

# ПЕРВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ РОСТА НОВЫХ ВОЛОС\*

## DERCOS NEOGENIC

**1 ЗАПАТЕНТОВАННАЯ МОЛЕКУЛА  
[СТЕМОКСИДИН]** Первая молекула, создающая оптимальные условия для пробуждения «спящих» волосяных фолликулов\*\*.

■ РОСТ ВОЛОС ВОЗОБНОВЛЕН

**ГУСТОТА ВОЛОС ПОВЫШАЕТСЯ  
1700 НОВЫХ ВОЛОС ЗА 3 МЕСЯЦА\*\*\***

Подтверждено клиническим исследованием при участии 101 человека.

ВИДИМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ****	1 МЕСЯЦ	3 МЕСЯЦ
КОЖА ГОЛОВЫ МЕНЕЕ ВИДНА	77%	90%
ВОЛОСЫ СИЛЬНЫЕ И ПРОЧНЫЕ	87%	95%

МИРОВАЯ  
ИННОВАЦИЯ



Эксклюзивное предложение и индивидуальная программа восстановления волос.

Узнайте больше сейчас  
[www.neogenic.ru](http://www.neogenic.ru)

**VICHY**  
LABORATOIRES

IFDC 2013

VI Международный форум  
дерматовенерологов  
и косметологов

VI International Forum of Dermatovenerologists  
and Cosmetologists

Программа  
Каталог выставки  
Сборник тезисов

Москва, «Крокус Экспо»  
20–22 марта 2013 года

**1700  
НОВЫХ  
ВОЛОС  
ЗА 3 МЕСЯЦА\*\*\***

■ ПРОТЕСТИРОВАНО ПОД  
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ  
■ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

## Содержание

Приветственное слово .....	3
Организационный комитет.....	4
Программа .....	6
Каталог выставки .....	24
Сборник тезисов .....	73
Содержание сборника тезисов.....	149





## **Уважаемые коллеги!**

Имею честь пригласить вас на VI Международный форум дерматовенерологов и косметологов, который состоится 20–22 марта 2013 года в Москве.

Мероприятие пройдет при активной поддержке Национального альянса дерматологов и косметологов (НАДК), Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (ЕААД) и Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI).

Мы приложили максимум усилий для того, чтобы сделать программу Форума интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области дерматовенерологии и косметологии. Запланированы доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми мы сталкиваемся в своей клинической практике.

Президент форума профессор  
Николай Потekaев

# Организационный комитет

## ОРГАНИЗАТОРЫ

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

## ПРИ УЧАСТИИ

Национальной академии микологии  
Профессионального общества трихологов  
Российской парфюмерно-косметической ассоциации

## ОРГКОМИТЕТ

### Председатель оргкомитета

**Потекаев Николай Николаевич** – Главный дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения города Москвы, Директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Президент Национального альянса дерматологов и косметологов, Президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, профессор (Россия)

### ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

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

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

**Гомберг Михаил Александрович** – Президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем, «ЮСТИ РУ», профессор кафедры дерматовенерологии МГМСУ

### НАУЧНЫЙ СОВЕТ:

**Баткаев Эдуард Алексеевич** – Заведующий кафедрой дерматовенерологии и микологии РУДН, профессор

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

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

**Гейниц Александр Владимирович** – директор ФГУ Государственный научный центр лазерной медицины Федерального Медико-биологического Агентства, профессор, академик ЛАН

**Глазунов Александр Владимирович** – Главный ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы, Главный врач Европейского медицинского центра, профессор кафедры терапии ФУВ РНИМУ им. Н.И.Пирогова, профессор

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

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

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

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

**Лыкова Софья Григорьевна** – Заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Новосибирской государственной медицинской академии, президент Межрегионального объединения «Сибирская ассоциация дерматовенерологов», профессор

**Мантурова Наталья Евгеньевна** – Проректор по учебной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Заведующая кафедрой пластической хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова

**Махнева Наталия Викторовна** – Заместитель директора по научной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии

**Молочков Антон Владимирович** – Заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, профессор

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

**Олисова Ольга Юрьевна** – Заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Первого МГМУ имени И.М.Сеченова, профессор

**Орлова Ольга Ратмировна** – Президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии, профессор кафедры неврологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

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

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

**Решетов Игорь Владимирович** – Заведующий кафедрой онкологии с курсом реконструктивно-пластической хирургии ГОУ ИПК ФМБА, руководитель клиники микрохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, член-корреспондент РАМН, профессор

**Сергеев Алексей Юрьевич** – Профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

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

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

#### **ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ:**

**Гаджигороева Аида Гусейхановна** – Председатель научного общества трихологии, доцент

**Демина Ольга Михайловна** – Координатор научной программы форума, доцент кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова

**Доля Ольга Валентиновна** – Профессор кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ им.Н.И. Пирогова

**Жукова Ольга Валентиновна** – Ученый секретарь Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, доцент

**Забненкова Ольга Владимировна** – Профессор кафедры гомеопатии ИДПО РУДН

**Иванова Маиса Афанасьевна** – Главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития, профессор

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

**Полонская Наталья Анатольевна** – Главный врач Корпорации эстетической медицины «Оптимед»

**Поршина Оксана Владимировна** – Заведующая отделом детской дерматологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, руководитель Центра детской дерматологии и косметологии МНПЦДК

**Фомин Виктор Викторович** – Профессор кафедры терапии и профболезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

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

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

**Шугинина Елена Андреевна** – Заместитель генерального директора «Института Красоты», доцент кафедры восстановительной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

**Цыкин Алексей Александрович** – Доцент кафедры кожных болезней и косметологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова

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

**Сюч Наталья Иосифовна** – Заведующая центральной верификационной КДЛ Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии

# 20 марта

Большой зал

зал №1

9:00

9:15

9:30

9:45

10:00

Торжественное открытие Форума

10:30 Секция

Научные тренды фундаментальной медицины в дерматовенерологии.

*Сопредседатели: Н.Н. Потехаев, А.А. Кубанова, Н.Е. Мантурова, К.И. Разнатовский, Н.Г.*

11:00 *Короткий, М.А. Гомберг, А.И. Труханов*

11:15

11:30

11:45

12:00

12:15

Секция

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть I.

*Сопредседатели: Н.Н. Потехаев, О.Ю. Олисова, Ю.Н. Перламуртов*

13:00

13:15

13:30

13:45

14:00

Секция

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть I (продолжение).

*Сопредседатели: Н.В. Махнева, Э.А. Баткаев, А.Л. Тищенко*

14:30

14:45

15:00

15:15

15:30

15:45

16:00

Секция

Последние тенденции в диагностике и терапии болезней кожи.

*Сопредседатели: В.В. Владимиров, Н.Г. Короткий*

16:15

16:30

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

18:30

Секция

Инъекционные технологии в косметологии.

*Сопредседатели: Я.А. Юцковская, О.Р. Орлова*

Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Ля Рош Позе».

Стратегия и тактика ведения пациентов с акне.

*Председатель: Я.А. Юцковская*

Секция

Инъекционные технологии в косметологии. Вольюметрическая коррекция лица.

Видеодемонстрация.

*Сопредседатели: Е.А. Шугина, Филипп Делре*

– Базовая программа

– Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

зал №2

зал №3

зал №4

9:00

9:15

9:30

9:45

10:00

10:15

10:30

10:45

11:00

11:15

11:30

11:45

12:00

12:15

12:30

12:45

13:00

13:15

13:30

13:45

14:00

14:15

14:30

14:45

15:00

15:15

15:30

15:45

16:00

16:15

16:30

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

18:30

Секция

**Организация оказания дерматовенерологической помощи. Часть I.**

*Сопредседатели: В.И. Кисина, М.А. Иванова, Л.Б. Важбин*

I Съезд Национального общества трихологов.  
**Стволовые клетки ВФ, сигнальные пептиды и факторы роста.**

*Сопредседатели: И.А. Попова, В.П. Ткачев*

Сателлитный симпозиум.

При поддержке компании «Сандоз».

**Онихомикозы - клинические наблюдения и концепция эффективности терапии.**

Сателлитный симпозиум.

При поддержке компании «Галдерма»

**Решение задач врача и пациента в терапии псориаза волосистой части головы.**

*Сопредседатели: И.М. Корсунская, В.В. Мордовцева*

I Съезд Национального общества трихологов.  
Сателлитный симпозиум.

При поддержке компании VICHY.

**Инновационные решения для роста новых волос.**

Секция

**Современные технологии светотерапии в косметологии.**

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

I Съезд Национального общества трихологов.

**Практические аспекты трихологии.**

*Председатель А.Г. Гаджигорова*

Мастер-класс.

При поддержке компании «Ля Рош Позе»

**Дерматоскопия.**

*Участники: Д.А. Древаль, Е.А. Шугина, Л.В. Демидов*

I Съезд Национального общества трихологов.  
**Клиническая трихология.**

*Сопредседатели: С.Ф. Каюмов, А.Г. Гаджигорова*

Сателлитный симпозиум.

При поддержке компании «Валеант».

