдение 1. Пациент Д., 1963 г.р., инвалид 2-й группы, поступил 22.12.11 в дерматовенерологическое отделение (ДВО) №1 Городского клинического кожно-венерологического диспансера г. Минска (ГККВД) с жалобами на слабость в левой руке и ноге, затруднение при ходьбе. Выявлен при скрининге в стационаре многопрофильной больницы. Из анамнеза известно, что с 29.05.11 по 06.06.11 проходил лечение с диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени на фоне стенози-

рующего атеросклероза внутренней сонной артерии. Транзиторная ишемическая атака в системе левой средней мозговой артерии от 31.05.11. Двустворчатый аортальный клапан. Аортальная регургитация 3 степени. Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. НО» в ЦРБ г. Жуковский, Россия. В эпикризе – данные обследования на сифилис: **МРП** от 01.06.11г. – отрицательная. Далее пациент поступил для дообследования и дальнейшего лечения в кардиохирургическое отделение 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского (Москва) с жалобами на боли за грудиной при интенсивных физических нагрузках, купирующиеся нитратами. Проведены исследования на сифилис: **РРР** (реакция быстрых плазменных реагенов) отрицательная; **РПГА** положительная, титр 1:1280 (06.06.11г.). **ЭхоКГ:** «Сочетанный аортальный порок: недостаточность аортального клапана (АоК) с регургитацией до 3 степени, умеренный стеноз устья аорты. Неравномерный фиброз и мелкоочаговый кальциноз створок АоК, створки умеренно подпаяны, визуализируются три комиссуры. Гипертрофия и дилатация левого желудочка (ЛЖ). Гипокинезия верхушки ЛЖ с вовлечением апикального сегмента межжелудочковой перегородки, верхушечного переднебокового сегмента. Умеренная дилатация левого предсердия (ЛП), легочной артерии (ЛА), корня и восходящего отдела аорты. Фиброз стенок корня аорты, створок и хорд митрального клапана (МК). Пролапс передней створки МК 7 мм. Митральная и трикуспидальная регургитация 1-2ст. Регургитация на клапане ЛА 1степени. Нарушение диастолической функции ЛЖ, умеренное снижение его систолической функции (ФВ=48%)». При **коронароангиографии (КАГ):** стеноз устья левой коронарной артерии (ЛКА) на 80-90%; неровные контуры, стеноз 50% в проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ); неровные контуры огибающей артерии; стеноз устья и проксимальной трети правой коронарной артерии (ПКА); на ангиограммах дуги аорты признаки недостаточности АоК 4 степени, кальциноз устья правой внутренней сонной артерии (ВСА) с

сужением просвета до 30%.

Установлен диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения ФК-2. Врожденный порок сердца (ВПС): двустворчатый АоК. Недостаточность АоК. Н2А. Гипертоническая болезнь 3 степени. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени на фоне стенозирующего атеросклероза магистральных артерий головы. Транзиторная ишемическая атака в системе левой ВСА от 31.05.11г». 07.06.11 выполнена **операция**: протезирование АоК, аутовенозное аорто-коронарное шунтирование ПМЖВ, ПКА; эндартерэктомия из левой ВСА; протезирование левой общей сонной артерии. В составе комплексной терапии пациенту назначен на постоянный прием антикоагулянт варфарин. 11.08.11 прошел амбулаторное обследование у невролога по месту жительства. **КТ головного мозга**: «Последствия перенесенных инфарктов мозга в бассейнах правой средней мозговой артерии и левой задней мозговой артерии». Установлен диагноз «Инфаркт мозга в правом каротидном бассейне (06.11г.) с выраженным левосторонним гемипарезом, восстановительный период», назначено комплексное лечение.

14.12.11 обратился к дерматовенерологу. Серологическое исследование: **МРП** 4+ 1:64, **ИФАТреп** – 2,9, **РПГА** 4+ 1:5120. Направлен в стационар ГККВД с диагнозом «Сифилис скрытый ранний». Из анамнеза: женат (жена обследована, здорова). Предыдущая жена, последняя половая связь с которой была в 2006 г., болела в 2000 г. ранним скрытым сифилисом. Лабораторные исследования (23.12.11): в общих анализах крови и мочи, биохимическом анализе крови – без особенностей; ИФА на ВИЧ, гепатиты В и С отрицательные; **серологические реакции на сифилис**: **МРП** 4+ 1:16, **РПГА** 4+ 1:640, **РИФаБс** и **РИФ₂₀₀** 4+ 1:6400. **ЭКГ**: ритм синусовый 80 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия ЛЖ с систолической перегрузкой; в передне-перегородочной области не исключена субэндокардиальная ишемия. Оториноларинголог, офтальмолог – без патологии. Невролог: «Последствия инфаркта мозга в системе правой средней мозговой артерии и левой задней мозговой

артерии с умеренным левосторонним гемипарезом», рекомендовал временно воздержаться от проведения спинномозговой пункции из-за приема варфарина. В ГККВД Был установлен диагноз «Сифилис сердечно-сосудистой системы А52.0», назначен бензилпенициллин по 1 млн. ЕД внутримышечно 6 раз в сутки. Спустя сутки от начала лечения появились клинические признаки гипокоагуляции, обусловленные лекарственным взаимодействием варфарина и пенициллина: кровоизлияния в местах инъекций, гематурия. 26.12.11 проведена смена антибиотика – назначен цефтриаксон 2,0 г внутримышечно 2 раза в сутки, курс – 20 суток. Проводился мониторинг ОАМ и МНО (международное нормализованное отношение): макрогематурия разрешилась к 27.12.11, микрогематурия – к 30.12.11, а уровень МНО составил 26, 27 и 28.12.11 соответственно 4,5, 3,1 и 2,5; в дальнейшем – колебался в допустимых пределах. **МРП** 02.01.12 и 09.01.12 без динамики: 4+ 1:16. После 2-недельного перерыва проведен второй курс лечения цефтриаксоном в той же дозе и продолжительности. 08.02.11 **МРП** 4+ 1:16, **РПГА** 4+ 1:1280, **РИФаБс** и **РИФ₂₀₀** 4+ 1:6400. 17.02.11 **МРП** 4+ 1:16. После выписки из стационара рекомендован клинико-серологический контроль у дерматовенеролога.

Приведенный случай кардиоваскулярного сифилиса представляет интерес как с точки зрения постановки диагноза, так и развития лекарственного взаимодействия варфарина и среднетерапевтических доз пенициллина. В описании случая показаны возможности различных диагностических методов для выявления характерных для кардиоваскулярного сифилиса изменений: дилатации корня аорты, недостаточности АоК, стеноза устьев коронарных артерий.

Клинический пример 2. Пациент Б., 1970 г.р., поступил в ДВО №1 ГККВД 27.02.13 с диагнозом «Сифилис сердечно-сосудистой системы А52.0». Жалоб не предъявлял. Выявлен при скрининге в кардиохирургическом отделении. Из анамнеза: 15 лет назад пациент лечился по поводу сифилиса анонимно. В декабре 2012 при подготовке

к плановой хирургической операции по поводу поясничного остеохондроза возникла сильная загрудинная боль. На **ЭКГ** выявлен инфаркт миокарда, на **Эхо-КГ** – расслаивающаяся аневризма аорты. 08-24.01.13 находился на лечении в кардиохирургическом отделении РНПЦ «Кардиология» с клиническим диагнозом «Хроническая расслаивающаяся аневризма аорты тип 1 по Де-Бейки (19.12.12). ИБС; крупноочаговый инфаркт миокарда (19.12.12). Атеросклероз аорты. Относительная недостаточность АоК. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 4. ХСН ФК 2 NYHA.». **ЭКГ**: ритм синусовый, ЧСС 80 ударов в минуту, рубцовые изменения нижней стенки ЛЖ. **КАГ и ортография** 03.01.13: коронарные артерии без патологии; тип кровоснабжения сердца правый; контур аорты неровный, четкий, АоК не постоятелен; диаметр аорты на уровне кольца 48,3 мм, восходящей аорты 53,6 мм, дуги аорты 38,5 мм, нисходящая аорта 34,5 мм (сразу после левой подключичной артерии); определяется диссекция интимы от кольца АоК до брюшной аорты. **КТ ОГК** 03.01.13: на уровне грудной и супраренальной части брюшной аорты визуализируется почти полное отслоение интимы от стенки аорты (тип А по Стенфорду), выполнены контрастом истинный и ложный просветы. 10.01.13 выполнена **операция** – протезирование АоК (Мединж 23), восходящей аорты, дуги аорты; имплантация стентграфта (№28). 10.01.13 получены результаты серологических реакций на сифилис: **МРП** – отрицательная, **ИФА** – положительная. Повторные серологические реакции выполнены 17.01.13: **МРП** – отрицательная, **РПГА** 2+, **ИФА** 2+, **РИФабс** и **РИФ₂₀₀** 2+. **Патоморфологическое исследование** участка восходящей, дуги аорты и АоК, резецированных во время операции, 21.01.13: «Фрагмент аорты со склеротическими изменениями в адвентиции и меди, между которыми продольный дефект с эндотелизацией просвета. Вне зоны расслоения – миграция сосудов из адвентиции в медию с тенденцией к объединению». Таким образом, имеющиеся морфологические изменения соответствуют описанию сифилитического

поражения сердечно-сосудистой системы, которые были приведены во введении данной статьи.

23.01.13 больной консультирован дерматовенерологом, установлен диагноз «Сифилис сердечно-сосудистой системы. Сифилитический аортит. Хроническая расслаивающаяся аневризма аорты». Рекомендовано провести лечение согласно клиническим протоколам в КВД. При поступлении состояние удовлетворительно. **ЭКГ**: ритм синусовый 70 в минуту, рубцовые изменения нижней стенки ЛЖ. В крови: гемоглобин 118 г/л, повышение СОЭ до 35 мм/ч, гиперхолестеринемия (7,11 ммоль/л), гиперфибриногенемия (5,7 г/л), МНО – 2,09. **МРП** – отрицательная, **РПГА** 2+, **ИФА** 2+, **РИФабс** и **РИФ₂₀₀** 2+. Проведено два двадцатидневных курса антибиотикотерапии цефтриаксомом 2,0 г 2 раза в сутки с двухнедельным перерывом между курсами. При выборе антибиотика учитывался тот факт, что пациенту после операции пациенту назначен варфарин, одновременное применение которого с пенициллином значительно повышает риск развития тяжелых кровотечений. Пациент находится на клинко-серологическом контроле. Результаты серореакций от 14.09.13 и 28.01.14: **МРП** – отрицательная, **РПГА** 2+, **ИФА** 2+, **РИФабс** и **РИФ₂₀₀** 2+. **КТ ангиография аорты** 11.12.13: определяется искусственный АоК, стентграфт в дуге и нисходящем отделе, диссекция интимы аорты на протяжении нисходящего отдела до бифуркации с переходом на левую подвздошную артерию.

Данное наблюдение демонстрирует возможности применения системы аортального стентграфта при лечении осложненных форм аневризм грудной аорты.

При лечении больных сифилисом нельзя забывать о реакции Яриша-Лукашевича-Герксгеймера, которая наряду с лихорадкой, недомоганием, признаками интоксикации может вызвать острое воспаление стенки аорты с резким закрытием коронарных устьев или разрывом аорты (терапевтический парадокс). Профилактику данного осложнения можно провести с помощью назначения глюкокортикостероидных гормонов.

Выводы.

1. Скрининговое обследование на сифилис при миокардите, аортите, аневризме аорты, приобретенных пороках сердца, воспалительных изменениях паренхиматозных органов неясной этиологии следует проводить с использованием трепонемного теста – ИФА (или РПГА), поскольку возможный отрицательный результат нетрепонемного теста (МРП или RPR) может быть малоинформативен и ошибочно исключить наличие сифилитической инфекции у пациента.
2. Целесообразно внести изменения в клинический протокол по диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, по разделу сифилис: УЗИ исследование сердца переместить из дополнительных методов диагностики в обязательные при следующих формах сифилиса: сифилис сердечнососудистой системы (A52.0), другие симптомы позднего сифилиса висцерального (A52.7), поздний сифилис скрытый (A52.8), серорезистентный сифилис (A53.1). Рутинные методы исследования (физикальные, рентгенография ОГК) не позволяют одновременно диагностировать кардиоваскулярный сифилис.
3. При лечении больных сифилисом, принимающих по различным показаниям (например, после протезирования клапанов сердца) антикоагулянт варфарин, назна-

чение антибиотиков группы пенициллина одновременно с указанным антикоагулянтом значительно повышает риск развития тяжелых кровотечений.

Литература

1. Кисель, О. В. Выявление сифилиса сердечно-сосудистой системы среди пациентов стационара скорой помощи / О. В. Кисель, О. К. Лосева // Вестник последипл. мед. образования. – 2009. – №3-4. – С. 56.
2. Даштаянц, Г. А. Поражение сердечно-сосудистой системы при сифилисе / Г. А. Даштаянц. – Киев: Здоровья, 1976. – 167 с.
3. Новиков, Ю. А. К истории изучения кардиоваскулярного сифилиса / Ю. А. Новиков // Клин. дерматол. и венерол. – 2008. – N5. – С. 4-8.
4. Родионов, А. Н. Сифилис / А. Н. Родионов. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.; СПб.: Питер, 2007. – 320 с.
5. Лучевая диагностика: учебник Т.1. / Под ред. Труфанова Г.Е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 416 с.
6. Шиллер, Н. Клиническая эхокардиография / Н. Шиллер, М.А. Осипов. – 2-е изд. – М. : Практика, 2005. – 344 с.
7. Ведров, Н. С. Сифилис. (Клиника и лечение) / Н. С. Ведров. – М. : Медгиз, 1950. – 273 с.

■ ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: 20 ЛЕТ БОРЬБЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

Панкратов О.В.¹, Панкратов Ал.О.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,

²Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. На основании ретроспективного анализа отчётной документации дерматовенерологических учреждений Республики Беларусь, 127 актов расследования случаев врождённого сифилиса в Беларуси, амбулаторных карт и историй болезни беременных женщин, болевших сифилисом в 1994-2013 гг. обсуждены вопросы распространенности, клиники, диагностики и лечения врождённого сифилиса и сифилиса у беременных женщин. Проанализированы причины рождения детей с врождённым сифилисом в Беларуси. Установлены клинические особенности сифилиса у беременных и врождённого сифилиса. Подтверждена эффективность системы профилактики и лечения сифилиса у беременных, врождённого сифилиса у детей в Республике Беларусь.

Ключевые слова: врождённый сифилис, беременность, эпидемиология, клинические симптомы, диагностика, лечение.