**Многообразие подходов к терапии наиболее распространенных дерматозов: вчера, сегодня, завтра.**

*Председатель О.Ю. Олисова*

# 21 марта

## Большой зал

## зал №1

9:00	<p>Симпозиум «Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ» <b>Современные проблемы инфекций, передаваемых половым путем. Часть I.</b> <i>Сопредседатели: О.К. Лосева, М.А. Гомберг, О.В. Доля</i></p>		
9:15			
9:30			
9:45			
10:00			
10:15		<p>Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии» <b>Псориатический артрит. Ранняя диагностика.</b> <i>Сопредседатели: Н.Н. Потеекаев, Э.А. Баткаев, Т.В. Коротаева</i></p>	
10:30			
10:45			
11:00			
11:15			
11:30			
11:45	<p>Симпозиум «Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ» <b>Современные проблемы инфекций, передаваемых половым путем. Часть II.</b> <i>Сопредседатели: Jonathan Ross, Angelika Stary, В.И. Кисина</i></p>	<p>Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии» <b>ИППП и репродуктивное здоровье.</b> <i>Сопредседатели: Э.А. Баткаев, И.А. Аполихина, И.В. Виноградов</i></p>	
12:00			
12:15			
12:30			
12:45			
13:00			
13:15	<p>V Российский герпес-форум. <i>Сопредседатели: Raj Patel, А.А. Халдин, М.А. Гомберг</i></p>	<p>Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии» <b>Микология. Дерматовенерология.</b> <i>Сопредседатели: Э.А. Баткаев, С.А. Бурова</i></p>	
13:30			
13:45			
14:00			
14:15			
14:30		<p>Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии» <b>Дерматология. Косметология. Деструктивная терапия.</b> <i>Сопредседатели: Э.А. Баткаев, С.А. Масюкова</i></p>	
14:45			
15:00			
15:15			
15:30			
15:45	<p>V Российский герпес-форум. <i>Сопредседатели: А.А. Халдин, Е.В. Матушевская, И.В. Полеско</i></p>		
16:00			
16:15			
16:30			
16:45			
17:00			
17:15			
17:30	<p>Круглый стол <b>ВИЧ и ИППП – диагностика и профилактика.</b> <i>Участники: Н.Н. Потеекаев, М.А. Гомберг, В.И. Кисина, О.В. Доля, О.К. Лосева, А.А. Халдин, Е.В. Матушевская, Е.В. Орлова</i></p>		
17:45			
18:00			
18:15			
18:30			

– Базовая программа

– Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

## зал №2

## зал №3

## зал №4

			9:00
			9:15
		Секция <b>Детская дерматология и косметология.</b> <i>Сопредседатели: В.И. Альбанова, Н.Ф. Заторская, О.В. Поршина</i>	9:30
			9:45
I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. <b>Пленарное заседание.</b> Мастер-классы <b>Дерматоскопия в практике онколога.</b> <b>Дерматоскопия как метод ранней диагностики пигментных злокачественных опухолей кожи.</b>	Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care) <b>Актуальные аспекты наружной терапии стероидчувствительных дерматитов.</b> <i>Сопредседатели: А.В. Молочков, И.В. Хамаганова</i>		10:00
			10:15
			10:30
			10:45
			11:00
			11:15
			11:30
			11:45
I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. <b>Организация и практика дерматоскопической службы</b> <i>Сопредседатели: И.Г. Сергеева, Д.Н. Кушкин, И.Е. Синельников</i>	Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Галдерма» <b>Инновации в лечении и уходе за проблемной кожей.</b> <i>Сопредседатели: Н.Н. Потеев, И.М. Корсунская</i>	Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер (отдел Женское здоровье)» <b>Здоровье женщины от менархе до менопаузы.</b>	12:00
			12:15
			12:30
			12:45
Круглый стол <b>К единому протоколу дерматоскопического исследования.</b>			13:00
			13:15
			13:30
I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. <b>Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи</b> <i>Сопредседатели: Д.А. Древаль, М.В. Устинов, Г.В. Драгун</i>	Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care) <b>Постпубертатное акне у женщин. Современные алгоритмы профилактики и терапии.</b> <i>Председатель Я.А. Юцковская</i>	Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care) <b>Пациент с осложнённым атопическим дерматитом и микробной экземой. Выбор наружной терапии.</b> <i>Председатель К.И. Разнатовский</i>	13:45
			14:00
			14:15
			14:30
			14:45
			15:00
<b>Заседание Российского корпуса экспертов в области дерматоскопии.</b> <i>Модераторы: А.Д. Гетьман, В.Е. Добровольский, А.Ю. Сергеев</i>		Секция <b>Болезни ногтей. Современное состояние проблемы. Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.</b> <i>Сопредседатели: В.В. Владимир, Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова, А.А. Цыкин</i>	15:15
			15:30
			15:45
II Весенняя сессия Национальной академии микологии Интерактивный семинар <b>Микозы как микст-инфекции.</b> <i>Ведущий: А.Ю. Сергеев</i>		Секция <b>Современная концепция терапевтических алгоритмов в дерматологии. Часть I.</b> <i>Сопредседатели: Е.В. Матушевская, С.В. Ключарева</i>	16:00
			16:15
			16:30
			16:45
			17:00
			17:15
			17:30
<b>К 100-летию З.Г. Степанищевой</b> <i>Модераторы: С.А. Бурова, Ж.В. Степанова, А.Б. Яковлев</i>			17:45
			18:00
			18:15
			18:30

# 22 марта

## Большой зал

## зал №1

9:00		
9:15		
9:30		
9:45		
10:00		
10:15	Секция <b>Дерматоонкология. Доброкачественные опухоли кожи.</b>	Секция <b>Методы физиотерапии в дерматологии. Часть I.</b>
10:30	<i>Сопредседатели: А.В. Молочков, А.Н. Хлебникова</i>	<i>Сопредседатели: Л.С. Круглова, Е.Ф. Странацко, О.Ю. Олисова</i>
10:45		
11:00		
11:15		
11:30		
11:45		
12:00	Мастер-класс <b>Дерматоонкология.</b>	Секция <b>Методы физиотерапии в дерматологии. Часть II.</b>
12:15	<i>А.Н. Хлебникова, Е.В. Селезнева, О.И. Шугинина</i>	<i>Сопредседатели: Л.С. Круглова, Т.В. Кончугова, А.Г. Стенько</i>
12:30		
12:45		
13:00		
13:15		
13:30		
13:45	Секция <b>Дерматоонкология. Злокачественные опухоли кожи.</b>	Секция <b>Инновационные методы реабилитации человека в практике эстетической медицины I.</b>
14:00	<i>Сопредседатели: А.В. Молочков, Е.С. Снарская</i>	<i>Сопредседатели: А.И. Труханов, Т.В. Пучкова</i>
14:15		
14:30		
14:45		
15:00		
15:15		
15:30		
15:45	Секция <b>Лимфопролиферативные заболевания кожи.</b>	Секция <b>Инновационные методы реабилитации человека в практике эстетической медицины II.</b>
16:00	<i>Сопредседатели: А.В. Молочков, О.Ю. Олисова</i>	<i>Сопредседатели: Е.А. Шугинина, И.К. Жукова</i>
16:15		
16:30		
16:45		
17:00		
17:15		
17:30		
17:45		
18:00		
18:15		
18:30		

– Базовая программа

– Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

зал №2

зал №3

зал №4

9:00

9:15

9:30

9:45

10:00

2 Весенняя сессия Национальной академии микологии  
Симпозиум  
**Новые стандарты терапии микозов.**  
Ведущие: А.Ю. Сергеев, Ж.В. Степанова

Сателлитный симпозиум.  
При поддержке компании «Астеллас».  
**Такролимус в практике врача-дерматолога.**  
Сопредседатели: О.Ю. Олисова, Н.Г. Кочергин

Секция  
**Эстетическая медицина: настоящее и будущее.**  
Сопредседатели: Я.А. Юцковская, С.В. Ключарева

10:15

10:30

10:45

11:00

11:15

11:30

11:45

II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи  
Симпозиум  
**Оптическая когерентная томография в дерматологии.**  
Председатель Г.А. Петрова

Секция  
**Дерматология: инновации в науке и практике. Часть II**  
Сопредседатели: В.А. Молочков, Ю.С. Бутов

Секция  
**Новые технологии в косметологии.**  
Сопредседатели: Т.Н. Королькова, С.В. Ключарева, О.М. Демина

12:00

12:15

12:30

12:45

13:00

13:15

Мастер-классы:  
**Дерматоскопия в диагностике чесотки.**  
Ведущий А.П. Малярчук

**Трихоскопия и фототрихограмма в диагностике алопеций.**  
Ведущий В.П. Ткачев

**Дерматоскопия в диагностике базалиомы.**  
Ведущий Д.А. Древаль

Секция  
**Дерматология: инновации в науке и практике. Часть II (продолжение)**  
Сопредседатели: С.В. Ключарева, Н.Г. Короткий

Секция  
**Новое в диагностике, терапии и профилактике ИППП.**  
Сопредседатели: Р.М. Загздинова, И.Г. Сергеева

13:30

13:45

14:00

14:15

14:30

14:45

15:00

15:15

I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи  
Симпозиум  
**Новое в флуоресцентной диагностике кожи и фотодинамической терапии дерматозов.**  
Сопредседатели: В.Б. Лоценов, В.Ю. Сергеев, С.Р. Утц

Конкурс молодых ученых  
Председатель Н.Н. Потехаев

Секция  
**Современная концепция терапевтических алгоритмов в дерматологии. Часть II.**  
Сопредседатели: Е.В. Матушевская, С.В. Ключарева

15:30

15:45

16:00

16:15

16:30

16:45

Круглый стол  
**Преподавание дерматоскопии.**  
Ведущие: Е.А. Шуганина, С.В. Ключарева, А.С. Максимова

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

18:30

## Большой зал

10:00-10:20

Торжественное открытие Форума

10:20-12:00

### Секция

Научные тренды фундаментальной медицины в дерматовенерологии.

Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, А.А. Кубанова, Н.Е. Мантурова, К.И. Разнатовский, Н.Г. Короткий, М.А. Гомберг, Т.Н. Коралькова

Трудности и новые перспективы в лечении тяжелого псориаза.

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

Анализ зарубежных и отечественных стандартов по ведению больных ИППП.

В.И. Кисина (Москва, Россия)

Грибовидный микоз.

Т.Н. Коралькова (Санкт-Петербург, Россия)

Доброкачественные лимфолифферативные заболевания кожи.

Н.С. Потекаев, О.Ю. Олисова, Л.П. Плиева (Москва, Россия)

12:15-13:45

### Секция

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть I.

Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, О.Ю. Олисова, Ю.Н. Перламуртов

Международные принципы патогенетической терапии псориаза и их отражение в Европейских рекомендациях.

Н.Н. Потекаев (Москва, Россия)

Фототерапия акне.

О.Ю. Олисова (Москва, Россия)

Роль Toll-подобных рецепторов при инфекционной кожной патологии.

С.А. Масюкова (Москва, Россия)

Современные аспекты терапии псориаза.

В.А. Молочков (Москва, Россия)

Длительное применение биологических препаратов в лечении псориаза.

Д.Н. Серов (Москва, Россия)

14:00-15:30

### Секция

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть I (продолжение).

Сопредседатели: Н.В. Махнева, Э.А. Баткаев, Ю.Н. Перламуртов

Продукция специфических аутоантител при аутоиммунной пузырчатке в стадии клинической ремиссии.

Н.В. Махнева, Е.Б. Давиденко, Л.В. Белецкая (Москва, Россия)

Совершенствование лечения грибковых поражений кожи и ногтей пластинок.

С.А. Бурова (Москва, Россия)

Новое направление в наружной терапии онихомикоза.

К.Б. Ольховская (Москва, Россия)

Изучение морфогенетических особенностей кожи больных буллезным эпидермолизом – основа для разработки персонализированных методов лечения.

Е.В. Петерсен, Е.С. Черныш, Н.В. Махнева (Москва, Россия)

Стратегия современного наружного лечения АД.

Е.В. Матушевская (Москва, Россия)

Состояние чувствительной кожи в практике дерматокосметолога.

Ю. Ю. Дьяченко

15:45-17:30

### Секция

Последние тенденции в диагностике и терапии болезней кожи.

Сопредседатели: В.В. Владимиров, Н.Г. Короткий

Комбинированное лечение псориаза метотрексатом и широкополосной средневолновой фототерапией.

В.В. Владимиров, Д.В. Григорьев, Н.С. Сирмайс

Современные возможности наружной коррекции ксерозов кожи.

Н.Г. Короткий (Москва, Россия)

Параметры врожденного иммунитета у больных тяжелыми формами акне.

О.М. Демина (Москва, Россия)

Применение ферментов в комплексном лечении пациентов с келоидными и гипертрофическими рубцами.

А.Г. Стенько (Москва, Россия)

Эндокринопатия в практике дерматовенеролога

Н.Н. Потекаев, В.В. Петунина (Москва, Россия)

## Зал №1

12:15-13:45

### Секция

Инъекционные технологии в косметологии.

Сопредседатели: Я.А. Юцковская, О.Р. Орлова

Техники и дозы коррекции гипертонуса мышц нижней трети лица.

Я.А. Юцковская (Москва-Владивосток, Россия)

Методики ботулинотерапии признаков старения кожи шеи и декольте в комплексе.

А.В. Сайбель (Челябинск, Россия)

Асимметрии в нижней трети лица: диагностика и ботулинотерапия.

О.Р. Орлова, Л.Р. Мингазова, М.И. Сойхер, С.В. Суровых, Е.В. Саксонова (Москва, Россия)

Новый взгляд на эстетическую коррекцию нижней трети лица dental-facelifting.

М.И. Сойхер, О.Р. Орлова (Москва, Россия)

14:00-15:30

### Сателлитный симпозиум. При поддержке компании

«Ля Рош Позе».

Стратегия и тактика ведения пациентов с акне.

Председатель Я.А. Юцковская

Современные подходы к ведению пациентов с акне.  
Я.А. Юцковская (Москва-Владивосток, Россия)  
Эстетическое решение вопроса акне и постакне.  
Г.Н. Бурцева (Москва, Россия)  
Роль сбалансированной диеты при проблемах кожи.  
А.С. Белоусова (Москва, Россия)

**15:45-18:00**

#### **Секция**

Инъекционные технологии в косметологии. Вольюметрическая коррекция лица. Видеодемонстрация.  
Сопредседатели: Е.А. Шугина, Филипп Депре

Изотип лица, выбор техники - прогнозирование результата.  
Я.А. Юцковская (Москва-Владивосток, Россия)  
Методики коррекции периорбитальной области ГК разной плотности.  
А.В. Сайбель (Челябинск, Россия)  
Коррекция периоральной области - общее и разное в диагностике, технике и результатах - мужчина и женщина.  
И.Б. Руденко (Киев, Украина)  
Техники коррекции объема красной каймы губ.  
Е.В. Тимошенко (Воронеж, Россия)  
Pixelpeel: показания к применению, техника, результаты.  
Филипп Депре, Е. Ранева (Испания)  
Вольюметрическая коррекция темпоральной зоны лица.  
Я.А. Юцковская (Москва-Владивосток, Россия)  
Лечение трех разных паттернов гипертонуса глabella Ботулотоксином.  
А. Дэниел Ареас (Мадрид, Испания)  
Мониторинг состояния кожи и объективизация результатов лечения в косметологии. Ультразвуковое исследование кожи.  
А.П. Безуглый, Н.Н. Потехаев, Н.Н. Бикбулатова, П.А. Белков (Москва, Россия)

## **Зал №2**

**12:15-14:35**

#### **Секция**

Организация оказания дерматовенерологической помощи. Часть I.  
Сопредседатели: В.И. Кисина, М.А. Иванова, Л.Б. Важбин

Современное состояние ИППП в Российской Федерации.  
М.А. Иванова, О.В. Романова, В.С. Шаповалов, М.В. Воробьев (Москва, Россия)  
Роль миграционных потоков в поддержании неблагоприятной эпидемиологической ситуации по социальным инфекциям.  
М.А. Уфимцева, Н.Л. Струин, Ю.М. Бочкарев, Н.Н. Струина, Е.П. Гурковская (Екатеринбург, Россия)  
Эпидемиологическая ситуация по ИППП в Российской Федерации: данные официальной статистики и реалии.  
Н.С. Анисимова (Москва, Россия)

Два года работы по новым формам федерального статистического наблюдения: достижения и утраты.  
Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова, О.В. Залевская (Москва, Россия)  
Организация выявления и профилактики ИППП в условиях ведомственного подчинения.  
В.П. Ковалык (Москва, Россия)  
Организация медицинской помощи больным с новообразованиями кожи.  
В.Н. Волгин, М.С. Колбина, М.А. Кабанова, О.В. Тришкина, Р.В. Кагоянц (Москва, Россия)  
Особенности выявления больных ИППП в странах зарубежья.  
Е.А. Варавикова (Москва, Россия)  
Организационные основы межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья.  
О.В. Армашевская (Москва, Россия)  
Организация последипломного повышения квалификации персонала системы социальной защиты и социального обеспечения по вопросам профилактики и ухода при гериатрических синдромах, связанных с поражением кожных покровов.  
А.Н. Ильницкий (Москва, Россия)  
К вопросу о разработке стандарта обследования больных пожилого и старческого возраста при кожных проявлениях соматической патологии.  
К.И. Прощаев (Москва, Россия)  
Нормативно-правовые документы, регламентирующие ведение больных пожилого и старческого возраста с пролежнями, и их применение в реальной клинической практике.  
С.Г. Горелик (Белгород, Россия)  
Медико-психологические аспекты поведения детей, родившихся от матерей серопозитивных по сифилису  
О.В. Поршина, М.А. Иванова, Л.Г. Воронина, И.В. Шулаева, С.В. Андреев (Москва, Россия)  
Региональный опыт улучшения качества стационарной дерматологической помощи  
О.Н. Померанцев (Москва, Россия)

**14:45-16:15**

#### **Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Галдерма»**

Решение задач врача и пациента в терапии псориаза волосистой части головы.  
Сопредседатели: И.М. Корсунская, В.В. Мордовцева

Современные стандарты терапии псориаза.  
Д.Н. Серов (Москва, Россия)  
Рациональный выбор топических стероидов при лечении псориаза.  
В.В. Мордовцева (Москва, Россия)  
Инновационные подходы в лечении псориаза волосистой части головы.  
И.М. Корсунская (Москва, Россия)

16:30-18:00

**Мастер-класс. При поддержке компании «Ля Рош Позе» Дерматоскопия.**

Значение дерматоскопии в диагностике злокачественных опухолей кожи.

Д.А. Древаль (Санкт-Петербург, Россия)

Меланома: сложности дифференциального диагноза и патогенетически обусловленные меры профилактики.

Е.А. Шугина, Л.В. Демидов (Москва, Россия)

## Зал №3

12:15-12:30

**I Съезд Национального общества трихологов. Открытие.**

Вступительное слово.

А.Г. Гаджигороева (Москва, Россия)

О возможностях сайта НП «Профессиональное общество трихологов».

Д.А. Сошников (Москва, Россия)

12:30-13:15

**I Съезд Национального общества трихологов.**

Стволовые клетки ВФ, сигнальные пептиды и факторы роста.

Сопредседатели: В.П. Ткачѐв, И.А. Попова

Влияние внешних воздействий на слабосвязанные белки стержня волоса человека.

Н.В. Смолина (Москва, Россия)

Пептиды и факторы роста как регуляторы жизнедеятельности волосяного фолликула.

Т.В. Цимбаленко (Москва, Россия)

Стволовые клетки волосяных фолликулов и роль гипоксии в их функционировании.

А.Г. Гаджигороева (Москва, Россия)

13:20-14:50

**I Съезд Национального общества трихологов.**

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании VICHY. Инновационные решения для роста новых волос.**

Стемоксидин: биомиметическое воздействие на стволовые клетки "спящих" фолликулов. Теория и практика.

М.В. Халдина (Москва, Россия)

Проблема выбора средств для снижения выпадения волос, стимуляции их роста и профилактики фиброзных изменений.

Н.Г. Барунова (Москва, Россия)

Мастер-класс по избранным вопросам трихоскопии и фототрихограммы в рамках практического курса Международной Трихологической Ассоциации (International Association of Trichologists, IAT).

В.П. Ткачев (Москва, Россия)

15:20-16:50

**I Съезд Национального общества трихологов. Практические аспекты трихологии.**

Практические аспекты трихологии.

Председатель А.Г. Гаджигороева

Практическое здравоохранение: сложности в постановке трихологических диагнозов.

Т.В. Чистякова (Москва, Россия)

Стероидчувствительные дерматозы волосистой части головы.

В.Г. Акимов (Москва, Россия)

Использование физиотерапии в трихологии. Мифы и реальность.

С.Ф. Каюмов (Санкт-Петербург, Россия)

Скрининговые исследования половых и адреналовых гормонов у пациентов с выпадением волос: от общего к частному.

В.П. Ткачѐв (Москва, Россия)

Современный комбинированный подход к терапии диффузной алопеции.

И.В. Верхогляд, С.Б. Ткаченко (Москва, Россия)

Эффективность лечения выпадения волос с учётом измерений показателей биохимических свойств волоса.

Е.И. Дмитриева (Москва, Россия)

17:00-18:15

**I Съезд Национального общества трихологов. Клиническая трихология.**

Клиническая трихология.