Summary.

Questions of prevalence, clinic, diagnostics and treatment of congenital syphilis and syphilis in pregnant women have been discussed, based on a retrospective analysis of the accounting documentation of dermatovenereological establishments of the Republic of Belarus, 127 acts of investigation of cases of congenital syphilis in Belarus, out-patient cards and case histories of pregnant women with syphilis (1994-2013). The reasons of a birth of children with congenital syphilis in Belarus were analyzed. Clinical features of syphilis in pregnant women and congenital syphilis were established. The efficiency of a

system of prophylaxis and treatment of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in Belarus is confirmed.

Key words: congenital syphilis, pregnancy, epidemiology, clinical symptoms, diagnosis, treatment.

Введение. Сифилис у беременных женщин и врождённый сифилис (ВС) – сложная и многогранная задача, требующая внимания дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, специалистов центров профилактики и здоровья.

Актуальность проблемы сифилитической инфекции у беременных и детей сохраняется в связи с волнообразным характером заболеваемости сифилисом в Беларуси, существенным отрицательным влиянием инфекции на течение беременности и плод, возможностью передачи заболевания новорожденному [1, 2].

Последняя волна подъёма заболеваемости сифилисом была эпидемической с пиком в 1996 году – 209,7 случаев на 100 тысяч населения. С 1997 года заболеваемость снижается, и в 2013 году зарегистрировано 9,5 случая на 100 тысяч населения.

Врожденный сифилис – тяжелое, но предупреждаемое заболевание. Эффективный скрининг сифилиса среди беременных и лечение больных женщин могут способствовать его ликвидации. Научная и техническая консультативная группа Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ (RHR) одобрила стратегию глобальной ликвидации ВС. Однако пока сифилис распространен среди взрослых, остается высоким риск внутриутробного заражения [3].

В данной публикации мы резюмируем 20-летний опыт изучения сифилиса у беременных и ВС в Республике Беларусь, представляя наши результаты и достижения по вопросам эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики.

Цель. Установить число случаев и основные причины рождения детей с ВС в Беларуси

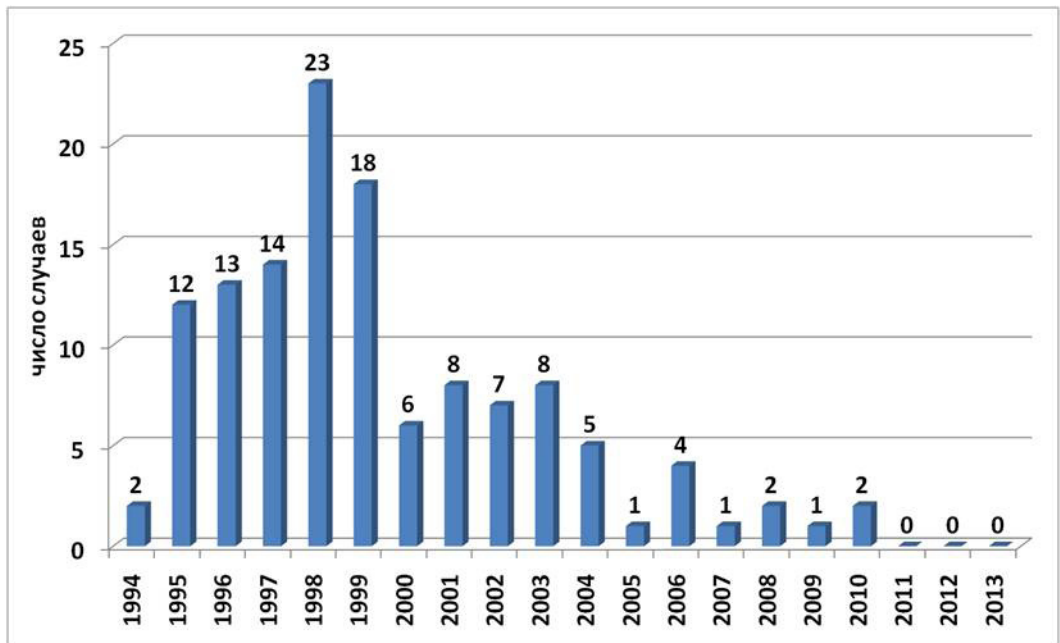


Рисунок 1 – Число случаев врождённого сифилиса в Республике Беларусь в 1994-2013 гг.

в 1994-2013 гг.; распространённость и некоторые эпидемиологические аспекты сифилитической инфекции у беременных женщин, клинические особенности течения сифилиса у беременных и ВС; результаты лечения и профилактики ВС, сифилиса у беременных в Беларуси.

Материалы и методы. Ретроспективно обобщена и проанализирована отчётная документация учреждений здравоохранения дерматовенерологической службы Республики Беларусь; информация из 127 актов расследования случаев ВС в Республике Беларусь, амбулаторных карт и историй болезни беременных женщин, болевших сифилисом в 1994-2013 гг.

Результаты и обсуждение. Всего в 1994-2013 гг. в Республике Беларусь было зарегистрировано 127 детей с ВС. Динамика выявления случаев ВС в Беларуси в 1994-2013 гг. отражена на рисунке 1.

Следует отметить, что последние три года случаев ВС в стране не было, что свидетель-

ствует об эффективности профилактических подходов вертикального пути передачи сифилиса в нашей стране.

В Беларуси в 1994-2013 гг. ранний ВС с симптомами был установлен у 24 (18,9%) детей, ранний врождённый скрытый сифилис – у 103 (81,1%). Случаев позднего ВС не было. Клинические симптомы манифестного раннего ВС в Беларуси в 1994-2013 гг. представлены в таблице 1.

Анемия диагностирована у 27 (21,3% среди случаев ВС), желтуха – у 13 (10,2%) детей. Три ребёнка умерли в течение первого месяца жизни в связи с наличием полиорганной специфической и неспецифической патологии.

В период с 1996 по 2013 год в Беларуси сифилис был диагностирован у 5017 беременных женщин, что составило 8,39% от общего числа женщин, болевших сифилисом, за это время – 59832 случаев. На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом среди женщин в Беларуси процент беременных

Таблица 1 – Клинические симптомы манифестного раннего врождённого сифилиса в Беларуси в 1994-2013 гг. (n=24)

Симптом	Число случаев	%
Патология костей:		
остеохондрит II-III степени	16	66.7
периостит	11	45.8
гуммы костей	1	4.2
псевдопаралич Парро	2	8.3
Висцеральная патология:		
гепатоспленомегалия	17	70.8
гепатомегалия	5	20.8
врождённая пневмония	9	37.5
сифилитический нефрит	2	8.3
врождённый порок сердца	2	8.3
фиброз почек	1	4.2
фиброз надпочечников	1	4.2
Патология нервной системы:		
энцефалопатия	10	41.7
менингоэнцефалит	3	12.5
менингит	2	8.3
гидроцефалия	1	4.2
Папулы кожи и слизистых	10	41.7
Сифилитический ринит	8	33.3
В том числе с развитием «седловидного» носа	1	4.2
Сифилитическая пузырьчатка	5	20.8
Сифилитическая розеола	4	16.7
Диффузная папулёзная инфильтрация Гохзингера	2	8.3
Патология глаз:		
сифилитический хориоретинит	1	4.2
сифилитический увеит	1	4.2

женщин, больных сифилисом, имеет тенденцию к повышению (рисунок 2).

Сифилис первичный был установлен у 13,2% пациенток, сифилис вторичный – у 30,5%, сифилис скрытый ранний – у 55,9%, сифилис скрытый поздний – у 0,4%. Заболевание было выявлено в первом триместре беременности у 56,7% женщин, во втором триместре – у 23,2%, в третьем триместре – у 17,5%, после родов – у 2,6%. Прервали беременность после выявления сифилиса 45,1% женщин.

Данные о беременных женщинах с сифилисом, родивших детей с ВС в Беларуси в 1994-2013 гг. представлены в таблице 2.

Схемы лечения сифилиса у детей в Беларуси до 2002 года не учитывали осо-

бенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов пенициллина в организме новорожденных и детей более старшего возраста. Нами были разработаны и внедрены новые методики лечения сифилиса у детей с дифференцированным введением пенициллина в зависимости от стадии заболевания и возраста ребенка с учётом особенностей фармакокинетики пенициллинов в организме новорожденных и детей более старшего возраста (уменьшение числа инъекций бензилпенициллина в сутки при сохранении высокой терапевтической эффективности: первые 7 суток жизни – 2 раза в сутки, 8-30-е сутки – 3 раза в сутки, старше 1 месяца жизни – 4 раза в сутки), отличающиеся экономичностью, практичностью и клинической эффек-

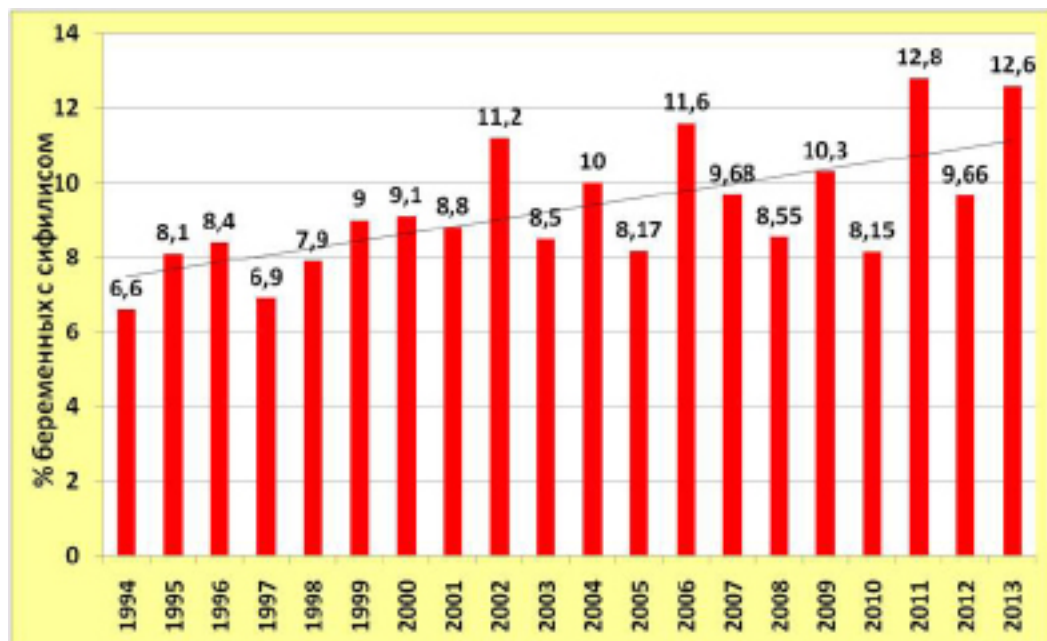


Рисунок 2 – Доля беременных, больных сифилисом, среди всех женщин, больных сифилисом, в Беларуси в 1994-2013 гг.

тивностью (у 96,7% детей отмечена полная негативация серореакций в течение года после окончания лечения). В апреле 2002 года (т.е. до опубликования рекомендаций CDC и ВОЗ) Министерством здравоохранения Республики Беларусь была утверждена инструкция по лечению и профилактике сифилиса, в которую вошли эти методики [4]. Данный подход и методики лечения вошли во все последующие нормативные документы по лечению и профилактике сифилиса в Беларуси, в том числе и ныне действующий Клинический протокол [5].

Отсутствие случаев ВС в течение трёх последних лет свидетельствует об адекватности выбранных профилактических и терапевтических подходов в Республике Беларусь.

Выводы.

В 1994-2013 гг. в Республике Беларусь ВС был выявлен у 127 детей. Ранний ВС в настоящее время преимущественно (81,1%) протекает скрыто либо со скудной симптомати-

кой, частота выявления симптомов поражения кожи и слизистых оболочек существенно уступает удельному весу специфических поражений костей и внутренних органов.

В 1996-2013 гг. в Республике Беларусь сифилис был диагностирован у 5017 беременных женщин. Основными причинами рождения детей с ВС в Беларуси являются: асоциальный характер поведения (не работали и не учились 74,0% женщин, родивших больных детей), безразличие беременных с сифилисом к своему здоровью и здоровью будущего ребёнка (не состояли на учете 71,6% женщин, родивших больных детей) и, как следствие, отсутствие пренатального наблюдения и своевременного качественного лечения (заболевание у матери выявлено в роддоме или после родов – у 77,2%).

В Республике Беларусь сформирована эффективная система профилактики и лечения сифилиса у беременных, ВС у детей.

Таблица 2 – Данные о беременных женщинах с сифилисом, родивших детей с ВС в Беларуси в 1994-2013 гг. (n=127)

Критерии	Число случаев (%)
Возраст	
< 18 лет	5 (3,9)
18-20 лет	29 (22,9)
21-25 лет	45 (35,4)
26-30 years	31 (24,4)
> 30 years	17 (13,4)
Средний возраст (лет)	24,7±0,92 (14-40)
Семейное положение	
Замужем	46 (36,2)
Не замужем	78 (61,4)
Разведены	3 (2,4)
Возраст начала половой жизни	
14-15 лет	16 (12,6)
16-17 лет	43 (33,9)
> 18 лет	68 (53,5)
Средний возраст (лет)	17,5±0,25 (14-21)
Источник инфекции	
Установлен	40 (31,5)
Не установлен	87 (68,5)
Социальное положение	
Не работали и не учились	94 (74,0)
Рабочие	15 (11,8)
Служащие	9 (7,0)
Студенты	3 (2,4)
Учащиеся школ или ПТУ	2 (1,6)
Частные предприниматели	1 (0,8)
БОМЖ	3 (2,4)
Срок постановки на учёт в женской консультации	
I триместр	10 (7,9)
II триместр	10 (7,9)
III триместр	16 (12,6)
Не состояли на учёте	91 (71,6)
Срок беременности при выявлении сифилиса	
I триместр	1 (0,8)
II триместр	8 (6,3)
III триместр	20 (15,7)
В роддоме или после родов	98 (77,2)
Диагноз сифилиса	
Сифилис вторичный	33 (26,0)
Сифилис скрытый ранний	92 (72,4)
Сифилис серорезистентный	2 (1,6)
Сифилис в анамнезе (реинфекция)	
Да	11 (8,7)
Нет	116 (91,3)

Список литературы

1. Панкратов, О.В. Сифилис у беременных и детей / О.В. Панкратов. – Минск : Ипати, 2007. – 360 с.
2. Rodriguez-Cerdeira, C. Congenital Syphilis in the 21st Century / C. Rodriguez-Cerdeira, V.G. Silami-Lopes // Actas Dermosifiliogr. – 2012. – Vol. 103(8). – P. 679-693.
3. Глобальная ликвидация врожденного сифилиса : обоснование и стратегия действий. – Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 48 с.
4. Инструкция по лечению и профилактике сифилиса : утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 09.04.02. – Минск, 2002. – 32 с.
5. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путём : Приложение 2 к приказу М-ва здравоохранения Республики Беларусь № 1020 от 29.10.2009 г. – Минск, 2009. – 100 с.

■ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ И ЭКЗОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН

Рищук С.В.

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

Обобщён собственный многолетний опыт по изучению микст-инфекции и её влияния на систему репродукции. Изложен современный взгляд на эндогенную микрофлору влагалища. Показано, что эндогенная микробиота – это динамическая биосистема, которая находится в постоянном равновесии с макроорганизмом и может подвергаться изменениям под влиянием возбудителей экзогенных половых инфекций. Крайним проявлением этого изменения является формирование инфекционного процесса в виде дисбиоза влагалища и воспалительных очагов в репродуктивной системе. Подтверждается одновременное участие в нём представителей факультативной эндогенной микробиоты и возбудителей половых инфекций. Всё это обуславливает особенности лечебной тактики и установления критериев её эффективности.

Ключевые слова: эндогенная микрофлора влагалища, экзогенная инфекция, дисбиоз влагалища, репродуктивные нарушения у женщин

The value of endogenous and exogenous infection in the formation of reproductive in women

Rishchuk S.V.

North-Western State Medical University I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russia

Summarizes our long-time experience in the study of mixed infection and its impact on the reproductive systems. Presents modern view of endogenous vaginal microflora. Shows that the endogenous microbiota is dynamic biosystem, which is in constant equilibrium with the host and is subject to change under the influence of exogenous pathogens of sexually transmitted infections. Extreme manifestation of this change is the formation of infectious process in the form of dysbiosis of vagina and inflammatory lesions of the reproductive system. Confirmed by the simultaneous participation of representatives of the optional endogenous microbiota and agents of genital infections. All these determine the features of medical tactics and establishment of criteria of its effectiveness.

Keywords: endogenous flora of the vagina, exogenous infection, dysbiosis of vagina, reproductive disorders in women

Эндогенная микробиота влагалища, как и других биотопов человека, является многообразной – от бактерий и простейших до хламидий и вирусов. Она представлена не только конкретными микроорганизмами,

Таблица 1

Эндогенная микробиота вагины

* вариация частоты встречаемости связана с вариациями данных различных авторов

Микроорганизмы	Частота обнаружения* (%)	Условная патогенность
Факультативные анаэробные бактерии		
<i>Lactobacillus</i> spp.	50-90/71-100	--
<i>Staphylococcus</i> spp.	0-65/62	+
<i>Corynebacterium</i> spp.	0-60/30-40	+
<i>Atopobium</i> spp.	?	+
<i>Streptococcus</i> spp.	10-59/30-40	+
<i>Enterococcus</i> spp.	0-27	+
<i>G. vaginalis</i>	17-43/6-60	+
<i>Enterobacteriaceae</i>	6-15/5-30	+
<i>Ureaplasma</i> spp.	0-54/6-7	+
<i>Mycoplasma hominis</i>	2-15	+
Облигатные анаэробные бактерии		
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	14-28/80-88	+
<i>Lactobacillus</i> spp.	29-60/5-30	--
<i>Eubacterium</i> spp.	0-36	+
<i>Bacteroides</i> spp.	4-80/9-13	+
<i>Fusobacterium</i> spp.	0-23/14-40	+/--
<i>Veillonella</i> spp.	9-29/11-14	+/--
<i>Propionibacterium</i> spp.	0-14/25	+
<i>Bifidobacterium</i> spp.	5-15/12	--
<i>Clostridium</i> spp.	5-18/10-25	+
<i>Prevotella</i> spp.	60	+
<i>Porphyromonas</i> spp.	31	+
<i>Mobiluncus</i> spp.	30-90	+
Грибы рода <i>Candida</i>		
Грибы	13-16/15-20	+

но и целыми микробными сообществами. Микрофлора влагалища изменяется в течение всей жизни (препубертатный период, репродуктивные годы и постменопауза), в течение менструального цикла, а также ежедневно и ежечасно. Способность комменсальных микроорганизмов предохранять регион от вторжения собственной микрофлоры из других полостей и микрофлоры

полового партнера является уникальной. При этом окружение слизистых пребывает в постоянных изменениях, которые обусловлены гормонами, диетой, мочеиспусканием, дефекацией, менструацией, гигиеническими процедурами и инфекциями. Указанные обстоятельства существенно влияют на качество жизни женщины.

Вариабильности полиморфности микроф-



Фармлэнд

Ваш выбор для
лучшего здоровья!

Макролиды от "Фармлэнд"

Сила и элегантная
эффективность



лоры влагалища или эндогенной микробиоты влагалища приносит сомнение в правомочности традиционного названия «нормальная микрофлора» и вынуждает пересматривать основную терминологию. С точки зрения здравого смысла, если говорить о микрофлоре влагалища или других полостей, то нельзя весь спектр микроорганизмов называть «нормальной микрофлорой». Необходимо говорить, прежде всего, об эндогенной микрофлоре или эндогенной микробиоте или эндогенноммикробиоценозе. Как частный случай, можно рассматривать урогенитальную эндогенную микрофлору или урогенитальную эндогенную микробиоту, которая обитает на определённом участке и составляет определённый биотоп. Если быть точнее, то биотоп – это участок среды обитания эндогенной микрофлоры, характеризующийся однородными условиями существования. Эндогенная микрофлора данного конкретного биотопа составляет его микробиоценоз или микробиоту. Поэтому каждому биотопу соответствует свой микробиоценоз или микробиота. Частным случаем в мочеполовой системе являются вагинальный и уретральный биотопы.

Эндогенную микрофлору, микробиоту, или эндогенный микробиоценоз (в данном случае вагинальную микробиоту) можно подразделить на облигатную (резидентную, постоянную, индигенную, автохтонную) и факультативную (транзиторную, непостоянную, аллохтонную) [1]. Облигатная или резидентная флора является постоянной и претендует на название «нормальной». Её взаимоотношение с макроорганизмом формируются на одной из разновидностей симбиоза – мутуализме (от лат. *mutuus* — взаимный), который предполагает извлечение из совместного существования макро- и микроорганизма взаимных выгод. При этом микроорганизм живёт в определённом биотопе, не причиняя вреда макроорганизму (отсутствие факторов патогенности) и при этом обеспечивает колонизационную резистентность в данном биотопе [2].

Эндогенная микробиота вагины представлена в таблице 1. Критериями, которые позво-

ляют отнести микроорганизм к облигатной (резидентной) микрофлоре, являются следующие: встречаемость почти у 100% популяции здоровых женщин и отсутствие факторов патогенности. Таким условиям удовлетворяют из факультативных анаэробных бактерий только *Lactobacillus* spp. У 30-60% женщин они могут сочетаться с облигатными анаэробными лактобациллами, ещё у 12-15% - с *Bifidobacterium* spp., которые также являются облигатными анаэробными бактериями.

Все остальные бактерии и грибы, а также не представленные в таблице вирусы и простейшие, целесообразно отнести к факультативной части вагинальной микробиоты. Эта группа микроорганизмов встречается в определённой части популяции женщин и обладает условной патогенностью.

Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов происходит постоянное изменение микробиоты влагалищного биотопа. Одним из значимых экзогенных факторов является экзогенная половая инфекция – преимущественно хламидийная, трихомонадная, нейссерияльная и микоплазменная. После попадания в половые пути выше указанные патогены нередко приводят к формированию дисбиоза влагалища. На наш взгляд, понятие «дисбиоза» намного шире, чем «дисбактериоза». Дисбактериоз характеризует нарушение качественного и количественного состава бактериальной микрофлоры. Дисбиоз включает нарушения, касающиеся не только бактериальной микрофлоры, но и других представителей микробиоценоза (грибов, вирусов, простейших). Дисбиоз влагалища может быть в следующих основных вариантах [3]:

анаэробный дисбактериоз (дисбиоз) или бактериальный вагиноз (БВ), когда преобладают анаэробные факультативные условно-патогенные бактерии над облигатной бактериальной микрофлорой;

аэробный дисбактериоз (дисбиоз), когда преобладают аэробные факультативные условно-патогенные бактерии над облигатной бактериальной микрофлорой;

смешанный (анаэробно-аэробный) дисбактериоз или дисбиоз, когда в одинаковой сте-

пени преобладают аэробные и анаэробные факультативные условно-патогенные бактерии над облигатной бактериальной микрофлорой.

Во всех трёх случаях доля облигатной бактериальной микрофлоры меньше 80%, а количество грибов рода *Candida* в норме ($<10^4$ КОЕ).

Отдельными разновидностями дисбиоза влагалища являются варианты, когда имеет место усиленное накопление грибов рода *Candida* ($>10^4$ КОЕ) при нормальном количестве облигатной бактериальной микрофлоры, а также при снижении облигатной бактериальной микрофлоры и преобладании факультативной в различных выше представленных разновидностях.

Таким образом, можно говорить ещё о нескольких вариантах дисбиоза:

- грибковый дисбиоз – когда имеется преобладание грибов рода *Candida* на фоне достаточного количества облигатной бактериальной микрофлоры;
- грибково-бактериальный дисбиоз – когда преобладают грибы рода *Candida* на фоне уменьшения ($<80\%$) облигатной бактериальной микрофлоры.

Этот вариант может быть в 3-х разновидностях:

а) грибково-анаэробный дисбиоз - накопление грибов рода *Candida* ($>10^4$ КОЕ) и преобладания ($>20\%$) факультативной анаэробной бактериальной микрофлоры над облигатной;

б) грибково-аэробный дисбиоз - накопление грибов рода *Candida* ($>10^4$ КОЕ) и преобладания ($>20\%$) факультативной аэробной бактериальной микрофлоры над облигатной;

в) грибково-анаэробно-аэробный дисбиоз - накопление грибов рода *Candida* ($>10^4$ КОЕ) и преобладание ($>20\%$) факультативной аэробной и анаэробной бактериальной микрофлоры над облигатной; причём имеет место преобладание в одинаковой степени обеих групп бактерий.

Под воздействием экзогенных патогенов чаще всего формируются варианты с преобладанием анаэробной бактериальной ми-

крофлоры [4]. Воздействие данных патогенов реализуется через TLR-рецепторы и направлено на различные звенья врождённого и адаптивного иммунитета. Немаловажную роль играет изменение pH среды, определяющее конкурентное взаимодействие облигатной и факультативной микрофлоры со своими рецепторами на клетках эпителия.

Дисбиоз влагалища (как и дисбиоз в других полостных органах) можно рассматривать как начальный этап формирования эндогенной инфекции. Эндогенные бактериальные инфекции (ЭБИ) – это неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания, вызываемые комменсальной аутофлорой, которая при определенных условиях проявляет свой патогенный потенциал либо в местах своего естественного обитания (урогенитальный тракт), либо в других органах при инфицировании внутренней среды макроорганизма, что сопровождается нарушением его гомеостаза с развитием воспалительной реакции локального и/или системного характера [5]

Этапность формирования эндогенной бактериальной инфекции можно представить следующим образом. На начальном этапе под влиянием эндогенных или экзогенных триггерных факторов формируется дисбиотический процесс, сопровождающийся снижением количества облигатной микрофлоры, который может ограничиваться бактериемией и антигемией, связанными с чрезмерным (пороговым) накоплением факультативной условно- патогенной эндогенной бактериальной микрофлоры. При этом могут иметь место иммунопатологический и антиапоптозный эффекты, а также хромосомные aberrации, связанные с некоторыми представителями факультативной микрофлоры (в частности с микоплазмами), приводящие к формированию аутоиммунных реакций, опухолевой трансформации и присоединению вторичной инфекции [6].

На следующем этапе может присоединиться воспалительный процесс в органах мочеполовой системы (вариант местной негенерализованной эндогенной инфекции) с нарушением функции этих органов. При

распространении патогенов за пределами мочеполовой системы и формировании воспалительных очагов в органах других систем можно говорить о генерализованной эндогенной инфекции. При этом может отсутствовать размножение бактерий в крови и иметь место транзиторная бактериемия и антигенемия, а также отсутствовать другие клинико-лабораторные признаки сепсиса. Однако при выраженном ослаблении иммунорезистентности может формироваться септицемия и септикопиемия со всеми их проявлениями и последствиями.

При инфицировании возбудителями ИППП и формировании при их участии дисбиотического процесса возникновение и локализация воспалительных очагов в мочеполовой системе будет зависеть от разновидности возбудителя и его тропности к определённым

тканям. При этом в возникновении воспалительных очагов и различных осложнений, кроме экзогенного патогена, могут участвовать представители «модифицированной» факультативной эндогенной микробиоты. Характерные для той или иной экзогенной половой инфекции воспалительные очаги и осложнения представлены в таблице 2 [7].

Из осложнений в первую очередь обращает внимание нарушение фертильности в виде трубно-перитонеальной, эндокринной и маточной его форм. Трубно-перитонеальное бесплодие формируется за счёт органического или функционального нарушения проходимости маточных труб из-за воспалительного процесса. Эндокринное бесплодие – за счёт овulatoryных нарушений и нарушений жёлтого тела, которые бывают при воспалительном процессе в яичниках. Маточное

Таблица 2
Характерная патология органов мочеполовой системы при репродуктивно значимых половых инфекциях у женщин [7]

Патоген	Характерные воспалительные очаги в органах мочеполовой системы	Осложнения
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Уретрит, цистит, цервицит, эндометрит, сальпингит, проктит, периаппендицит, бартолинит, перигепатит, конъюнктивит, венерическая лимфогранулёма.	Бесплодие, эктопическая беременность, хронические абдоминальные боли, реактивный артрит, поражение гениталий и ЖКТ, осложнения при маточной беременности, синдром Fitz-Hugh-Curtis
<i>Mycoplasma hominis</i>	Уретрит, цервицит, вагинит, сальпингофорит, эндометрит, пиелонефрит (острый), цистит.	Осложнения при маточной беременности, реактивный артрит
<i>Ureaplasma species</i>	Уретрит, цистит, вагинит, сальпингофорит, МКБ, эндометрит (?), цервицит.	Осложнения при маточной беременности, реактивный артрит
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Уретрит, цервицит, эндометрит, сальпингит.	Осложнения при маточной беременности, реактивный артрит
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Уретрит, вагинит, вульвит, вульвовагинит, эндоцервицит, эндометрит, бартолинит.	Осложнения при маточной беременности
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Уретрит, вагинит, вульвит, вульвовагинит, эндометрит, бартолинит, сальпингофорит, цервицит, проктит	Бесплодие, осложнения при маточной беременности, гнойные тубоовариальные процессы (микст-инфекция), пельвиоперитонит, поли- и моноартралгии, высыпания на коже и тендосиновит

бесплодие – за счёт нарушения созревания эндометрия при воспалительном процессе в матке.