Сопредседатели: С.Ф. Каюмов, А.Г. Гаджигороева

Коррекция метаболической активности тестостерона при андрогенетической алопеции различного генеза.

А.Г. Гаджигороева (Москва, Россия)

Неинвазивные и малоинвазивные техники в трихологии.

И.А. Попова (Киев, Украина)

Редкие находки в практике трихолога: декальвирующий фолликулит и невус Ядассона.

Т.В. Силюк (Москва, Россия)

Перспективы использования комбинированного препарата с себорегуляторным и стимулирующим рост волос эффектами.

С.Ф. Каюмов (Санкт-Петербург, Россия)

Стимулятор роста волос миноксидил в лечении алопеций.

Г.П. Терещенко (Москва, Россия)

Эффективность таурина в лечении диффузной алопеции.

К.Л. Варданян (Москва, Россия)

Принятие резолюции съезда.

## Зал №4

12:15-13:45

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Сандоз». Онихомикозы - клинические наблюдения и концепция эффективности терапии.**

Онихомикозы – ошибки и решения.

С.Г. Лыкова (Новосибирск, Россия)

Патогенетическое обоснование наружной терапии микозов.

О.В. Жукова (Москва, Россия)

Травматическая и инфекционная патология ногтей в практике врача-дерматолога.

А.А. Цыкин (Москва, Россия)

## 14:00-16:15

### Секция

Современные технологии светотерапии в косметологии.

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

Лазерные технологии в коррекции возрастных изменений: актуальность, эффективность, потребность.

А.В. Гейниц (Москва, Россия)

Фототерапия акне.

О.Ю. Олисова, И.В. Верхогляд, А.В. Махмудов (Москва, Россия)

Новое поколение CO<sub>2</sub> лазеров в косметологии – перспективы применения.

И.Я. Пинсон (Москва, Россия)

Новая эпоха фракционного лазерного омоложения Affirm (США).

Н.П. Михайлова (Москва, Россия)

Осложнения лазерных воздействий и методы их коррекции.

Н.А. Полонская (Москва, Россия)

Лазеры в коррекции пигментных и сосудистых нарушений.

О.В. Шептий (Москва, Россия)

Преимущества лазерных воздействий в лечении розацеа.

А. Мимов (Москва, Россия)

Лазерные технологии в эстетической коррекции возрастных изменений.

Е.А. Санчес (Москва, Россия)

## 16:30-18:00

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Валеант».**

Многообразие подходов к терапии наиболее распространенных дерматозов: вчера, сегодня, завтра.

Председатель О.Ю. Олисова

Алгоритм ведения больных с псориазом.

О.Ю. Олисова (Москва, Россия)

Рациональный выбор топических стероидов при лечении атопического дерматита.

Н.Г. Кочергин (Москва, Россия)

Лечение трофических язв и инфицированных дерматозов.

О.Б. Тамразова (Москва, Россия)

21 марта

## Большой зал

9:00-11:30

**Симпозиум «Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ»**  
Современные проблемы инфекций, передаваемых половым путем. Часть I.

Сопредседатели: О.К. Лосева, М.А. Гомберг, О.В. Доля

Аутоантитела к белкам нервной системы у больных поздним нейросифилисом.

О.К. Лосева, И.Г. Шульгина, Ю.Ю. Устьянцев, О.В. Жиангерова, О.И. Алейникова (Москва, Россия)

Поздние проявления сифилиса в призме дифференциальной диагностики.

О.В. Доля (Москва, Россия)

Аногенитальные бородавки: новые возможности профилактики и лечения.

М.А. Гомберг (Москва, Россия)

Расширение возможностей вакцинации против ВПЧ.

Г.Н. Минкина (Москва, Россия)

ВЗОМТ, как осложненная форма ИППП.

В.И. Кисина (Москва, Россия)

Дискуссия.

11:45-13:15

**Симпозиум «Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ»**  
Современные проблемы инфекций, передаваемых половым путем. Часть II.

Сопредседатели: Jonathan Ross, Angelika Stary, В.И. Кисина

Нерешенные вопросы противовоспалительной терапии.

В.Е. Радзинский (Москва, Россия)

Современное состояние проблемы лечения ВЗОМТ: что нового? (An update on the treatment of pelvic inflammatory disease: what is new?).

Jonathan Ross (Великобритания)

Хламидийная и гонококковая инфекция: что нового в диагностике и лечении.

Angelika Stary (Вена, Австрия)

Дискуссия.

13:30-15:15

**V Российский герпес-форум.**

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

**Актовая лекция**

Последние достижения в нашем понимании генитальной ВПГ-инфекции» (Recent developments in our understanding of Genital HSV Infections).

Raj Patel (Лондон, Великобритания)

Современные представления о клинике и лечении дерматологического синдрома герпетической болезни.

А.А. Халдин (Москва, Россия)

15:30-17:15

**V Российский герпес-форум.**

Сопредседатели: А.А. Халдин, Е.В. Матушевская, И.В. Полеско

Интерферонотерапия и профилактика герпес-вирусных инфекций.  
И.В. Полеско (Москва, Россия)

Дерматологические аспекты опоясывающего герпеса: клиника и терапия.

Е.В. Матушевская (Москва, Россия)

Клинические особенности течения и терапии, заболеваний вызванных вирусом варицелла-зостер у детей.

О.Б. Тамразова (Москва, Россия)

Неврологические осложнения опоясывающего герпеса: современные подходы к терапии.

Е.Г. Филатова (Москва, Россия)

Клинические особенности простого и опоясывающего герпеса на фоне онкологических заболеваний и ВИЧ-инфекции.

Е.В. Орлова (Москва, Россия)

Алгоритм ботулинотерапии у пациентов с герпес-вирусной инфекцией.

А.В. Сайбель (Челябинск, Россия)

Дискуссия.

17:30-18:15

**Круглый стол.**

ВИЧ и ИППП – диагностика и профилактика.

Участники: Н.Н. Потеев, М.А. Гомберг, В.И. Кисина, К.И. Разнатовский, О.В. Доля, О.К. Лосева, А.А. Халдин, Е.В. Матушевская

В ходе круглого стола планируется обсуждение следующих тем: динамика заболеваемости ВИЧ и ИППП, клинические особенности на современном этапе, актуальные вопросы и алгоритмы диагностики, профилактики и терапии.

Использование видео и интернет-технологий в профилактике заболеваний, обусловленных поведением (ИППП, ВИЧ-инфекция).

Видеодемонстрация.

М. Гришин (Москва, Россия)

## Зал №1

10:00-11:30

**Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии»**

Псориатический артрит. Ранняя диагностика.

Сопредседатели: Н.Н. Потеев, Э.А. Баткаев, Т.В. Коротаева

Псориатический артрит: проблемы ранней диагностики.

Вступительное слово

Н.Н. Потеев (Москва, Россия)

Псориатический артрит: эпидемиология, классификация, клиника, общие принципы диагностики и лечения.

Т.В. Коротаева (Москва, Россия)

Что должен знать дерматолог о псориатическом артрите. Скрининг ПСА у больных псориазом.

Д.Н. Серов (Москва, Россия)

Ранняя клинико-инструментальная диагностика псориатического артрита.

Е.Ю. Логинова (Москва, Россия)

Фитотерапия псориатического артрита.

В.Ф. Корсун, Е.В. Корсун (Москва, Россия)

Значение анализа симптомов поражения кожи для диагностики псориатической артропатии.

О.С. Зыкова (Витебск, Республика Беларусь)

### 11:45-13:15

**Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии»**

ИППП и репродуктивное здоровье.

Сопредседатели: Э.А. Баткаев, И.А. Аполихина, И.В. Виноградов

ИППП и репродуктивное здоровье.

М.А. Иванова, Э.А. Баткаев (Москва, Россия)

Современные возможности достижения элиминации вируса папилломы человека у больных остроконечными кондиломами.

Н.В. Баткаева (Москва, Россия)

Воспалительные процессы и мужская репродукция.

М.Ю. Гоблия (Москва, Россия)

Спермиологические исследования и клиническая практика.

И.В. Виноградов (Москва, Россия)

Опыт применения ФД и ФДТ с препаратом Аласенс® для лечения краурозов, кандидозов в гинекологии.

И.А. Аполихина (Москва, Россия)

Первый опыт использования эрбиевого лазера в неаблативном режиме в России.

И.А. Аполихина (Москва, Россия)

Роль микробной биопленки в формировании урогенитального кандидоза у женщин.

И.В. Чеботарь (Нижний Новгород, Россия)

### 13:30-15:30

**Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии»**

Микология. Дерматовенерология.

Сопредседатели: Э.А. Баткаев, С.А. Бурова

Микозы как фактор отягощения хронических дерматозов.

Э.А. Баткаев, И.А. Чистякова (Москва, Россия)

Актиномикоз и хронические гнойно-воспалительные заболевания в клинической практике.

С.А. Бурова, Г.В. Титова, Ф.Л. Эмирасланов, А.А. Балыков, Л.П. Селиванова, Н.К. Власюк, В.В. Савенков (Москва, Россия)

Актиномикоз и воспалительные заболевания слезоотводящих путей.

М.В. Сидорова (Москва, Россия)

Особенности инфекционного и микотического поражения у больных синдромом диабетической стопы.

А.Б. Земляной, Е.И. Глоба, Э.А. Баткаев (Москва, Россия)

Современные технологии в лечении вульвовагинального кандидоза.

И.А. Аполихина, К.О. Аслаян (Москва, Россия)

Саркоидоз в практике врача-дерматовенеролога.

И.А. Чистякова (Москва, Россия)

ФДТ с препаратом Фотосенс® аппликационно для лечения псориаза (легких и средних форм) и акне.

О.В. Димитриади (Москва, Россия)

Поверхностные микозы в амбулаторной практике: проблема и ее решение.

Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук (Москва, Россия)

### 15:45-17:30

**Весенняя сессия XIX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии и косметологии, гинекологии, андрологии»**

Дерматология. Косметология. Деструктивная терапия.

Сопредседатели: Э.А. Баткаев, С.А. Масюкова

Значение липокалина-2 в оптимизации лечения акне.

С.А. Масюкова, С.А. Санакоева, Э.В. Введенская, П.М. Алиева,

Г.Д. Мамашева (Москва, Россия)

Оценка эффективности низких доз изотретиноина при acne vulgaris.

Э.А. Баткаев, Ю.С. Молодова (Москва, Россия)

Топические ретиноиды в лечении угревой болезни.

А.В. Карпова (Москва, Россия)

Радиоволновая деструкция в практике дерматолога и косметолога.

Н.В. Баткаева (Москва, Россия)

Оценка эффективности криогенных методов в дерматовенерологии и косметологии.

О.Н. Померанцев, Э.В. Рассадина (Москва, Россия)

Клинический опыт применения лазеров в дерматокосметологии: результаты, сложности, перспективы.

Н.Г. Калашникова, Д.С. Уракова (Москва, Россия)

Изучение состояния МЦР кожи и алгоритм обследования пациентов с 1 и 2 подтипами розацеа.

В.В. Гладько, С.А. Масюкова, Д.Б. Кульчицкая, И.В. Ильина, Е.В. Горбакова (Москва, Россия)

## Зал №2

### 10:00-10:30

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

Пленарное заседание

Сопредседатели: Ю.В. Сергеев, Н.Н. Потеев, Л.В. Демидов, Е.А. Шугнина

Итоги инновационной программы российского Общества дерматоскопии: 2009-2012 гг.

В.Ю. Сергеев (Москва, Россия)

10:30-11:00

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Мастер-класс**

Дерматоскопия в практике врача-онколога.

Ведущий А.Д. Гетьман (Тюмень, Россия)

11:00-11:30

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Мастер-класс**

Дерматоскопия как метод ранней диагностики пигментных злокачественных опухолей кожи.

Ведущий В.Е. Добровольский (Нижний Тагил, Россия)

11:45-12:45

**Секция**

Организация и практика дерматоскопической службы.

Сопредседатели: И.Г. Сергеева, Д.Н. Кушкин, И.Е. Синельников

Дерматоскопия: правовое регулирование и опыт организации.

Кушкин Д.Н. (Москва, Россия)

Дерматоскопия и возможности скрининга меланомы.

И.А. Утяшев (Москва, Россия)

Роль дерматоскопического исследования в ведении пациентов пожилого возраста.

И.Г. Сергеева (Новосибирск, Россия)

Опыт эксплуатации экспериментального образца автоматизированной системы скрининга «Паспорт кожи».

К.Г. Кудрин (Москва, Россия)

12:45-13:15

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Круглый стол**

К единому протоколу дерматоскопического исследования.

Ведущие: А.Д. Гетьман, А.Ю. Сергеев, Е.Ю. Неретин

13:30-15:00

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Секция**

Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи.

Сопредседатели: Д.А. Древаль, М.В. Устинов, Г.В. Драгун

Возможности комплексной преинвазивной диагностики меланомы кожи.

Е.Ю. Неретин (Самара, Россия)

Использование методов визуализации в комплексной оценке новообразований кожи и тактика терапии.

Н.В. Кусая (Владивосток, Россия)

Добро и зло. Сложности дифференциального диагноза.

Н.С. Сирмайс (Москва, Россия)

Аналоговая дерматоскопия на этапе скрининга практикующим дерматологом: шкалы оценки.

В.И. Аверина (Киев, Украина)

Клинические случаи: опыт ОАО «Медицина».

Д.Ю. Синявин (Москва, Россия)

15:00-15:45

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

Заседание Российского корпуса экспертов в области дерматоскопии.

Модераторы: А.Д. Гетьман, В.Е. Добровольский, А.Ю. Сергеев

16:00-17:30

**II Весенняя сессия Национальной академии микологии Интерактивный семинар**

Микозы как микст-инфекции.

Ведущий А.Ю. Сергеев

17:30-18:00

**II Весенняя сессия Национальной академии микологии Круглый стол**

К столетию З.Г. Степанищевой

Модераторы: С.А. Бурова, Ж.В. Степанова, А.Б. Яковлев

## Зал №3

10:00-11:30

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care)**

Актуальные аспекты наружной терапии стероидчувствительных дерматитов.

Сопредседатели: А.В. Молочков, И.В. Хамаганова

Наружная терапия хронических аллергодерматозов.

А.В. Молочков (Москва, Россия)

Терапия стероидчувствительных дерматозов в межсезонье.

И.В. Хамаганова (Москва, Россия)

11:45- 13:15

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Гал-дерма»**

Инновации в лечении и уходе за проблемной кожей.

Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, И.М. Корсунская

Основы терапии акне: мировые тенденции и стандарты.

Н.Н. Потекаев (Москва, Россия)

Комбинированная терапия акне: как воздействовать на основные звенья патогенеза.

О.М. Демина (Москва, Россия)

Инновационные технологии для ухода за проблемной кожей.

И.М. Корсунская (Москва, Россия)

13:30-15:45

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care)**

Постпубертатное акне у женщин. Современные алгоритмы профилактики и терапии.

Председатель Я.А. Юцковская

Постпубертатное акне у женщин. Типы, особенности, подходы в терапии и профилактике.

Я.А. Юцковская (Владивосток-Москва, Россия)

Нюансы рационального выбора средств для лечения постпубертатного акне у женщин.

А.С. Духанин (Москва, Россия)

**15:15-18:15**

#### **Секция**

Болезни ногтей. Современное состояние проблемы. Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.

Сопредседатели: В.В. Владимиров, Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова,

А.А. Цыкин

Болезни ногтей. Современное состояние проблемы.

А.А. Цыкин (Москва, Россия)

Лейкокиния, вызванная ингибиторами раковых клеток, при лечении Т-клеточной лимфомы.

Т.В. Рубашева, В.В. Владимиров (Москва, Россия)

Использование радиоволновой хирургии для лечения вросшего ногтя.

В. Д. Труфанов (Москва, Россия)

Ортопедический подход к решениям проблем стопы в салоне красоты.

И.В. Пилюгевский (Санкт-Петербург, Россия)

Ортониксические методы коррекции вросшего ногтя.

Л.Д. Кузнецова (Москва, Россия)

Методики коррекционных систем пружинной конструкции для ортониксии: сильные и слабые стороны, выбор оптимальной методики.

Т.В. Рубашева, В.В. Владимиров, Е.В. Владимирова (Москва, Россия)

Подологический уход за кожей стоп и ногтей у больных, не способных это сделать самостоятельно. Опыт работы в психоневрологическом интернате.

В.Л. Исаева (Москва, Россия)

Видеодемонстрация

## **Зал №4**

**9:15-11:30**

#### **Секция**

Детская дерматология и косметология.

Сопредседатели: В.И. Альбанова, Н.Ф. Заторская, О.В. Поршина

Терапия буллёзного эпидермолиза: Вчера-сегодня-завтра.

В.И. Альбанова, В.А. Гольченко (Москва, Россия)

Вопросы организации медицинской помощи больным с буллёзным эпидермолизом.

Н.Ф. Заторская (Москва, Россия)

Инновационный подход к уходу за кожей у больных с атопическим дерматитом.

О.В. Поршина (Москва, Россия)

Раневые покрытия: оценка потребностей.

В.И. Альбанова, В.А. Гольченко (Москва, Россия)

Особенности психологической помощи пациентам с неизлечимыми болезнями кожи.

М.А. Никитина (Москва, Россия)

Научно-практические подходы к формированию новой концепции профилактики ИППП.

С.Б. Волкова (Москва, Россия)

Современные особенности общей и наружной терапии атопического дерматита.

О.В. Поршина (Москва, Россия)

Уход за кожей новорожденных.

О.Б. Тамразова (Москва, Россия)

Организация помощи детям, больным буллёзным эпидермолизом: «Фонд БЭЛА».

Е.А. Куратова, В.В. Корпачева (Москва, Россия)

**11:45-13:15**

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер (отдел Женское здоровье)»**

Здоровье женщины от менархе до менопаузы.

**13:30-15:00**

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Байер, подразделение ВСС» (BAYER Consumer Care)**

Пациент с осложнённым атопическим дерматитом и микробной экземой. Выбор наружной терапии.

Председатель К.И. Разнатовский

Дерматозы сочетанной этиологии. Современный взгляд на проблему.

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

Место комбинированных топических препаратов в лечении микробной экземы.

Т.В. Соколова (Москва, Россия)

Выбор местной терапии при атопическом дерматите, осложнённом вторичной инфекцией.

И.В. Хамаганова (Москва, Россия)

**15:15-17:00**

#### **Секция**

Современная концепция терапевтических алгоритмов в дерматологии. Часть I.

Сопредседатели: Е.В. Матушевская, С.В. Ключарева

Роль бактериальных антигенов в патогенезе акне и методы их коррекции.

Е.В. Матушевская (Москва, Россия)

Психологический фон больного акне.

Н.В. Волкова, Л.К. Глазкова (Екатеринбург, Россия)

Новое в уходе за жирной кожей.

В.И. Альбанова (Москва, Россия)

Современные методы диагностики и лечения болезней волос.

В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов (Москва, Россия)

Дискуссия.

## Большой зал

10:00-11:30

### Секция

Дерматоонкология. Доброкачественные опухоли кожи.

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

Канцерогенез опухолей кожи.

А.В. Молочков (Москва, Россия)

Доброкачественные и предраковые эпителиальные опухоли кожи.

Ж.С. Кунцевич (Москва, Россия)

Доброкачественные новообразования у пациентов детского возраста.

О.Б. Тамразова (Москва, Россия)

Тактика иммунотерапии папилломавирусной инфекции.

Г.Э. Баграмова (Москва, Россия)

11:45-13:15

### Мастер-класс

Дерматоонкология.

Неинвазивные методы диагностики новообразований кожи (дерматоскопия, узи-диагностика, конфокальная микроскопия)

А.Н. Хлебникова, Е.В. Селезнева, О.И. Шугинина (Москва, Россия)

13:30-15:20

### Секция

Дерматоонкология. Злокачественные опухоли кожи.

Сопредседатели: А.В. Молочков, Е.С. Снарская

Современные подходы к терапии базальноклеточного рака кожи.

Т.Е. Сухова (Москва, Россия)

Иммунотерапия базальноклеточного и метатипического рака кожи.

Е.С. Снарская (Москва, Россия)

Отдаленные косметические результаты лечения базальноклеточного рака кожи.