Нередко случаются эктопическая беременность и осложнения при маточной беременности в виде привычного невынашивания плода (13-25%), преждевременного разрыва плодного пузыря, преждевременных родов, послеродового эндометрита, хориоамнионита и плацентита, внутриутробного инфицирования плода (8-12%) и внутриутробной гибели плода. Бывают от выше указанных микстинфекций хронические абдоминальные боли, синдром Fitz-Hugh-Curtis, реактивный артрит и неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения [7].

Таким образом, эндогенная микрофлора влагалища – это динамическая биосистема, которая находится в постоянном равновесии с макроорганизмом и может подвергаться изменениям под влиянием возбудителей экзогенных половых инфекций. Крайним проявлением этого изменения является формирование инфекционного процесса в виде дисбиоза влагалища и воспалительных очагов в репродуктивной системе с одновременным участием представителей факультативной эндогенной микробиоты и возбудителей половых инфекций. Всё это обуславливает особенности лечебной тактики и установления критериев её эффективности.

Литература:

1. Рищук С.В., Пунченко О.Е., Малышева А.А. Эндогенная микробиота влагалища и её регуляция // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. – 2013. - №4. - <http://elmag.uran.ru/magazine/Numbers/2013-4/Articles/Rishuk-soavt-2013-4.pdf>
2. Бухарин О.В., Вальшев А.В., Гильмутдинова Ф.Г., Гриценко В.А., Карташова О.Л., Кузьмин М.Д., Усвяцов Б.Я., Черкасов С.В. Экология микроорганизмов человека. Екатеринбург: УрО РАН, 2006. 490 с.
3. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Трофимов Д.Ю., Донников А.Е., Айламазян Э.К., Савичева А.М., Шипицына Е.В. Применение метода полимеразной цепной реакции в реальном времени для оценки микробиоценоза урогенитального тракта у женщин (тест Фемофлор®): инструкция медицинской технологии. Москва, 2011. 25 с.
4. Рищук С.В., Костючек Д.Ф. Половые пары и половые инфекции. СПб.: Медицинская пресса, 2005. 272 с.
5. Гриценко В.А., Иванов Ю.Б. Роль персистентных свойств микроорганизмов в патогенезе эндогенных бактериальных инфекций // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2009. №2. С.35-39.
6. Балабанов Д.Н. Антигенемия при урогенитальных микоплазменных инфекциях: автореф. дис.... канд. мед.наук. Москва, 2009. 23 с.
7. Рищук С.В. Половые инфекции как основная причина ухудшения репродуктивного здоровья семейных пар // TERRA MEDICA. 2013. №3. С.5-11.

■ РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ – КАК ФАКТОР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РЕГИОНА.

В.Е. Спиридонов, А.М. Майстрёнок
УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Беларусь

В последние годы в Республике Беларусь и в Витебской области отмечается снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем: по сравнению с 2012 годом в 2013 году уровень заболеваемости сифилисом в республике снизился на 7,8%, в области – на 17,2, гонореей – на 16,9% и 8,1%, трихомонозом – на 7,2% и 4,3%, хламидиозом – на 12,8% и 20,6% соответственно, общая заболеваемость составила 333,7 на 100 тыс. населения. Однако уровень остается высоким.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются одним из факторов, влияющим на демографические показатели. Вызывая хронические воспалительные заболевания органов малого таза как у мужчин, так и у женщин, негативно влияют на репродуктивную функцию и приводят к бесплодию, эктопической беременности, осложнениям в течение беременности (невынашивание, неразвивающаяся беременность), неонатальной и перинатальной патологии [1,2].

Известно, что если частота бесплодных браков достигает 15%, то проблема приобретает государственное значение [3]. В Республике Беларусь каждый 5-6 брак бесплодный, в 65% случаев причиной этого являются перенесенные в молодом возрасте ИППП. Именно в возрастной группе 20-29 лет наблюдается максимальный уровень заболеваемости ИППП (62%), что позволяет говорить о высоком медико-социальном значении этих инфекций.

Учитывая влияние урогенитальных инфекций на репродуктивное здоровье, дерматовенерологической службой проводится целый

ряд мероприятий по обеспечению населения качественной лечебно-диагностической помощью. Высокий уровень организации лабораторной диагностики ИППП в области обеспечивает обследование современными методами, в том числе ПЦР, в самых отдаленных от областного центра районах. Проводимая централизация лабораторной диагностики ИППП на базе ведущих кожно-венерологических учреждений, позволит улучшить ее качество и обеспечить раннюю диагностику ИППП, а значит своевременное лечение.

Для решения экспертных вопросов в областном кожно-венерологическом диспансере работает областной консультативно-диагностический центр, который является референс-центром по диагностике и лечению ИППП. Лечение пациенты могут получить в стационарных отделениях, которые перепрофилированы в отделения по лечению ИППП и их осложнений, а так же на дневном стационаре, в кабинетах анонимного обследования и лечения, что значительно повышает доступность высококвалифицированной помощи пациентам с ИППП.

Учитывая ведущую роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки, влагалища, наружных половых органов, как у мужчин так и у женщин, значительной распространенности и росту заболеваемости герпетической инфекцией (ВПГ-1-го и 2-го типа), в том числе и у беременных женщин, открыт кабинет по диагностике и лечению вирусных ИППП, где проводится комплексное обследование с идентификацией вирусов, кольпоскопия, лечение и вакцинапрофилактика данных заболеваний.

В целях стандартизации методов диагностики, лечения и профилактики ИППП создана школа – семинар для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, что позволяет выработать единые подходы, разработать и внедрить оптимальные технологии в диагностику и лечение ИППП.

Основная роль в деятельности дерматовене-

нерологической службы области отводится проведению профилактической работы, направленной на молодежь. Впервые в республике в ВОККВД организован кабинет первичной профилактики, работает молодежный телефон доверия, в СМИ размещена социальная реклама. Каждый желающий может получить очную или отсроченную Интернет - консультацию врача – дерматовенеролога, а также консультацию на сайте www.vokvd.vitebsk.by. На областном уровне приняты «Комплексные мероприятия по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи на 2014-2016 гг.», основными целями и задачами которых являются координация работы медицинских и других заинтересованных служб и ведомств в целях выполнения Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь.

В 2013 году в Витебской области было 12805 родов, что превышает показатель 2012 года на 0,4%, отмечено снижение внематочных беременностей на 2%, показателя преждевременных родов на 8,6%, достигнуто увеличение коэффициента рождаемости до 11,1 на 1000 населения, что является самым высоким показателем за последние 10 лет. Заболеваемость раком шейки матки у женщин Витебского региона снижена на 25%, что привело снижению смертности от данной патологии и общего показателя смертности.

Таким образом, проводимые дерматовенерологической службой области комплексные мероприятия по улучшению и повышению доступности качественной специализированной помощи, по ранней диагностике, лечению и профилактике ИППП, централизация лабораторной службы, позволили снизить уровень заболеваемости ИППП, тем самым уменьшить риск неблагоприятных последствий на репродуктивное здоровье каждого человека в отдельности и общества в целом, улучшить демографическую ситуацию в регионе.

Литература:

1. Барановская Е.И. Жаворонок С.В., Мельникова Л.Н. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция женщин /Барановская Е.И. Жаворонок С.В., Мельникова Л.Н.// - Мозырь, 2002. - С. 3-5.
2. Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия // материалы V Междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием, СПб, 2012. – С. 49-61.
3. Мирский В.Е.. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей / Мирский В.Е., Рищук С.В.// - СПб., 2012, - С. 9-16.

■ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОСФОМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

Хилькевич Н.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Для лечения 7 пациентов мужского пола с диагнозом «идиопатический» уретрит использован однократный прием антибиотика фосфомицина в дозе 3 г. Несмотря на регрессирование у 4 пациентов симптоматики уретрита, в 6 случаях сохранялся в мазках повышенный лейкоцитоз, что указывает на низкую эффективность антибиотика у данной категории больных и нецелесообразность продолжения ранее начатых исследований.

Ключевые слова: уретрит, фосфомицин, лечение.

Preliminary results of fosfomicin use in treatment of nonspecific urethritis in men **Khilkevich M.**

To treat 7 male patients with the diagnosis «idiopathic urethritis» there has been used one-time intake of 3 grams of fosfomicin antibiotic. In spite of the regression of the symptoms of urethritis in case of 4 patients, in 6 cases a high leukocytosis remained in smears. That shows a low effectiveness of antibiotics with this category of patients as well as the inexpediency in continuing studies launched earlier.

Key words: urethritis, treatment, fosfomicin.

Фосфомицин – природный антимикробный препарат, открытый в конце 60-х годов. Антибиотик оказывает бактерицидное действие, которое связано с нарушением начальных этапов образования клеточной стенки; кроме того он снижает адгезию бактерий к уроэпителию. Фосфомицин обладает также специфическим действием — угнетает энолпирувил-трасферазу, что обеспечивает отсутствие перекрестной резистентно-

сти и возможность синергизма с другими антибактериальными средствами (*in vitro* отмечают синергизм с амоксициллином, цефалексином, пипемидиновой кислотой). Препарат проявляет высокую активность *in vitro* в отношении большинства грамположительных (*Enterococcus* spp., *Staphylococcus* spp.) и грамотрицательных (*Escherichia coli*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Morganella morganii*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas* spp., *Serratia* spp.) возбудителей [1-3]. При инфекциях, передаваемых половым путем, препарат не используется.

В Республике Беларусь относительно недавно зарегистрирован фосфомицин траметамол (монурал) – пероральный препарат, применяемый преимущественно при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей.

Данное исследование включает наблюдение за 7 пациентами, которым был выставлен диагноз: «неспецифический уретрит». Постановка диагноза уретрит основывалась на характерных клинических признаках (жалобы на дизурические расстройства, выделения из уретры и др.) и обнаружении повышенного лейкоцитоза в мазках из уретры. Все пациенты были протестированы на инфекции: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* и характеризовались отсутствием данных возбудителей в материале уретры. Обследование также включало посев материала на кровяной, желточносолевой агар, среды Эндо и Сабуро с целью идентификации выделенной микрофлоры и определения ее этиологически значимого количества. Выделенная условно-патогенная микрофлора тестировалась на чувствительность к антибиотикам диско-диффузионным методом. Определение чувствительности микрофлоры к фосфомицину не проводилось в связи с отсутствием тест-дисков к данному препарату.

Результаты микробиологического тестирования показали, что у всех пациентов микро-

флора слизистой уретры была представлена кокковыми микроорганизмами: у 3 мужчин выделялся *Staphylococcus epidermidis*, у 4 - *Staphylococcus saprophyticus*. У двоих в комбинации с данными возбудителями также выделялся *Enterococcus faecalis*. В 2 из 7 случаев микрофлора выделялась в этиологически значимой контаминации (10^4 КОЕ/мл), у остальных контаминация данными микроорганизмами была более низкой, что ставит под сомнение ее значение в развитии воспалительного процесса. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам была вариабельной, лишь к карбопенемам и фторхинолонам (ципрофлоксацину/офлоксацину) она была 100%-ной.

Для лечения пациентов использовался стандартный однократный пероральный прием фосфомицина в вечернее время в дозе 3,0 г. Препарат принимался пациентами вне приема пищи после предварительного мочеиспускания. Перед приемом, согласно инструкции, гранулы антибиотика пациенты растворяли в 1/3 стакана воды. Контрольное лабораторное обследование предполагалось через 7-10 дней после лечения и через месяц.

Наблюдение за пациентами показало, что препарат переносился хорошо. Каких-либо нежелательных побочных реакций не отмечено. 4 пациентов указали на улучшение состояния на 3-4 сутки, что проявлялось уменьшением или прекращением дизурических явлений и выделений из уретры. Однако при первом контрольном обследовании у 6 из 7

мужчин в мазках из уретры все же отмечался повышенный лейкоцитоз. Второе контрольное исследование, проведенное через месяц у 6 пациентов, выявило персистирующий воспалительный процесс в уретре у 3 из них. У данных пациентов возобновились первоначальные жалобы, что свидетельствовало о неэффективности проведенного курса антибактериальной терапии.

Результаты предварительного исследования позволяют сделать вывод, что хотя использование фосфомицина в лечении неспецифических уретритов у мужчин и является прописанным в показаниях, тем не менее процент неудач в реабилитации больных является достаточно высоким для того, чтобы рекомендовать широкое использование данного антибиотика в лечении указанной категории пациентов.

Литература

1. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – С. 285-289.
2. Neuner E.A., Sekeres J., Hall G.S., van Duin D. Experience with fosfomycin for treatment of urinary tract infections due to multidrug-resistant organisms // *Antimicrob Agents Chemother.* - 2012.- Vol.56, N11. – P.5744-5748.
3. Prevention of recurrent urinary tract infections / F.M.Wagenlehner, W.Vahlensieck, H.W.Bauer et al. // *Minerva Urol. Nefrol.* - 2013.- Vol.65,N1. – P.9-20.

■ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ UREAPLASMA UREALYTICUM И MYCOPLASMA HOMINIS С ПОМОЩЬЮ ТЕСТ-СИСТЕМЫ «MYCOPLASMA-IST» И ВЫБОР ИХ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Хилькевич Н.Д., Сухобокова Н.Н., Шарай М.Р.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер»

Из мочеполового тракта человека выделено, по крайней мере, 8 видов микоплазм: *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma fermentans*, *Mycoplasma penetrans*, *Mycoplasma spermatophylum*, *Mycoplasma arthritidis*, а также *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum*. Большинство из представленных микоплазменных возбудителей являются условно-патогенными и обычно рассматриваются как комменсалы мочеполового тракта, за исключением *Mycoplasma genitalium*, у которого определяются признаки облигатной патогенности. К настоящему моменту достоверно доказано значение в развитии воспалительных поражений мочеполового тракта лишь трех видов: *M. genitalium*, *M. hominis* и *U. urealyticum* [1-4].