В.Н. Волгин, Е.Ф. Странадко, М.А. Кабанова, Р.В. Кагоянц (Москва, Россия)

Совершенствование методов терапии Саркомы Капоши.

М.Г. Карташова (Москва, Россия)

Применение неодимового лазера в терапии сосудистых новообразований кожи.

А.М. Парфенов, А.Л. Тищенко (Москва, Россия)

Опыт применения ФД и ФДТ с препаратами Аласенс® и Фотосенс® в онкодерматологии и онкогинекологии.

Е.В. Филоненко, О.И. Трушина (Москва, Россия)

15:35-17:10

### Секция

Лимфопролиферативные заболевания кожи.

Сопредседатели: А.В. Молочков, О.Ю. Олисова

Дифференциальная диагностика Т-клеточных лимфом кожи.

А. В. Федоровская (Москва, Россия)

Современная тактика терапия лимфом кожи.

И.М. Корсунская (Москва, Россия)

Случай трансформации распространенного псориаза в эритродермическую форму Т-клеточной злокачественной лимфомы кожи.

Е.Д. Нефёдова, Н.В. Махнева, Е.М. Лезвинская (Москва, Россия)

Экстракорпоральная фотохимиотерапия в терапии новообразований кожи.

О.В. Карзанов (Москва, Россия)

## Зал №1

10:00-11:30

### Секция

Методы физиотерапии в дерматологии. Часть I.

Сопредседатели: Л.С. Круглова, Е.Ф. Странадко, О.Ю. Олисова

Современная терапия витилиго.

О.Ю. Олисова, И.Я. Пинсон, Л.Г.Гаранян (Москва, Россия)

Эстетические аспекты в онкодерматологии.

Е.Ф. Странадко (Москва, Россия)

Узкополосная 370нм – фототерапия в лечении псориаза.

И.Я. Пинсон (Москва, Россия)

Методы лекарственного фореаза в дерматологии – результаты и перспективы применения.

Л.С. Круглова, Д.А. Ракша, Е.Н. Шарапова (Москва, Россия)

ФДТ с препаратом Аласенс® для лечения неонкологических заболеваний (акне, кератомы, розацеа и др.).

С.Н. Ахтямов (Москва, Россия)

11:45-13:15

### Секция

Методы физиотерапии в дерматологии. Часть II.

Сопредседатели: Л.С. Круглова, Т.В. Кончугова, А.Г. Стенько

Ультразвуковая терапия в дерматологии – актуальные вопросы.

Т.В. Кончугова (Москва, Россия)

Комбинированные и сочетанные методики коррекции рубцовых деформаций.

А.Г. Стенько, А.А. Шматова, С. А. Шустов (Москва, Россия)

Комбинированные с ультрафиолетовым излучением методики терапии псориаза.

Е.В. Владимирова, В.В. Владимиров (Москва, Россия)

Особенности микроциркуляторных нарушений при различных хронических дерматозах.

Д.Б. Кульчицкая, Д.А. Ракша (Москва, Россия)

Перспективные направления применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона при дерматозах.

А.П. Суворов, С.А. Суворов, Н.И. Синецын, В.А. Ёлкин (Саратов, Россия)

Дискуссия.

13:30-15:00

Секция

Инновационные методы реабилитации человека в практике эстетической медицины I.

Сопредседатели: А.И. Труханов, Т.В. Пучкова

Современная модель клиники anti-age медицины.

А.И. Труханов (Москва, Россия)

Косметика интенсивного действия: тренды и законодательство.

Натуральные ингредиенты и натуральная косметика.

Т.В. Пучкова (Москва, Россия)

Антиоксидантный статус и антиоксиданты в эстетической медицине.

Л.Г. Коркина (Москва, Россия)

Современные взгляды на генетическое тестирование в косметологии.

Н.А. Жученко (Москва, Россия)

15:15-17:05

Секция

Инновационные методы реабилитации человека в практике эстетической медицины II.

Сопредседатели: Е.А. Шугина, И.К. Жукова

Клеточные технологии в эстетической медицине (обзор).

Е.В. Петерсен (Москва, Россия)

Биологический возраст пациента как фундамент программы эстетической коррекции возрастных изменений внешнего облика.

Е. А. Шугина (Москва, Россия)

Фотомодулирующая терапия в программах реабилитации после пластических операций.

И.К. Жукова (Москва, Россия)

Эстетическая пластическая хирургия в практике превентивной медицины.

В. А. Израйлов (Москва, Россия)

Современные малоинвазивные методы эстетической медицины в комплексных программах реабилитации внешнего облика.

А.И. Герчиков (Москва, Россия)

Функциональная диагностика кожи и индивидуальный подбор косметических средств.

Е.В. Щукина (Москва, Россия)

Как развивается рынок косметики anti-age: 2013 год.

А. Дычева (Москва, Россия)

## Зал №2

10:00–11:30

II Весенняя сессия Национальной академии микологии

Симпозиум

Новые стандарты терапии микозов.

Ведущие: А.Ю. Сергеев, Ж.В. Степанова

11:45–13.15

I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Симпозиум

Оптическая когерентная томография в дерматологии.

Председатель Г.А. Петрова

Прикладные аспекты оптической когерентной томографии в современной дерматологии и косметологии.

Г.А. Петрова (Нижний Новгород, Россия)

Оптическая когерентная томография: влияние меланина на параметры изображения кожи, возможности в прижизненной диагностике меланомы.

О.Е. Гаранина (Нижний Новгород, Россия)

Морфофункциональные характеристики кожи новорожденных.

И.Л. Шлишко (Нижний Новгород, Россия)

Морфофункциональные особенности здоровой кожи на фоне табакокурения.

Д.О. Эллинский (Нижний Новгород, Россия)

Возможности оптико-когерентной томографии в прижизненной диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний ногтей.

М.С. Незнахина (Нижний Новгород, Россия)

13:30–14:00

I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Мастер-класс

Дерматоскопия в диагностике чесотки.

Ведущий А.П. Малярчук (Москва, Россия)

14:00–14:30

I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Мастер-класс

Трихоскопия и фототрихограмма в диагностике алопеций.

Ведущий В.П. Ткачев (Москва, Россия)

14:30–15:00

I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Мастер-класс

Дерматоскопия в диагностике базалиомы.

Ведущий Д.А. Древаль (Санкт-Петербург, Россия)

15:15–16:30

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Симпозиум**

Новое в флуоресцентной диагностике кожи и фотодинамической терапии дерматозов.

Сопредседатели: В.Б. Лощенов, В.Ю. Сергеев, С.Р. Утц

Флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия заболеваний кожи.

В.Б. Лощенов (Москва, Россия)

Флуоресцентная диагностика и спектроскопия в диагностике кожи и онкологии.

И.А. Новиков (Москва, Россия)

Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система для диагностики заболеваний кожи.

А.В. Бородкин (Москва, Россия)

Объективный метод оценки тяжести течения и эффективности лечения у больных акне.

Е.М. Галкина (Саратов, Россия)

16:45–17:25

**I Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи**

**Круглый стол**

Преподавание дерматоскопии.

Ведущие: Е.А. Шугина, С.В. Ключарева, А.С. Максимова

## Зал №3

10:00–11:30

**Сателлитный симпозиум. При поддержке компании «Астеллас».**

Такролимус в практике врача-дерматолога.

Сопредседатели: О.Ю. Олисова, Н.Г. Кочергин

Эволюция медицинской мысли в зеркале атопического дерматита.

Н.Г. Кочергин (Москва, Россия)

Возможности и перспективы использования Протопика (мази такролимуса) в дерматологической практике.

О.Ю. Олисова (Москва, Россия)

Интерактивная сессия вопросов и ответов.

11:45–13:15

**Секция**

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть II

Сопредседатели: В.А. Молочков, Ю.С. Бутов

Микробиологическая идентификация возбудителей и спектр микроорганизмов у стационарных больных с инфекционными заболеваниями кожи.

Е.Д. Нефёдова, Е.В. Василькова, Л.А. Петяня, Н.В. Махнева (Москва, Россия)

Место комбинированных топических стероидов в дерматологической практике.

Н.Г. Короткий (Москва, Россия)

Современные подходы к лечению аллергодерматозов.

В.Ю. Васенова (Москва, Россия)

Опыт практического применения адалимумаба.

Д.Н. Серов (Москва, Россия)

Эффекторы врожденного иммунитета при некоторых клинических формах эритем.

Е.В. Сорокина, С.А. Масюкова, Н.К. Ахматова (Москва, Россия)

13:30–15:00

**Секция**

Дерматология: инновации в науке и практике. Часть II (продолжение)

Сопредседатели: С.В. Ключарева, Н.Г. Короткий

Клиническая эффективность лечения иммунотерапии гиперпролиферативных дерматозов.

Н.Г. Короткий (Москва, Россия)

Комплаентность в лечении псориаза

Л.С. Круглова (Москва, Россия)

Акне в подростковом возрасте, уже не детская проблема.

Е.И. Касихина (Москва, Россия)

Приоритеты дерматологов в выборе скабицидов.

Т.В. Соколова (Москва, Россия)

Атопический дерматит - современные методы терапии.

Л.С. Круглова (Москва, Россия)

15:15–17:00

**Конкурс молодых ученых**

Председатель Н.Н. Потеев

Экспрессия генов системы AP-1 в очагах поражения у больных очаговой склеродермией.

В.В. Вавилов, Н.Н. Потеев, В.В. Соболев, И.М. Корсунская, С.А.

Брускин (Москва, Россия)

Влияние терапии системным изотретиноином на экспрессию анти-микробных пептидов у больных акне.

А.С. Боровая, О.Ю. Олисова, М. Шарди (Москва, Россия)

Результаты лечения больных розацеа 15% гелем азелаиновой кислоты и 0,1% мазью такролимуса.

В.А. Шурубей (Москва, Россия)

Сравнительный анализ лечения хирургическим СО-2 лазером и радиохирurgicalическим аппаратом «Сургитрон» сочетанной патологии «вросший ноготь – онихомикоз».

К.П. Степкина, С.В. Ключарева, В.А. Пирятинская (Санкт-Петербург, Россия)

Пилинги на основе салициловой кислоты и ее производных при коррекции возрастных изменений кожи.

А.В. Балашова, Т.Н. Королькова (Санкт-Петербург, Россия)

Сравнительное клиническое исследование эффективности и безопасности вязкоупругих гелей на основе гиалуроновой кислоты и гидроксипатит содержащих препаратов.

Е.В. Лешунов, М.Г. Таран (Владивосток, Россия)

Холодовой дерматит как одно из проявлений сенсibilизации организма.

К.С. Храпская, Н.Н. Потеев, В.В. Петунина (Москва, Россия)

Возможности вакцинации при папилломавирусной инфекции.

М. А. Маркина, Н.Н. Потеев, О.М. Демина (Москва, Россия)

Ультрафонофорез интерферона в лечении и профилактике рецидивов подошвенных бородавок.

С.А. Шустов, М.А. Бобров (Москва, Россия)

Сравнительные результаты лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Л.А. Седова (Москва, Россия)

Дифференциальная диагностика поражений костно-суставного аппарата на ранних стадиях у больных псориазом.

М.Ч. Чамурлиева (Москва, Россия)

Морфологические и иммунологические изменения в шейке матки при хронической гонококковой инфекции.

Ю.Ф. Шерман, О.О. Жеребятьева (Оренбург, Россия)

## Зал №4

10:00-11:30

### Секция

Эстетическая медицина: настоящее и будущее.

Сопредседатели: Я.А. Юцковская, С.В. Ключарева, О.М. Демина

Лифтинг - как результат ремоделирования коллагена после процедур радиоволновой подтяжки кожи

Я.А. Юцковская (Москва-Владивосток, Россия)

Комплексная коррекция деформационного типа старения

Н.П. Михайлова (Москва, Россия)

Инновационные косметические средства для коррекции пигментных пятен. Роль фибробластов в регуляции меланогенеза.

М.В. Халдина (Москва, Россия)

Сравнительная оценка эффективности омоложения кожи лица после воздействия лазерами: эрбиевого и на парах меди

С.В. Ключарева, С.С. Данилов, И.В. Пономарев, О.Д. Селиванова (Санкт-Петербург, Россия)

11:45-13:15

### Секция

Новые технологии в косметологии.

Сопредседатели: Т.Н. Королькова, С.В. Ключарева, О.М. Демина

Антителогенез при ботулинотерапии.

Т.Н. Королькова, Т.И. Довбешко (Санкт-Петербург, Россия)

Возможности влияния на клеточные механизмы старения кожи.

И.К. Жукова (Москва, Россия)

К вопросу о классификации инволюционных изменений кожи.

Ж.Ю. Юсова (Москва, Россия)

Ремоделирование экстрацеллюлярного матрикса в программе профилактики инволюционных изменений.

Г.А. Наумчик (Москва, Россия)

Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи.

О.В. Кириенок, Е.В. Радион (Москва, Россия)

Частота развития осложнений после лазерных косметических процедур и их коррекция.

С.В. Ключарева, О.С. Нечаева, О.Г. Шумская (Санкт-Петербург, Россия)

Объективная оценка морфо-функциональных параметров кожи в дерматологии и косметологии. Ультразвуковое исследование кожи.

А.П. Безуглый, Н.Н. Потекаев, Н.Н. Бикбулатова, П.А. Белков, Н.Р.

Хабутдинова (Москва, Россия)

2-х этапный метод омоложения кожи с совместным применением эрбиевых и неодимовых лазерных систем.

В.В. Моисеев (Москва, Россия)

13:30-15:00

### Секция

Новое в диагностике, терапии и профилактики ИППП.

Сопредседатели: Р.М. Загртдинова, И.Г. Сергеева

Анализ клинико-иммунологических и цитологических результатов у пациенток с урогенитальной микоплазменной инфекцией.

Р.М. Загртдинова, А.Л. Боголюбская, И.Д. Шевчук, И.Г. Кузнецова

(Ижевск, Россия)

Инновационные подходы к местной терапии вирусных заболеваний кожи: от теории к практике.

И.Г. Сергеева (Новосибирск, Россия)

Эпидемиологические аспекты сифилитической инфекции по материалам Республики Татарстан.

Г.И. Мавлютова, Л.А. Юсупова (Казань, Россия)

Рецидивирующий генитальный герпес у пациентов активного репродуктивного возраста, ассоциированный с инфекциями передающимися половым путем.

С.Р. Сенчукова (Новосибирск, Россия)

Герпес-вирусные инфекции сегодня: особенности клиники и терапии.

Е.И. Касихина (Москва, Россия)

15:15-16:45

### Секция

Современная концепция терапевтических алгоритмов в дерматологии. Часть II.

Сопредседатели: Ю.С. Бутов, М.Н. Гаджимурадов

Новые подходы к комплексной терапии экземы.

Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова, Ю.А. Родина (Москва, Россия)

Классификация ограниченной склеродермии.

М.Н. Гаджимурадов, З.Г. Асадулаева, М.О. Муслимов (Махачкала, Дагестан, Россия)

Подбор системного и топического антимикотика в детской микологической практике.

Е.И. Касихина (Москва, Россия)

Современный взгляд на ониходистрофии.

Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова (Москва, Россия)

## Каталог выставки

ЗАО «ЛОРЕАЛЬ», Франция .....	26
VICHY, Франция .....	26
Фармацевтическая Лаборатория La Roche-Posay .....	26
Лаборатории Inpéov .....	26
«БАЙЕР», Германия .....	28
«БАЙЕР» «Дерматология» .....	28
«Галдерма», Россия .....	28
AbbVie, США .....	30
«АКРИХИН», Россия .....	30
Представительство фирмы «Д-р Редди́с Лабораторис ЛТД», Индия .....	30
Мартинекс Группа Компаний, Россия .....	32
ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия .....	32
ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ», Россия .....	32
ЮСБ Фарма, Бельгия .....	34
Представительство компании «Янссен Фармацевтика НВ», Россия .....	34
ООО «Компания А-ФАРМ», Россия .....	36
Abbott, США .....	36
ООО «Алкой» .....	36
ООО «АЛУСТИН», Россия .....	38
Группа компаний АНТА-Мед, Россия .....	38
Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды .....	38
«БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.», Республика Хорватия .....	40
Биодерма, Россия .....	40
ООО «Валеант», Россия .....	40
ООО «Везиозон», Швейцария .....	42
Гельтек-Медика, Россия .....	42
ЗАО «ГлакоСмитКляйн Трейдинг», Великобритания .....	42
Гленмарк, Индия .....	44
ООО «ИнтерЛабСервис», Россия .....	44
Клиника активного долголетия ЗАО «Институт Красоты на Арбате», Россия .....	44
ООО «КРИОТЕК», Россия .....	46
ООО «Лабитэ», Россия .....	46
Представительство «МЕДА Фармасьютикалс Швейцария ГмбХ», Россия .....	46
ООО «Медтехника «Добрый Свет» .....	48
МэйнКеа, Россия .....	48
ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия .....	48
ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», Россия .....	50
ОЗОН ФАРМАЦЕВТИКА, Россия .....	50
ЗАО «ПАРАМЕД», Россия .....	50
ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», Россия .....	52
ООО «РедермаСвисс», Россия, Institute Hyalual® (Институт Гиалуаль), официальный представитель ТМ NYALUAL® (Гиалуаль) .....	52
Фармацевтическая компания «RECORDATI», Италия .....	52
ЗАО «Ретиноиды», Россия .....	54

ЗАО «Сандоз» .....	54
Си Эс Си ЛТД., Россия .....	54
ООО «Современная медицина», Россия .....	56
ООО «Тимсон», Россия .....	56
ООО «ТИРУФАРМ ИММУНО», Россия.....	56
ООО «ФАРМА БИО», Россия.....	58
ЗАО «Фарма Вам», Россия .....	58
ОАО «Фармсинтез», Россия .....	58
ЗАО «ФЕРМЕНКОЛ» .....	59
ООО «Ферон», Россия .....	59
Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН, Россия .....	59
STADA CIS, Германия .....	60
STORMOFF GROUP OF COMPANIES .....	60
ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия).....	60
ЗАО «Эколаб», Россия.....	62
«ЭЛЛМАН-РУС».....	62

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ**

Портал 1ner.ru, Россия.....	63
Профессиональная социальная сеть для врачей Evrika.ru, Россия.....	63
Журнал «iDoctor», Россия.....	63
Журнал «Hi+Med», Россия.....	64
Журнал «Акушерство и Гинекология», Россия .....	64
ООО «ДискавериМед», Россия.....	64
ООО «Издательский Дом Кабинет», Россия .....	65
РИА «Колизей», Россия .....	65
Интернет-магазин Косметик-авеню.рф, Россия .....	65
Журнал «Косметика в аптеке», Россия.....	66
ИД «Косметика и медицина», Россия .....	66
Издательство «Медиа Медика», Россия.....	66
Издательство «Медиа Сфера», Россия .....	67
ООО «Издательство Панфилова», Россия .....	67
«Медицинский алфавит», серия журналов, Россия .....	67
Газета «Медицинский вестник», Россия .....	68
Портал «Медтусовка», Россия .....	68
Издательский Дом «МЕДФОРУМ», Россия.....	68
Газета «Московские Аптеки», Россия.....	69
Журнал «Пластическая хирургия и косметология», Россия .....	69
Журнал «Поликлиника», Россия.....	69
«Старая крепость», ЭкспоМедиаГруппа, Россия.....	70
Журнал «Фарматека», Россия.....	70
ЗАО «Фармацевтическое издательство «Фарос Плюс», Россия.....	71
Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология», ИД «Русский врач», Россия.....	71

## КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

### Золотой Спонсор — ЗАО «ЛОРЕАЛЬ», Франция

119180, г. Москва, 4-й Голутвинский пер., д.1/8, стр.1–2

телефон: + 7 (495) 258-31-91

факс: + 7 (495) 725-63-32

#### VICHY, Франция

119180, г. Москва, 4-й Голутвинский пер., д.1/8, стр.1–2

телефон: + 7 (495) 258-31-91

факс: + 7 (495) 725-63-32

[www.vichyconsult.ru](http://www.vichyconsult.ru)



Более 80 лет Лаборатории Vichy занимаются разработкой и производством косметических средств, созданных на основе уникальной Термальной воды Vichy SPA из термального источника Lucas в городе Виши во Франции. Лаборатории Vichy гордятся своими обширными исследованиями в области здоровья кожи, ежегодно проводится более 40 000 консультаций. Косметическая продукция компании проходит клинические испытания, по своей строгости приближенные к испытаниям лекарственных средств. Vichy регулярно освещает свои разработки на важнейших дерматологических конгрессах. В 2013 году Лаборатории Vichy представляют инновацию DercosNeogenic – первого средства для роста новых волос, содержащего запатентованную молекулу Стемоксидин. Косметика Vichy гипоаллергенна, протестирована под контролем дерматологов, не содержит парабенов, подходит для чувствительной кожи. Вся продукция производится во Франции. Марка Vichy является абсолютным лидером среди аптечных косметических брендов в мире и в России.