Как известно, выделение из мочеполового тракта возбудителя *Mycoplasma genitalium* является абсолютным показанием для назначения этиотропного лечения и, в принципе, такие случаи не вызывают вопросов в практике врача-венеролога. Сложнее дело обстоит в случае обнаружения инфицирования *M. hominis* и *U. urealyticum*. У практически здоровых людей, по данным литературы, контаминация мочеполового тракта *M. hominis* составляет порядка 5%, *U. urealyticum* – 20-25% и выше, хотя в некоторых источниках встречаются и более высокие цифровые показатели [1-6]. Однако, при воспалительных заболеваниях мочеполового тракта как у мужчин, так и у женщин показатели выяв-

ления возбудителей гораздо более высокие: *M. hominis* диагностируется примерно у 10-20%, *U. urealyticum* – у 50-80% [1-6]. Имеются многочисленные доказательства неблагоприятного влияния генитальных микоплазменных инфекций на детородную функцию, к примеру, контаминация микоплазмами бесплодных мужчин встречается более чем в 3 раза чаще, чем фертильных [2-3,6]. Сопоставление морфологии спермиев у здоровых и инфицированных мужчин показали, что при большой концентрации уреоплазм сперматозоиды сильно деформируются из-за прикрепления возбудителей к головке сперматозоида в средней его части, что снижает их подвижность и фертильность [3]. Колонизация микоплазмами эндометрия служат частой причиной нарушения имплантации оплодотворенного плодного яйца, возникновения патологии беременности и плода.

Для этиологической диагностики инфекций *M. hominis* и *U. urealyticum* большой популярностью в настоящее время пользуется разработанная фирмой BioMerieux тест-система «*Mycoplasma-IST*», позволяющая с помощью культивирования на специальной полиэтиленовой панели с лунками одновременно определять присутствие в исследуемом образце обоих возбудителей, степень контаминации материала, а также чувствительность к 9 антибиотикам. Метод достаточно простой и может быть отработан, в принципе, в поликлинических учреждениях, оборудованных термостатами, при условии возможности проведения на месте обезвреживания инфекционного материала.

Целью данной работы является выявление с помощью тест-системы «*Mycoplasma-IST*» уровня инфицирования пациентов мужского и женского пола, обращающихся для обследования на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), микоплазменными возбудителями; определение степени бактериальной контаминации, а также чувствительности обоих возбудителей к 9 антибиотикам, что

Таблица 1.
Резистентность *U. urealyticum* (моно-инфекция) к антибиотикам

Антибиотики	Резистентные штаммы									
	2010 (n=241)	%	2011 (n=931)	%	2012 (n=919)	%	2013 (n=1186)	%	Всего (n=3277)	%
тетрациклин	2	0,8	7	0,8	10	1,1	4	0,3	23	0,7
доксисицилин	1	0,4	6	0,6	8	0,9	4	0,3	20	0,6
эритромицин	20	8,6	114	12,2	129	14,0	92	7,8	355	10,8
klarитромицин	3	1,2	16	1,7	79	8,6	85	7,2	183	5,6
джозамицин	1	0,4	1	0,6	0	0	3	0,3	5	0,2
азитромицин	15	6,2	131	14,1	94	10,2	208	17,5	448	13,7
ципрофлоксацин	224	92,9	919	98,7	867	94,3	1085	91,5	3095	94,4
офлоксацин	169	70,1	708	76,0	541	58,9	874	73,7	2292	69,9
пристинамицин	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,03

важно для выбора оптимального лечения.

В течение 2010-2013 года бактериологической лабораторией УЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» выполнено 11905 анализов, при этом инфекция *U. urealyticum* обнаружена у 4172 пациентов, что составило 35,0%, *M. hominis* – у 674 (5,7%). В состав обследованных пациентов входили как практически здоровые, так и больные с различными воспалительными заболеваниями мочеполового тракта (в лабораторном журнале не указана категория пациентов). Микоплазменные возбудители диагностировались как в виде моно-инфекций, так и в сочетаниях. Инфекция *U. urealyticum* выступила в качестве моно-инфекции в 84,8%, в 15,2% в сочетании с возбудителем *M. hominis*. В то же время инфекция *M. hominis* оценена как моно-инфекция лишь в 5,8% случаев, в 94,2% она сочеталась с *U. urealyticum*.

Вызывают интерес цифры определения патологической контаминации, что, как известно, является одним из показаний к назначению лечения: при инфекции *U. urealyticum* она констатирована в 93,7%, при *M. hominis* в 14,2%, при микст-инфекции в 99,7. Другими словами, выделение инфекции *U. urealyticum* по микробиологическим канонам практически всегда требует назначения этиотропной терапии, тогда как при инфекции *M. homi-*

nis редко. Данные цифровые показатели в какой-то мере могут указывать на большую значимость в развитии патологии *U. urealyticum*, сравнительно с *M. hominis*, а одновременная контаминация может расцениваться как отягощающий фактор.

В таблицах 1 и 2 показаны результаты определения чувствительности к антибиотикам при моно-инфекции *U. urealyticum* и при ее сочетании с *M. hominis* на протяжении последних 4 лет. (39 штаммов *M. hominis*, выделенных в виде моно-инфекции, проявляли во всех случаях абсолютную резистентность к макролидным антибиотикам эритромицину, кларитромицину и азитромицину, сохраняя чувствительность к джозамицину и пристинамицину. Ко всем остальным препаратам возбудитель был чувствительным).

Как показывают таблицы, на протяжении последних лет чувствительность обоих возбудителей к этиотропным препаратам не претерпела существенных изменений. Наиболее благоприятные показатели резистентности получены для тетрациклиновых антибиотиков, а также джозамицина и пристинамицина. Макролидные антибиотики эритромицин, кларитромицин и азитромицин можно рассматривать как резервные препараты для лечения инфекции *U. urealyticum*, но не *M. hominis*. Фторхинолоны, показываю-

Таблица 2.

Резистентность сочетанной инфекции (*U.urealyticum* +*M.hominis*) к антибиотикам

Антибиотики	Резистентность возбудителей									
	2010 (n=35)	%	2011 (n=226)	%	2012 (n=196)	%	2013 (n=178)	%	Всего (n=635)	%
тетрациклин	0	0	2	0,9	3	1,5	2	1,1	7	1,1
доксциклин	0	0	1	0,4	3	1,5	2	1,1	6	0,9
эритромицин	35	100	226	100	196	100	178	100	635	100
klarитромицин	35	100	224	99,1	194	99,0	175	98,3	628	98,9
джозамицин	0	0	0	0	1	0,5	1	0,6	2	0,3
азитромицин	35	100	226	100	196	100	177	99,4	634	99,8
ципрофлоксацин	35	100	226	100	196	100	178	100	635	100
офлоксацин	34	97,1	223	98,7	195	99,5	174	97,8	626	98,6
пристинамицин	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

шие благополучные результаты при инфекции *M. hominis*, наоборот, абсолютно непригодны для лечения инфекции *U. urealyticum*. Полученные нами данные полностью согласуются с данными литературы [3,7]. Было бы интересно проанализировать результаты по таким антибиотикам, как гентамицин, спирамицин, рокситромицин и др., рекомендуемым также в качестве этиотропных препаратов, но тест-система “*Mycoplasma*-IST” этого не предусматривает.

Выводы:

Генитальные микоплазменные инфекции *U. urealyticum* и *M. hominis* являются довольно частыми микроорганизмами, колонизирующими мочеполовой тракт человека, встречаясь в общей популяции соответственно в 35,0% и 5,7%.

Практически всегда (в 93,7%), возбудитель *U. urealyticum* выступает в этиологически значимой контаминации, что является одним из показаний для назначения лечения пациентам.

Возбудитель *U. urealyticum* характеризуется высокой резистентностью к фторхинолоновым препаратам, тогда как возбудитель *M. hominis* проявляет резистентность к макролидным антибиотикам: эритромицину, кларитромицину и азитромицину.

В качестве препаратов первого ряда при

генитальных микоплазменных инфекциях можно рассматривать тетрациклиновые антибиотики, а также показавшие благоприятные результаты джозамицин и пристинамицин.

Литература

1. Балабанов Д.Н., Раковская И.В. Микоплазмы при негонекокковом уретрите // Клин. лаб. диагностика. – 2007. - №8. – С.49-51.
2. Винарова Н.А., Фиев Д.Н., Винаров А.З. Микоплазмы и заболевания урогенитального тракта: обзор // Андрология и генитальная хирургия. – 2009. - №1. – С.12-18.
3. Немченко О.И., Уварова Е.В. Урогенитальный микоплазмоз (обзор литературы) // Гинекология. – 2007. – Т.9, №6. – С.9-16.
4. Савичева А.М., Шипицина Е.В., Башмакова М.А. Генитальные микоплазмы – проблема диагностики и лечения // Клин. дерматология и венерология. – 2008. - №6. – С.80-90.
5. Prevalence and treatment of Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, and Mycoplasma hominis in patients with nongonococcal urethritis / D.Kilic, M.M.Basar, S.Kaygusuz et al. // Jpn J Infect Dis. – 2004. - Vol.57, N1. – P.17-20.

6. Prevalence of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in women with chronic urinary symptoms / S.Baka, E.Kouskouni, S.Antonopoulou et al. // *Urology*. – 2009. - Vol.74, N1. – P.62-66.
7. Samra Z., Rosenberg S., Dan M. Susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* to tetracycline, doxycycline, erythromycin, roxithromycin, clarithromycin, azithromycin, levofloxacin and moxifloxacin // *J Chemother*. – 2011.- Vol.23, N2. – P.77-79.

Реферат

Диагностика инфекций *ureaplasma urealyticum* и *mycoplasma hominis* с помощью тест-системы «*mycoplasma-ist*» и выбор их оптимальной терапии

Хилькевич Н.Д., Сухобокова Н.Н., Шарай М.Р.

На протяжении В 2010-2013 года обследовано 11905 амбулаторных пациентов с помощью тест-системы "Mycoplasma-IST", при этом инфекция *U. urealyticum* обнаружена у 4172, что составило 35,0%, *M. hominis* – у 674 (5,7%). В 93,7% инфекция *U. urealyticum* выделена в этиологически значимом количестве, что требует назначения лечения. Возбудитель *U. urealyticum* показал высокую резистентность к фторхинолоновым препаратам, *M. hominis* - к макролидным антибиотикам: эритромицину, кларитромицину и ази-

тромицину. В качестве препаратов выбора для лечения генитальных микоплазменных инфекций можно рекомендовать тетрациклины, а также джозамицин и пристиномицин.

Ключевые слова: *U. urealyticum*, *M. hominis*, культуральная диагностика, чувствительность к антибиотикам.

Abstract

Diagnostics and optimization of therapy of *ureaplasma urealyticum* and *mycoplasma hominis* infections by means of «*mycoplasma-ist*» test system

Khilkevich M., Suhabokava N., Sharai M.

Within 2010-2013 years there were examined 11905 outpatients by means of "Mycoplasma-IST" test system. *U. urealyticum* infection was detected in 4172 cases, which amounted to 35,0%, *M. hominis* - in 674 (5,7%). In 93.7% cases *U. urealyticum* infection was isolated in etiologically significant amount, which required treatment administration. *U. urealyticum* pathogen showed high resistance to fluoroquinolone drugs, *M. hominis* - to macrolide antibiotics: erythromycin, clarithromycin and azithromycin. We can recommend tetracyclines, josamycin and pristinamycin as the drugs of choice for the treatment of genital mycoplasma infections.

Key words: *U. urealyticum*, *M. hominis*, cultural diagnostics, sensitivity to antibiotics.

Стремительная и изящная победа

Лефлокс

Лечение бактериальных инфекций



Фармлэнд

Лефлокс 250, РУМЗ РБ № 07/06/1458 до 28.06.2012, Лефлокс 500, РУМЗ РБ № 07/06/1459 до 28.06.2012, Лефлокс раствор для инфузий 0,5%, РУМЗ РБ № 08/08/1531 до 28.06.2012, Лефлокс 250, РУМЗ РБ № 07/06/1457 до 28.06.2012



Надежное средство профилактики нозокомиальной инфекции при хирургических вмешательствах и послеродовой инфекции

Профилактику нозокомиальной инфекции при хирургических вмешательствах рекомендуется начинать не позже 60 мин от времени разреза и продолжать до 24 часов – метронидазол + лефлокс, клиндамицин + лефлокс

Ступенчатая (step-down) терапия

1 - 3й день
Лефлокс вв капельно 500-1000мг 1 раз в сутки
4 - 10й день
Лефлокс внутрь по 500 мг 1 раз в сутки
5-10 дней

■ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ УРЕТРИТ У МУЖЧИН: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хилькевич Н.Д.

УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

Проведено наблюдение 37 мужчин, которым был выставлен диагноз «идиопатический» уретрит. При комплексном обследовании у них отсутствовали инфекции *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, а также *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Микробный состав у них был представлен условно-патогенными микроорганизмами *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli* и другими в различных сочетаниях. Проведенное всем пациентам лечение фторхинолоновыми антибиотиками, к которым микробиологическое тестирование показало наибольшую чувствительность, оказалось эффективным в 82,9% случаев. У 56,8% пациентов с идиопатическим уретритом отмечен неблагоприятный урологический анамнез: предшествовавшие заболевания мочевыводящих путей, эндоскопические вмешательства, неоднократные безуспешные курсы лечения и др.

Ключевые слова: уретрит, диагностика, лечение, фторхинолоны.

Idiopathic urethritis in men: diagnostics and treatment

Khilkevich M.

There has been conducted an observation of 37 men with the diagnosis idiopathic urethritis. A complex examination showed they had no infection *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, as well as *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis*. Their microbial structure was represented by opportunistic microorganisms *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli* and others in different combinations. The treatment applied to all the patients with fluoroquinolons to which the microbiologic testing was the most

sensible, proved effective in 82, 9% of cases. In 56, 8% of patients with idiopathic urethritis there has been stated an unfavorable urologic anamnesis: the previous illnesses of urinary tract, endoscopic interventions, repeated and unsuccessful courses of treatment and so on.

Key words: urethritis, treatment, fluoroquinolons.

Как правило, развитие воспалительных поражений дистальных отделов мочеполового тракта связано с инфицированием возбудителями, передаваемыми половым путем (ИППП). Об этом свидетельствуют многочисленные научные исследования и имеющиеся руководства [1,2]. Однако в практической работе многие врачи нередко сталкиваются со случаями, когда при наличии клиники уретрита, простатита, эпидидимита и проч., у данных пациентов основные «классические» возбудители ИППП не выявляются. В медицинской литературе можно встретить определение «идиопатический уретрит», критерием постановки подобного диагноза обычно является отсутствие у больных четырех инфекций: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и *Mycoplasma genitalium* [3,4]. Как возможные инфекционные причины в таких случаях рассматриваются различные условно-патогенные микроорганизмы, такие, как *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *P.mirabilis*, *Staphylococcus spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Pseudomonas aeruginosa* и другие [1-4].

Следует отметить, что публикации, касающиеся «неспецифических» инфекций мочевыводящих путей, посвящены большей частью женской патологии или тяжелых осложненных заболеваний мочевыводящей системы. Что же касается мужского контингента, то в основном литература посвящена лишь осложненным инфекциям репродуктивной системы и практически не затрагивает проблему неосложненных, в частности уретритов. В данном исследовании проанализированы случаи выявления уретритов у мужчин, при которых было исключено инфицирование мочеполового тракта тремя инфекциями:

Данные микробиологического тестирования пациентов

Возбудитель	Количество	%	в т.ч. более 10 ³⁻⁴ КОЕ/мл	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	2,7	0	0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	14	37,8	5	35,7
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	17	45,9	6	35,3
<i>Enterococcus faecalis</i>	4	10,8	2	50,0
<i>Micrococcus sp.</i>	1	2,7	0	0
<i>Escherichia coli</i>	2	5,4	1	50,0
<i>Corinebacterium sp.</i>	1	2,7	0	0
gr+ пал. недифф.	3	8,1	0	0

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis*. В данную группу также не включались пациенты с условно-патогенными инфекциями *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Исследование на *Mycoplasma genitalium* не проводилось.

Под нашим наблюдением было 37 пациентов мужского пола, у которых был выставлен диагноз идиопатический уретрит. Постановка диагноза уретрита основывалась на характерных клинических признаках (жалобы на дизурические расстройства, выделения из уретры и др.) и обнаружении повышенного лейкоцитоза в мазках из уретры. Микробиологическое обследование пациентов включало микроскопическое исследование на *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*, постановку прямой РИФ на хламидийный антиген, культуральное исследование на *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, а также посев материала уретры на кровяной, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро. Последние исследования предполагали идентификацию выделенной микрофлоры и определение ее этиологически значимого количества. В случае выделения энтеробактерий, определение их видов проводилось с помощью предназначенных для этого стрипов. Посев материала уретры от одного больного осуществлялся с помощью стерильной бактериологической петли на одну стандартную чашку Петри (100 мм), в некоторых случаях одна чашка Петри использовалась для посева материала уретры от двух больных. В последнем случае при подсчете показателя КОЕ/мл полученные

цифровые данные умножались на два. За этиологически значимые показатели принимались 10⁴ КОЕ/мл и более для кокковых микроорганизмов и 10³ и более - для палочковых. Оценка 10⁴ устанавливалась в случае констатации роста более 100 микробных колоний из расчета на поверхность засеянной стандартной чашки Петри. Выделенная условно-патогенная микрофлора тестировалась на чувствительность к антибиотикам.

Из 37 обследованных пациентов, 14 ранее неоднократно обращались за медицинской помощью по поводу уретритов различной этиологии, получали курсы лечения преимущественно тетрациклиновыми и макролидными антибиотиками. У 4 имелись клинические признаки хронического простатита, у 11 были указания на перенесенный простатит в прошлом, по поводу которого назначалось лечение, и к моменту обследования признаков простатита не обнаруживалось. У 1 пациента имелись указания на перенесенный пиелонефрит и мочекаменную болезнь. 1 пациент указывал на проведение в прошлом эндоскопического вмешательства (цистоскопия). 5 мужчин указывали на ранее проводимые инстилляции в уретру различных медикаментозных препаратов, прижигание слизистой уретры растворами нитрата серебра. В целом, неблагоприятный урологический анамнез отмечен у 21 пациента (56,8%).

Данные микробиологического тестирования пациентов приведены в таблице.

Как видно из таблицы, микробный состав уретры чаще всего был представлен кокковой микрофлорой, из энтеробактерий лишь

дважды была выделена *Escherichia coli*. Возбудители встречались либо в виде моноинфекций, либо в сочетаниях. Что касается оценки значения выявленных условно-патогенных микроорганизмов, то это сделать проблематично, поскольку указанные микроорганизмы выделялись как в высокой, этиологически значимой контаминации, так и низкой.

С учетом высокой чувствительности выделенной микрофлоры к ципрофлоксацину/ офлоксацину, для лечения пациентов были использованы фторхинолоновые антибиотики: офлоксацин – 16 человек, левофлоксацин – 9, моксифлоксацин – 2. Целесообразность назначения фторхинолонов мотивировалась также их высокой эффективностью в отношении возможного инфицирования *Mycoplasma genitalium*. Антибиотики назначались в стандартных терапевтических дозировках, продолжительность лечения составляла 10 суток. Из других препаратов некоторым больным назначались иммуномодуляторы, витамины; при простатите – ректальные свечи, физиотерапия. Решение о назначении лечения половым партнерам принималось, в основном, гинекологом.

Результаты лечения показали хорошие результаты. Воспалительные изменения со стороны уретры полностью регрессировали у 33 пациентов (89,2%), что сопровождалось стойкой нормализацией лейкоцитоза в мазках. У 4 пациентов явления уретрита сохранялись, что потребовало изменения тактики лечения. В частности, симптоматика упорно протекающего уретрита наблюдалась у одного пациента с предшествовавшим эндоскопическим вмешательством, а также у пациента с диагнозом хронический пиелонефрит. Двое других больных также характеризовались неблагоприятным урологическим анамнезом, - неоднократно проводимыми ранее безуспешными курсами лечения.

Выводы:

1. Микробный состав уретры у пациентов

с идиопатическим уретритом представлен разнообразной условно-патогенной микрофлорой, преимущественно кокковой, этиологическое значение которой достаточно трудно оценивать в развитии воспалительной патологии.

2. У 56,8% пациентов с идиопатическим уретритом отмечается неблагоприятный урологический анамнез: предшествовавшие заболевания мочевыводящих путей, эндоскопические вмешательства, неоднократные безуспешные курсы лечения и др.
3. С учетом высокого уровня чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотиком фторхинолонового ряда, представляется целесообразным их широкое использование у данной категории пациентов.
4. Результаты лечения пациентов с идиопатическим уретритом фторхинолоновыми антибиотиками подтверждают их высокую результативность в плане реабилитации данной категории больных.

Литература

1. Медицинская микробиология / Гл. ред. В.И.Покровский, О.К.Поздеев. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – С.618-623.
2. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – С. 285-289.
3. Bacterial vaginosis-associated bacteria in men: association of *Leptotrichia/Sneathia* spp. with nongonococcal urethritis / L.E.Manhart, C.M.Khosropour, C.Liu et al. // *Sex. Transm. Dis.* – 2013.- Vol.40, N12. – P.944-949.
4. Wetmore C.M., Manhart L.E., Golden M.R. Idiopathic urethritis in young men in the United States: prevalence and comparison to infections with known sexually transmitted pathogens // *J. Adolesc. Health.* – 2009.- Vol.45, N5. – P.463-472.

■ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ NEISSERIA GONORRHOEAЕ И ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Хилькевич Н.Д., Сухобокова Н.Н., Шарай М.Р.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер»

Проведен анализ чувствительности 431 культуры *N.gonorrhoeae*, выделенных у амбулаторных пациентов на протяжении 2009 - 2013 годов, к пенициллину, цефтриаксону, тетрациклину, ципрофлоксацину и эритромицину. Показатели абсолютной резистентности к данным антибиотикам составили соответственно 23,8%, 0%, 10,2%, 2,1% и 12,1%. Отмечен постепенный рост уровня резистентности, в том числе мультирезистентности, ко всем антибиотикам, кроме цефтриаксона и ципрофлоксацина. Исследования позволяют рекомендовать в качестве препарата первого ряда в лечении гонококковой инфекции только цефтриаксон, резервных – антибиотики-фторхинолоны. Остальные препараты требуют обязательного тестирования перед их назначением.

Ключевые слова: *N.gonorrhoeae*, чувствительность к антибиотикам.

Multiresistance of neisseria gonorrhoeae and rational choice of gonococcal infection therapy

Khilkevich M., Suhabokava N., Sharai M.

We analyzed susceptibility of 431 *N.gonorrhoeae* cultures, isolated from outpatients during 2009 – 2013 years, to penicillin, ceftriaxone, tetracycline, ciprofloxacin, and erythromycin. Rates of absolute resistance to these antibiotics were respectively 23,8 %, 0 %, 10,2 %, 2,1 % and 12,1 %. We observed a gradual increase in the resistance level, including multidrug resistance to all of investigated antibiotics, apart from ceftriaxone and ciprofloxacin.

Our studies enable to recommend ceftriaxone alone as first-line therapy choice in the treatment of gonococcal infection and fluoroquinolones as reserve medications. Other drugs require mandatory testing before their appointment .

Key words: *N.gonorrhoeae*, sensitivity to antibiotics.

Вопрос о формировании устойчивости *N.gonorrhoeae* к антибиотикам является давно широко обсуждаемой проблемой, и многие страны, в том числе эксперты ВОЗ, рассматривают ее в числе серьезных проблем современной венерологии и здравоохранения в целом. Анализируя литературу, можно отметить два подъема интереса к данному вопросу. Первый возник в 60-е годы прошлого столетия, когда появилось множество сообщений о формировании в различных регионах мира устойчивости гонококков к пенициллину и тетрациклину. Второй всплеск сообщений возник в 80-е годы и был связан с регистрацией во многих странах устойчивости возбудителя к фторхинолонам. К настоящему моменту резистентность, в том числе и полирезистентность *N.gonorrhoeae* к этиотропным препаратам, регистрируется везде, но степень эффективности тех или иных антибиотиков во многом, как показывают исследования, носит «географический» характер. Исходя из этого, эксперты ВОЗ настоятельно рекомендуют проведение повсеместного мониторинга чувствительности возбудителя гонореи для выбора рациональной терапии при гонококковой инфекции. В последнее время проблема мультирезистентности гонококков в некоторых регионах настолько обострилась, что многие эксперты даже ставят на повестку дня вопрос о вероятности наступления эры «неизлечимой гонореи» [6,8].

В данном исследовании проведен анализ чувствительности культур *N.gonorrhoeae*, выделенных у амбулаторных пациентов на протяжении 2009 - 2013 годов, к наиболее часто используемым и рекомендуемым для

Таблица 1. Резистентность N.gonorrhoeae к антибиотикам.

Антибиотики	Бензилпенициллин	Цефтриаксон	Доксициклин/ тетрациклин	Ципрофлоксацин	Эритромицин
Количество протестированных культур	341	341	315	336	322
Количество резистентных штаммов	81	0	32	7	39
%	23,8	0	10,2	2,1	12,1

лечения гонореи антибактериальным препаратом, сопоставлены данные по лекарственной устойчивости гонококков с аналогичными зарубежными показателями, а также прослежена динамика изменения чувствительности возбудителя в течение последних шести лет.

В указанный период бактериологической лабораторией УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» была выделена 341 чистая культура N.gonorrhoeae от амбулаторных пациентов мужского и женского пола. Культивирование гонококков проводилось на средах производства ООО «Химмедсинтез» в виде сывороточного или шоколадного агара с добавлением или без добавления селективных антибиотиков. Для определения чувствительности к антибиотикам использовался стандартный диско-диффузионный метод с определением зоны (радиуса) задержки роста. В качестве препаратов, служивших объектом исследования, были: бензилпенициллин, цефтриаксон, доксициклин/тетрациклин, ципрофлоксацин и эритромицин (тестирование культур по антибиотикам азитромицину и спектиномицину не проводилось в связи с отсутствием тест-дисков по данным препаратам). Заключение о чувствительности, умеренной чувствительности и резистентности исследуемых штаммов основывалось исходя из цифровых показателей зон задержки роста, рекомендуемых фирмой-изготовителем стандартных бумажных дисков с антибиоти-

ками. В данном исследовании проанализированы данные по штаммам N.gonorrhoeae, оцененным как резистентные. Случаи умеренной чувствительности в данном исследовании в расчет не принимались. Заключение об устойчивости к эритромицину устанавливалось при выявлении радиуса задержки роста менее 5 мм.

Результаты определения чувствительности выделенных чистых культур N.gonorrhoeae к антибиотикам представлены в таблице 1.

Как видно из представленных данных, активность пенициллина в отношении штаммов N.gonorrhoeae достаточно низкая. Если сравнивать полученные цифры с данными литературы, то уровень резистентности гонококков к бензилпенициллину в нашем регионе значительно меньше, чем, к примеру, в России или странах Юго-Восточной Азии, где он составил соответственно 78% и 74-98%, но сравним с показателем в США, где он оказался равным 15,6%, и некоторыми странами Европы: Германия – 18,8%, Испания – 9%, хотя, например, в Швейцарии он достиг 85,3% [1,4,6,9]. Прослеживая динамику изменения чувствительности в течение 2009 – 2013 годы можно заметить тенденцию к значительному нарастанию устойчивости к данному препарату, особенно в последнее время (таблица 2).

Тетрациклиновые антибиотики также оказались в числе препаратов с достаточно высокими показателями устойчивых штаммов. Тем не менее, процент резистентных штаммов в

Таблица 2. Показатели резистентности *N.gonorrhoeae* к антибиотикам в 2009-2013 гг.

Препарат	Уровень резистентных штаммов, %				
	Бензилпенициллин	Цефтриаксон	Доксициклин/ тетрациклин	Ципрофлоксацин	Эритромицин
2009 год	10,0	0	19,0	3,3	13,3
2010 год	19,4	0	6,8	4,1	9,7
2011 год	28,6	0	8,8	0	9,1
2012 год	21,8	0	7,6	1,1	11,6
2013 год	38,6	0	20,5	2,8	30,3

нашем регионе оказался значительно меньшим, чем в России (79%). Для сравнения: показатель тетрациклинорезистентности в Южной Корее достиг 100%, в США устойчивость к тетрациклину составила 21,7% , в Германии 43,5%, Испании – 99%, хотя в регионе Скандинавии – всего лишь 1,8–7,7% [1,4,6]. На протяжении 2009 - 2013 годов, уровень резистентности к тетрациклинам после некоторого снижения, также значительно вырос (таблица 2).

Говоря о макролидных антибиотиках, следует отметить их редкое использование в мире при гонококковой инфекции из-за высокой частоты рецидивов, однако их применение все же может быть оправданным в некоторых случаях, например, в лечении беременных и детей. Наиболее распространенным среди данной группы препаратов является азитромицин, назначаемый в однократной дозе 1 г. Показатель устойчивости к эритромицину (тест-дисков с азитромицином у нас не было), составивший 12,1%, несколько ниже, чем аналогичный показатель в России, где в различных регионах он колеблется от 14,0 до 33,3% [2]. Как показывают данные таблицы 2, после некоторой стабилизации процентных показателей резистентных штаммов к эритромицину, они стали резко ухудшаться в сторону нарастания устойчивости.

Показатель резистентности к ципрофлоксацину, составивший 2,1%, указывает на возможность рекомендации фторхинолоновых препаратов для лечения гонореи в нашем регионе, хотя во многих странах их давно исключили из применения из-за высокого уровня сформировавшихся устойчивых штаммов. Для сравнения, в Японии уровень резистентности к ципрофлоксацину достигает 29%, а на Филиппинах – 69% [1]. Однако, если проанализировать динамику изменения показателей по ципрофлоксацину в нашем регионе за 4 года, можно заметить, что в 2009 и, особенно, 2010 году удельный вес резистентных штаммов все же превышал допустимый 3%-ный рубеж, что может свидетельствовать о также наметившихся тенденциях к формированию в нашем регионе устойчивых возбудителей. На необходимость тщательного мониторинга по фторхинолоновым антибиотикам могут указывать примеры России и США, где в последнее десятилетие показатель устойчивых штаммов увеличился соответственно с 2% до 49,2% и с 0,04% до 25% [1,3,5].

Наиболее благоприятные результаты из всех протестированных препаратов получены для антибиотика цефтриаксона. Все исследованные штаммы *N.gonorrhoeae* без исключения оказались чувствительными к данному препарату. О практически 100%-ной чувстви-

Таблица 3. Частота выделения моно- и мультирезистентных штаммов *N.gonorrhoeae*.

Штаммы <i>N.gonorrhoeae</i> (n=300)	Отсутствует резистентность	Устойчивые к 1 антибиотику	Устойчивые к 2 антибиотикам	Устойчивые к 3 антибиотикам
Количество	189	78	28	5
%	63,0	26,0	9,3	1,7

тельности к цефтриаксону свидетельствуют также исследования, проведенные в России [1-3]. В большинстве стран мира цефтриаксон также зарекомендовал себя как препарат первого ряда в лечении гонококковой инфекции, но есть и исключения. В зарубежных исследованиях отмечается нарастание резистентности *N. gonorrhoeae* к цефтриаксону в таких странах, как Филиппины (63%), Израиль (55%), Китай (34%) и Япония (49%) [1]. Интересные данные получены африканскими исследователями. При обследовании женщин, занимающихся коммерческим сексом в Уганде, уровень цефтриаксонрезистентности среди них показал 83% [7]. Хотя во многих странах цефтриаксон остается первоочередным препаратом для лечения гонореи, многие отмечают постепенное нарастание минимальной ингибирующей концентрации к указанному антибиотику, что вызывает большую тревогу.

Нельзя не заметить, что выявленные в процессе исследования резистентные к антибиотикам штаммы *N.gonorrhoeae* (47,0%) проявляли как моно-, так и мультирезистентность. В таблице 4 приведены цифровые данные, характеризующие частоту выделения различных штаммов возбудителя по их отношению к моно- и поли-устойчивости к основным противогонорейным препаратам. Анализ проведен по 300 культурам возбудителя, протестированным по всем 5 антибиотикам. Вызывает тревогу наметившийся рост мультирезистентности *N.gonorrhoeae*, и в этом плане в нашем регионе заслуживают внимания штаммы, сочетающие одновременную устойчивость к пенициллину, тетрациклину и эритромицину, причем в 2013 году выделено 3 из 4 за весь период исследования указан-

ных штаммов возбудителя. Наметившаяся тенденция к формированию комбинированной устойчивости указывает на необходимость тщательного мониторинга антибиотикорезистентности *N.gonorrhoeae* во избежание распространения полирезистентных штаммов, создающих проблемы в эффективном лечении больных [6].

Результаты проведенного исследования показывают, что резистентные (в том числе мультирезистентные) к антибиотикам штаммы в настоящий момент не являются редкостью и выявляются в нашем регионе у 47,0% больных гонореей. Наблюдающийся рост резистентности и полирезистентности *N.gonorrhoeae* практически ко всем противогонорейным препаратам вызывает тревогу и не исключено, что в недалеком будущем встанет вопрос о пересмотре рекомендуемых в настоящее время при гонококковой инфекции препаратов, их дозировок или использования комбинированного лечения [8].

Результаты данного исследования позволяют сделать ряд выводов:

1. Наиболее высокой антигонококковой активностью обладает цефтриаксон, к которому чувствительны все исследованные штаммы гонококков; этот препарат может рассматриваться как препарат выбора для терапии инфекции, вызванной *N.gonorrhoeae*.
2. Препараты пенициллинового ряда обладают низкой активностью в отношении исследованных штаммов *N.gonorrhoeae* и, в принципе, не могут быть рекомендованы для лечения гонококковой инфекции. На протяжении последних лет наметилась выраженная тенденция к дальнейшему нарастанию устойчивости

- возбудителя к пенициллину.
3. Из альтернативных препаратов для лечения гонококковой инфекции можно рекомендовать лишь фторхинолоны с желательным проведением лабораторного контроля чувствительности возбудителя к данным антибиотикам.
 4. Необходимо с осторожностью использовать при гонококковой инфекции антибиотики тетрациклинового ряда и макролиды, проводя их назначение исключительно в случаях противопоказаний к рекомендуемым противогонорейным препаратам и получения благоприятных результатов лабораторного тестирования.
 5. Выявленные многочисленные случаи формирования мультирезистентности *N.gonorrhoeae* к основным противогонорейным препаратам, а также неблагоприятные тенденции ее нарастания указывают на целесообразность проведения постоянного мониторинга всех выделяемых штаммов возбудителя по их чувствительности к антибиотикам.
- Литература**
1. Чувствительность гонококков к антибиотикам и выбор препаратов при гонококковой инфекции / Л.С.Страчунский, С.В.Сехин, К.К.Борисенко и др.// Инфекции, передаваемые половым путем. - 1999. - №2. - С.26-29.
 2. Антибиотикорезистентность *in vitro* штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, выделенных от больных с неосложненной гонококковой инфекцией / А.А.Кубанова, М.М.Васильев, Т.В.Припутневич и др.// Вестн. дерматологии и венерологии. – 2005. - №2. – С.40-44.
 3. Мониторинг антибиотикорезистентности *Neisseria gonorrhoeae* и молекулярные механизмы ее развития в Российской Федерации / А.А.Кубанова, В.М.Говорун, Н.В.Фриго и др. // Вестн. дерматологии и венерологии – 2006. - №5. - С.17-24.
 4. Antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Berlin / J.Wagner, B.Tebbe, R.Hrnle et al. // Hautarzt. - 2000. - Т.51, N.9. - P.666-669.
 5. Ciprofloxacin resistance and gonorrhea incidence rates in 17 cities, United States, 1991-2006 / H.W.Chesson, R.D.Kirkcaldy, T.L.Gift et al. // Emerg Infect Dis. – 2014. - Vol.20,N.4. –P. 612-619.
 6. Characterization of *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Switzerland (1998-2012): emergence of multidrug-resistant clones less susceptible to cephalosporins / A.Endimiani, Y.N.Guilarte, R.Tinguely et al. // BMC Infect Dis. - 2014. - N. 14. – P.106.
 7. High prevalence of ciprofloxacin-resistant gonorrhea among female sex workers in kampala, Uganda (2008-2009) / J.Vandepitte, P.Hughes, G.Matovu et al. // Sex Transm Dis. - 2014. - Vol.41,N.4. – P.233-237.
 8. Lewis DA. Global resistance of *Neisseria gonorrhoeae*: when theory becomes reality // Curr.Opin.Infect. Dis.- 2014. - Vol.27,N.1. – P. 62-67.
 9. *Neisseria gonorrhoeae*: antimicrobial resistance and study of population dynamics. Situation in Barcelona in 2011 / J.Serra-Pladevall, M.J.Barber -Gracia, G.Roig-Carbajosa et al. // Enferm. Infec. Microbiol. Clin.- 2013. - Vol.31,N.9. – P. 579-583.

■ ТРИХОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

И.Г. Шиманская, Н.И. Крук
Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Введение: в настоящее время в РБ отсутствует единая система оценки эффективности лечения выпадения волос. Имеются зарубежные публикации по применению методики видеотрихоскопии [Суворова К.Н., 2009; Олисова О.Ю., 2010; Tosty A., 2010; Rudnicka L., 2012], однако в нашей стране данное направление остается малоизученным. Алопеция является очень важной и актуальной проблемой, т.к. потеря волос это не только серьезный косметический дефект, который создает ряд социальных (ограниче-

ние выбора профессии, устройство личной жизни и т.п.) и экономических (большие затраты на лечение) проблем (Дегтяренко Н.И., 2008; Соколовский Е.В., 2003; Tosti A., Dawber R., 1999; Рубина В.В., Колосова О.А., 1990), но и важный сигнал о более серьезных эндокринных, иммунных, нервно-психических нарушениях (Spector W.D., Katz S., Murphy J.B., Fulton J.P. 1987, Torrance G.W. 1987, Paul C. Stark; Juan C. J. 2007). Использование системы видеотрихоскопии особенно высоко актуально при назначении пациентам наружного лечения, в том числе препаратов, содержащих мелагинин, обладающих местнораздражающим действием, фитоэстрогенов, ингибиторов 5-альфа-редуктазы, вазодилататоров, средств на основе миноксидила, что связано с потребностью длительного использования данного вида терапии.

Цель: оценить возможность применения системы видеотрихоскопии для установ-

Таблица № 1.
Распределение волос по фазам роста

	Анаген		Телоген		Катаген		Веллусные волосы		Терминальные волосы	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1.	73	75	25	23	2	2	31	30	69	70
2.	72,5	76	26	22,6	1,5	1,4	34	31,5	66	68,5
3.	71	71,8	28	26,7	1	1,5	27	27	73	73
4.	76	79	21	18,6	3	2,4	41	36	59	64
5.	67,7	70	30,9	28,4	1,4	1,6	36,5	36	63,5	64
6.	68	70	31,4	29	0,6	1	29	27	71	73
7.	70	71,6	26	25,9	4	2,5	32	29,5	68	70,5
8.	77	78,9	20,7	19	2,3	2,1	34,6	33	65,4	67
9.	75	77	23	21,5	2	1,5	25	24	75	76
Среднее значение (M±)	72,2± 3,36*	74,4± 13,0*	25,8± 15,0*	23,9± 3,8*	2,0± 1,0	1,8± 0,5	32,3± 4,9*	30,4± 4,11*	67,8± 4,9*	69,5± 4,11*
Достоверность отличий	p=0,08		p=0,08		p=0,44		p=0,012		p=0,012	

* - отличия являются достоверными.

Таблица № 2.

Средняя плотность волос в андрогензависимой (АЗЗ) и андрогеннезависимой зонах (АНЗ)

пациенты	Средняя плотность волос (M±), / см ² АЗЗ		Средняя плотность волос (M±), /см ² АНЗ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1	168	170	143	146
2	97	10700	74	81
3	114	119	108	111
4	182	184	176	182
5	156	158	134	141
6	171	172	156	158
7	177	179	161	165
8	101	107	87	92
9	144	146	124	127
Среднее значение (M±)	145,6±33,3*	148,3±32,1*	129,2±34,3*	133,7±33,9*
Достоверность отличий	p=0,008		p=0,08	

* - отличия являются достоверными.

ления эффективности наружного использования препаратов, содержащих белковые фракции.

Материалы и методы: в ходе исследования было отобрано 9 человек с диффузным телогеновым выпадением волос. Все пациентки были женщинами, средний возраст которых составлял 30+/-0,8 лет. Эффективность лечения оценивалась с помощью системы видеотрихоскопии (AramoSG, Южн.Корея) до начала лечения и в динамике (через 1 и 3 месяца после начала лечения).

В качестве компонента наружного лечения использовался препарат, состоящий из тетрапептидапротеиногенных аминокислот (валин, тирозин, лизин, аспартамовая кислота), экстракта рускуса, никотиамида и GP4G 0,5% (дигуанозинтетрафосфата). Тетрапептид стимулирует пролиферацию клеток сосочка фолликула, неорусцин стимулирует выработку эндотелиального фактора роста сосудов, GP4G улучшает клеточный обмен, а никотинамид обладает выраженным вазодилатирующим действием. Применялся препарат в объеме не превышающем 1 мл для наружного применения путем втирания

в волосистую часть головы.

Статистическая обработка полученных количественных данных проведена с использованием статистической программы «STATISTICA 6.0». Представление и описание распределений количественных данных проводилось с помощью среднего значения (M) и среднеквадратического отклонения (σ). Сравнение двух связанных групп (до и после лечения) по трихоскопическим параметрам проводилось с помощью критерия Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при степени безошибочного прогноза равной 95% (p<0,05).

Результаты и обсуждение. На фоне лечения были выявлены следующие показатели: количество волос в фазе анагена изменилось от 72,2±3,36 до 74,4±13,0; телогена от 25,8±15,0 до 23,9±3,8; катагена от 2,0±1,0 до 1,8±0,5; vellусных волос от 32,3±4,9 до 30,4±4,11; терминальных волос от 67,8±4,9 до 69,5±4,11.

Средняя плотность волос в АЗЗ изменилась от 145,6±33,3 до 148,3±32,1; в АНЗ от 129,2±34,3 до 133,7±33,9.

Выводы

1. Метод лечения препаратом, содержащим белковые фракции, показал себя как высокоэффективный, что продемонстрировано достоверностью различий не только в увеличении волос в фазе анагена, но и в увеличении средней плотности волос в АЗЗ и в АНЗЗ.
2. На фоне лечения белковыми молекулами достоверно увеличилась средняя плотность волос не только в АЗЗ роста, но и в АНЗЗ.
3. Система наблюдения видеотрихоскопии продемонстрировала высокую эффективность в качестве инструмента оценки результатов лечения телогенового выпадения волос.

Список литературы

1. Е.Ю.Пашенко, О.Ю.Олисова, С. Б. Ткаченко 2010г, «Лечащий врач»
2. Мяделец О.Д., Адашкевич В.П., 2006 Морфофункциональная дерматология
3. Потеев Н.Н, Терещенко Г.П., Гаджигорова А.Г., 2009 Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении очаговой алопеции
4. Шарова А.А. Перспективы применения биологических препаратов в лечении выпадения волос. //Пластическая хирургия и косметология. 2009. - №1.
5. Rudnicka L., 2012 Atlas of Trichoscopy
6. Rook A., Dawber R.; Diseases of the hair and scalp, 1982.

■ МЕЗОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

И.Г. Шиманская, Н.И. Крук
Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Введение: алопеция остается одной из актуальнейших и трудноразрешимых проблем дерматологии. В структуре всех заболеваний волос удельный вес диффузной алопеции составляет более 80% , т.е. является наиболее частой причиной нарушения роста волос, поражая от 30% до 40% людей трудоспособного возраста (Королькова Т.Н. и др. 2008, Dawber R., VanNeste D. 1995, Freinkel R. K., Woodley T. D. 200, Менг Ф.М. и Олейникова Ю.В. 2005). Поражения волос в структуре кожной патологии занимают 4% и около 1% всего населения хотя бы раз наблюдали выпадение волос (Адашкевич В.П. 2000).

Цель: разработать и внедрить метод лечения выпадения волос, основанный на мезотерапевтическом введении препаратов, содержащих факторы роста.

Материалы и методы. В ходе исследования было отобрано: 7 человек с диффузным

телогеновым выпадением волос (мужчин-2, женщин -5), средний возраст -30+/-0,8 лет.

Эффективность лечения оценивалась с помощью системы видеотрихоскопии (Aramo-SG, производство Южная Корея) до лечения, в динамике (1 мес. после начала лечения) и через 3 месяца после окончания лечения. При проведении мезотерапии использовался препарат, имеющий в своем составе сосудистый и эндотелиальный факторы роста. Процедура осуществлялась микродермальными папулами в волосистую часть головы. Объем инъекции равен 0.1 мл, расстояние между вколами 1 см, между линиями введения – 1 см. Количество проведенных процедур – 8, с интервалом 1 раз в 7 дней.

Статистическая обработка полученных количественных данных проведена с использованием статистической программы «STATISTICA 6.0». Представление и описание распределений количественных данных проводилось с помощью среднего значения (M) и среднеквадратического отклонения (). Сравнение двух связанных групп (до и после лечения) по трихоскопическим параметрам проводилось с помощью критерия Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при степени безошибочного прогноза равной 95% (p<0,05).

Таблица № 1
Распределение волос по фазам роста

Пациенты	Анаген		Телоген		Катаген		Веллусные волосы		Терминальные волосы	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1.	71	74	27	24,5	2	1,5	27	26	73	74
2.	73	75	26	24	1	1	32	30	68	70
3.	67	71,2	30	26,4	3	2,4	33	30	67	70
4.	70	74,5	29	24,5	1	1	24	22	76	78
5.	68	73	31	25,5	1	1,5	29	29	71	71
6.	72	76	26	22,6	2	1,4	31	28	69	72
7.	71	74,6	27	23,4	2	2	38	36	62	64
Среднее значение (M±)	70,3±2,13*	74,0±1,55*	28,0±,02*	24,4±1,3*	1,7±0,8	1,5±0,5	30,6±4,5*	28,7±4,3*	69,4±4,5*	71,3±4,3*
Достоверность отличий	p=0,018		p=0,018		p=0,02		p=0,027		p=0,027	

* - отличия являются достоверными.

Результаты и обсуждение. На фоне лечения произошли следующие изменения в показателях трихоскопии: количество волос в фазе анагена изменилось от 72,2±3,36 до 74,4±13,0; телогена от 25,8±15,0 до 23,9±3,8; катагена от 2,0±1,0 до 1,8±0,5; веллусных волос от 30,6±4,5 до 28,7±4,3; терминальных волос от 69,4±4,5 до 71,3±4,3.

Средняя плотность волос в АЗЗ зоне изме-

нилась от 153,1±29,1 до 153,1±29,1 ; в АНЗЗ зоне от 134,6±38,2 до 138,7±37,9.

Выводы

1. Метод лечения мезотерапией с использованием препарата, содержащего сосудистый и эндотелиальный факторы роста, показал себя как высокоэффективный, что продемонстрировано достоверным увеличением волос в фазе анагена

Таблица 2.
Средняя плотность волос в андрогензависимой (АЗЗ) и андрогеннезависимой зонах (АНЗ)

пациенты	Средняя плотность волос (M±), /см² АЗЗ		Средняя плотность волос (M±), /см² АНЗЗ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1	112	119	69	74
2	184	188	167	169
3	187	189	176	180
4	146	156	137	144
5	154	157	151	156
6	168	173	144	147
7	121	126	98	101
Среднее значение (M±)	153,1±29,1*	158,3±27,8*	134,6±38,2*	138,7±37,9*
Достоверность отличий	p=0,18		p=0,18	

и ростом показателя средней плотности волос в АЗЗ и в АНЗЗ зонах.

2. На фоне лечения достоверно возросла средняя плотность волос не только в АЗЗ роста, но и в АНЗЗ.
3. Система наблюдения видеотрихоскопии продемонстрировала высокую эффективность в качестве инструмента оценки результатов лечения телогенового выпадения волос.

Литература

1. Костина С.В., 2009 Исследование цитокинов у детей с очаговой алопецией
2. Мяделец О.Д., Адаскевич В.П., 2006 Морфофункциональная дерматология
3. Шарова А.А. Перспективы применения биологических препаратов в лечении выпадения волос. //Пластическая хирургия и косметология. 2009. - №1.
4. Barahmani N., Donley S., Yang Y., Duvic M. Cytokine profiling of alopecia areata phenotype subsets. // J Acad Dermatol., 2005
5. Gilhar A., Ullmann Y., Berkutzki T. et al. Autoimmune hair loss (alopecia areata) transferred by T-lymphocytes human scalp explants on SCID mice. // J Clin Invest., 1998;
6. Gilhar A., Paus R., Kalish R.S. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata// J Clin Invest., 2007;
7. Rook A., Dawber R.; Diseases of the hair and scalp., 1982

■ ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО КОМПЛЕКСА «КОЛЛОСТ®» И ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ.

Данилова – Скальная С.В.,
к.м.н., врач дерматолог-косметолог, физиотерапевт.

Глубокая восстановительная терапия дермы и биоревитализация. Что это - игра слов или разные понятия? Данный вопрос хотя бы раз возникал у каждого врача-косметолога. Наша задача определиться с понятиями и точками приложения препаратов, с возрастными и клиническими показаниями, расписать курс процедур.

Гидратация дермы является важнейшим фактором, определяющим внешний вид кожи. Содержание воды в дерме, главным образом, зависит от состояния межклеточного вещества, которое на 20–30% состоит из протеогликанов, гликопротеинов, гликозаминогликанов, гиалуроновой кислоты (ГК) и на 70 - 80% общего объема матрикса, из волокнистых структур (коллагена и эластина). Сеть взаимосвязанных полимеров служит гелеобразной средой, обеспечивающей функционирование дермы, заполняет межво-

локонное пространство между коллагеновыми и эластиновыми волокнами, удерживает воду как «молекулярная» губка.

В результате действия ряда неблагоприятных факторов уже с 25 лет происходят изменения её качественного и количественного состава, а значит - уменьшение связанной воды, что приводит к сухости эпидермиса и снижению тонуса дермы. Следовательно, с этого возраста есть показания к применению препаратов на основе ГК для предотвращения процессов старения.

Биоревитализация – термин, который прочно закрепился за методом введения немодифицированной ГК, причем исключительно за ГК в «готовых» шприцах, имеющих более пролонгированный эффект, нежели ГК для коктейлей.

Пример определения биоревитализации: **это метод внутрикожных инъекций немодифицированной гиалуроновой кислоты, позволяющий достигнуть восстановления физиологической среды и нормализации обменных процессов в дерме.**

Сроки биодеградации ГК составляет около 3-10 суток, следовательно, введенной извне ГК через 2 недели уже нет, и удерживает молекулы воды уже вновь синтезированная, связанная с волокнистыми структурами ГК.



КОЛЛОСТ®

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ
КОЛЛАГЕНОВЫЙ КОМПЛЕКС

- ГЛУБОКАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМЫ
- КОРРЕКЦИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ
- КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННО-ДЕПРЕССИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
- ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЖИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И АГРЕССИВНЫХ ПРОЦЕДУР



www.collost.ru

НИАРМЕДИК ПЛЮС
125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, 12
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89

Реклама

С возрастом возможность удержания воды в коже снижается, нарушается ориентация волокнистых структур, снижаются тургор и эластичность кожи.

Волокнистые структуры дермы, начиная с 35 летнего возраста (у пациентов с нарушением обмена белка и нарушением обмена селена, меди, цинка и кремния возможно уже с 30 лет) укрепляются внутри- и межклеточными сшивками, что приводит к метаболической инерции коллагена, замедлению скорости его обмена и затруднению миграции фибробластов.

Коллагеновые волокна формируют своеобразный остов, каркас, дермы, обеспечивая прочность кожи. Они обладают информационно-регуляторной функцией - участвуют в морфогенезе, дифференцировке, регенерации фибробластов, за счет принципа обратной связи, взаимодействуют между различными компонентами межклеточного вещества кожи.

С возрастом происходят структурные и функциональные изменения коллагеновых волокон. В результате биологического и фотостарения изменяется синтез нормального коллагена, увеличивается количество метаболически инертного коллагена и, как следствие - нарушается архитектура дермы: снижается эластичность и упругость кожи, появляются морщины, изменяется форма овала лица.

Главная причина возникновения инволюционных изменений кожи – нарушение равновесия (дисбаланс) между синтезом и распадом коллагена. Следствие - потеря кожей тургора и эластичности.

Этиопатогенетической терапией возрастных изменений кожи является применение коллагенового комплекса «КОЛЛОСТ®».

Глубокая восстановительная терапия дермы - метод физиологического восстановления дермы за счет активации миграции фибробластов, восстановления клеточного микроокружения, стимуляции синтеза собственного молодого коллагена в ответ на интрадермальное введение коллагеносодержащих препаратов.

Механизм действия:

1. Асептический раневой процесс в области вмешательства, высвобождение медиаторов воспаления, приводящий к провоцированию ответной реакции организма в виде стимуляции фибриллогенеза в области коррекции.

2. Активизирует пролиферацию фибробластов и рост нервных волокон (усиление макрофагальной реакции) - резорбция макрофагами гетерологичного коллагена.

3. Выделение термостабильного полипептидного фактора, усиливающего синтез ДНК и пролиферацию фибробластов

4. Стимулирует синтез собственного коллагена, формирует новый аутодермальный слой, действует как шаблон формирования новой ткани, обеспечивает направленный контакт эпителиальных клеток и фибробластов, создавая их оптимальную миграцию и ориентацию.

5. Формирование трехмерного матрикса эластин-коллаген-ГК-гликозаминогликаны-вода-эссенциальные элементы.

Преимущества коллагенового комплекса «КОЛЛОСТ®».

Возможность проведения терапии возрастных изменений кожи в любом возрасте - готовый «строительный материал» способен восстановить структуру кожи даже при ее сниженном регенераторном потенциале.

Ранний эффект - стимуляция синтеза эндогенного коллагена начинается сразу после введения препаратов вследствие высокой биосовместимости.

Стойкий эффект - длительное действие препарата в тканях, направленное на стимуляцию синтеза эндогенного коллагена, обусловлено его замедленной биодеградацией.

Возможность лечения застарелых рубцов и стрий - вследствие запуска коллагеназы, действие которой направлено на разрушение патологического коллагена («сшитого» и подвергшегося гликации).

Результат - реструктурированный дермальный слой с улучшенными эластическими характеристиками, восстановление тургора кожи, уменьшение глубины и степени выраженности морщин.

Практика

Техники введения: - рис?

Курс процедур:

Биоревитализации – стандартный.

Глубокая восстановительная терапия дермы: интенсивный курс 3 – 5 процедур 1 раз в 3-4 недели, поддерживающий 1 раз в 3-4 мес, повторный курс через 12 мес.

Схемы применения

Возраст 25-30 лет.

Фотостарение – классический курс биоревитализации.

Фотостарение с участками атрофии и гипотрофии кожи – биоревитализация №3 – 1 раз в месяц, чередовать с коллагеновым комплексом 7% или 15% 1 раз в месяц от 3 до 5-7 раз, в зависимости от коррекции рубцовых участков. Необходимо сочетать с процедурами по выравниванию макрорельефа.

Возраст 30-35 лет.

Фотостарение (мелкоморщинистый тип старения) - классический курс биоревитализации, заключительный этап – 1 процедура коллагенового комплекса 7% - стабилизация эффекта.

Фотостарение с участками атрофии и гипотрофии кожи – биоревитализация №3 – 1 раз в месяц, чередовать с коллагеновым комплексом 7% 1 раз в месяц от 3 до 5-7 раз, в зависимости от результата. Необходимо сочетать с процедурами по выравниванию макрорельефа.

Возраст от 45 лет и старше.

Преимущественно мелкоморщинистый тип старения:

Мезотерапия – 2-3 процедуры сосудистыми препаратами (капилляротерапия), возможно в комбинации с увлажнителями или регенерантами – 1 раз в 5-7 дней, затем биоревитализацию чередуем с коллагеновым комплексом 7% – 1 раз в 2 нед - № 3-5 каждого препарата, затем поддерживающие процедуры.

Мелкоморщинистый тип старения с гравитационным птозом:

Тактика схожая, рекомендуется к использованию комбинация коллагенового комплекса 7 и 15% в одну процедуру.

Преимущественно крупноморщинистый тип старения с гравитационным птозом и склонностью к отекам на лице.

При такой клинической ситуации необходимо комплексное воздействие:

1) Улучшить микроциркуляцию, уменьшить лимфостаз.

2) Коррекция минерального обмена (наличие грубого дефицита селена, цинка, кремния, меди и калия – может свести процедуры на нет).

3) Мезотерапия с регенерантами, увлажнителями и сосудистыми препаратами – 3-5 процедур (т.к. в данной ситуации многие пациенты плохо переносят биоревитализацию).

4) Комбинированное применение коллагенового комплекса 7 и 15% в одну процедуру – 2-3 процедуры с интервалом в 2-3 недели, затем 1 раз в месяц до 5 процедур. Далее оддерживающий курс.

5) Возможно сочетание коллагенового комплекса, даже в 1 процедуру, с филлерами на основе ГК (контурная пластика или армирование).

Препараты на основе ГК и Коллагеновый комплекс – имеют свои точки приложения и являются взаимодополняемыми.

Применение с 35 лет коллагенового комплекса предпочтительно, чем ГК, с 40 лет обязательно, с 45 лет – коже жизненно необходимо.

Биоревитализацию можно сравнить с поливом цветка водой с небольшим набором микро- и макроэлементов, а глубокая восстановительная терапия дермы – это уже замена истощенной почвы на новую полноценно удобренную почвенную смесь.