#### Фармацевтическая Лаборатория La Roche-Posay

Марка La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25000 дерматологов во всем мире. Входящая в состав Термальная вода La Roche-Posay с уникально высоким содержанием Селена и тщательно отобранные активные компоненты позволяют эффективно использовать средства в качестве монотерапии или в сочетании с лекарственными препаратами при лечении различных заболеваний кожи.

[www.laroche-posay.ru](http://www.laroche-posay.ru)

#### Лаборатории Innéov



являются совместным предприятием, созданным компанией Nestlé и концерном L'Oréal в 2002 году. Цель создания – разработка средств нутрикосметики – биологически активных добавок к пище, улучшающих состояние кожи, волос и ногтей. При разработке средств Innéov используются передовые научные исследования компании Nestlé в области питания и концерна L'Oréal в области дерматологии. На Российском рынке зарегистрированы 6 продуктов Лабораторий Innéov. Лаборатории Innéov являются совместным предприятием, созданным компанией Nestlé и концерном L'Oréal в 2002 году. Цель создания – разработка средств нутрикосметики – биологически активных добавок к пище, улучшающих состояние кожи, волос и ногтей. При разработке средств Innéov используются передовые научные исследования компании Nestlé в области питания и концерна L'Oréal в области дерматологии. На Российском рынке зарегистрированы 6 продуктов Лабораторий Innéov.

[www.inneov.com](http://www.inneov.com)



## Серебряные Спонсоры

### «БАЙЕР», Германия

107113, г. Москва, ул. 3-я Рыбинская, д. 18, кор. 2

телефон: +7 (495) 231-12-00

факс: +7 (495) 231-12-02

электронная почта: [bhc.coms@bayer.com](mailto:bhc.coms@bayer.com)

[www.bayerpharma.ru](http://www.bayerpharma.ru)

«БАЙЕР» – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Продукты и услуги компании направлены на благо людей и улучшение качества жизни. Опыт фармацевтического субконцерна Bayer HealthCare, 100 лет безупречной работы и инновационная деятельность сегодня – все это сделало компанию «БАЙЕР» ведущей в области женского здоровья. Опираясь почти на вековой опыт, компания концентрирует свои усилия на трех основных направлениях: контрацепция, ведение менопаузы и лечение гинекологических заболеваний.



Bayer HealthCare

### «БАЙЕР» «Дерматология»

107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д.18, стр. 2, БЦ «Буревестник»

телефон: +7 (495) 232-11-41, 231-12-00

факс: +7 (495) 232-11-43

[www.bayer.com](http://www.bayer.com)

Подразделение «Дерматология» концерна «БАЙЕР» – правопреемник компании «Интендис» – одно из ключевых направлений концерна, сфокусированных на работе в области дерматологии, было организовано на базе дерматологического направления «Шеринг АГ». С 2009 года мы успешно работаем в составе немецкого концерна «БАЙЕР» в рамках Bayer HealthCare.

Мы предлагаем широкий ассортимент эффективных, безопасных и удобных лекарств для терапии заболеваний кожи: атопического и аллергического дерматита, экземы, микозов кожи, акне и розацеа, геморроя.

- Адвантан – при атопическом и контактном дерматитах, различных видах экземы.

- Дардиа – для ухода и восстановления сухой и чувствительной кожи.

- Скинорен – при угревой болезни и розацеа.

- Травокорт – при инфицированных дерматозах: инфицированном атопическом дерматите и экземе и ярко воспалительных / осложнённых микозах кожи.

- Травоген – при микозах кожи.

- Ультрапрокт – при геморрое, проктитах, трещинах заднего прохода.

«БАЙЕР» «Дерматология» занимается не только продвижением существующих препаратов, но и продолжает исследовательскую деятельность по созданию новых оригинальных продуктов.

Работая в тесном контакте с врачами, мы стремимся усовершенствовать подходы к решению основных дерматологических проблем, а также улучшить качество жизни пациентов с распространенными кожными заболеваниями.

### «Галдерма», Россия

125284, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1, этаж 21

телефон/факс: +7 (495) 540-50-17

электронная почта: [info.russia@galderma.com](mailto:info.russia@galderma.com), [galderma.russia@galderma.com](mailto:galderma.russia@galderma.com)

[www.galderma.ru](http://www.galderma.ru)

«Галдерма» – лидирующая международная фармацевтическая компания, специализирующаяся в исследовании, разработке и распространении инновационных лекарственных средств в области дерматологии.

«Галдерма» основана в 1981 году как дочернее предприятие компаний Nestlé и L'Oréal и на сегодняшний день насчитывает более 3000 сотрудников более чем в 70 странах.

На настоящий момент в России Галдерма представлена такими продуктами, как Лоцерил (онихомикоз), Базирон АС (акне), Дифферин (акне), Эффезел (акне), Этривекс (псориаз волосистой части головы), Розекс (розацеа), Сетафил (линия лечебной косметики) и др. В 2013 году «Галдерма» планирует вывести на рынок ряд новых продуктов, которые несомненно поспособствуют развитию новых подходов к лечению дерматологических заболеваний.



150 Years  
Science For A Better Life





## Бронзовые Спонсоры

### AbbVie, США

141400, Московская область, г. Химки, ул. Ленинградская, д.39, стр.5  
телефон: +7 (495) 258-42-80, 258-42-78

[www.abbvie.ru](http://www.abbvie.ru), [www.abbvie.com](http://www.abbvie.com)



AbbVie (символ на NYSE: ABBV) — глобальная научно-исследовательская биофармацевтическая компания, образованная в 2013 году путем отделения от компании Abbott. Компания AbbVie сочетает сфокусированность на передовых биотехнологиях, экспертизу, структуру и богатый опыт лидирующей фармацевтической компании с давней историей. В 2013 году количество сотрудников AbbVie по всему миру составит около 21 000 человек, лекарственные препараты будут представлены на рынках более 170 стран мира.

### «АКРИХИН», Россия

115054, г. Москва, БЦ «Риверсайд Тауэрз», Космодамианская набережная,  
д. 52, стр. 5, этаж 6

телефон: +7 (495) 721-36-97

факс: +7 (495) 723-72-82

электронная почта: [info@akrikhin.ru](mailto:info@akrikhin.ru)

[www.akrikhin.ru](http://www.akrikhin.ru)



Дерматологическая группа лекарственных препаратов «АКРИХИНа» – наиболее динамично растущее направление продуктового портфеля компании.

Компания создала дерматологическое направление в 2002 году. Это лекарственные средства для терапии таких заболеваний кожи, как атопический и аллергический дерматиты, экземы, микозы кожи, акне, розацеа и др.

Работая в тесном контакте с дерматологами, «АКРИХИН» стремится усовершенствовать подходы к решению основных дерматологических проблем, а также улучшить качество жизни российских пациентов.

Ключевые препараты дерматологической группы «АКРИХИНа»:

Акридерм и Унидерм – при атопическом и контактном дерматитах, различных видах экземы.

Эмолиум – для ухода и восстановления сухой и чувствительной кожи.

Азелик и Клиндовит – при угревой болезни и розацеа.

Микозорал – при себорейном дерматите.

### Представительство фирмы

### «Д-р Редди'с Лабораторис ЛТД.», Индия

115035, г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1

телефон: +7 (495) 795-3939

факс: +7 (495) 795-3908

[www.drreddys.ru](http://www.drreddys.ru)



Фармацевтическая компания «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» — известнейший в мире производитель таких лекарственных препаратов, как Кеторол®, Омес®, Найз®, Цетрин®, Ципролет®. Основана компания в 1984 году в Индии. Деятельность «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» базируется на новаторском, инновационном подходе к рынку фармацевтических препаратов. Компания располагает собственными научно-исследовательскими центрами в Индии и США, где проводятся исследования в различных областях медицины, таких как онкология, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, воспалительные заболевания и бактериальные инфекции.



## Мартинекс Группа Компаний, Россия

127273, г. Москва, ул. Краснопролетарская, д. 16, стр.11

телефон: +7 (495) 741-70-87

факс: +7 (495) 741-70-87

электронная почта: alo@martinex.ru

www.martinex.ru



Основные бренды: Cynosure, Energist, Rubica, Wavetronic Hyalrepair, Hyaluform, MedicControlPeel, ЭмСиПил, Cimel, Скинасил, Perfectha Derm, Dietbel, Gernetic.

«Мартинекс» – ведущий поставщик зарубежных препаратов высшего качества Perfectha Derm (Франция), Dietbel (Испания), космецевтики Gernetic (Франция), передового лазерного и косметологического оборудования Cynosure (США), Energist (Великобритания), Rubica (Польша), Wavetronic (Бразилия). Собственная научная лаборатория Тоскани производит препараты для мезотерапии, контурной пластики, химических пилингов – Hyalrepair, Hyaluform, MedicControlPeel. Учебно-методический центр «Мартинекс» обучает специалистов по всем направлениям косметологии. Новые технологии представлены в клиниках эстетической медицины «Реформа».

## ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия

119049, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, БЦ «Павловский»

телефон: +7 (495) 916-71-00

факс +7 (495) 916-71-00

www.msdc.com



Сегодня MSD является общемировым лидером в области здравоохранения, усилия которого направлены на улучшение жизни людей. Мы предлагаем клиентам лекарства, вакцины, биологические терапии, медицинские препараты общего пользования и ветеринарные средства и ведем бизнес более чем в 140 странах, предоставляя инновационные решения для поддержания и восстановления здоровья. Мы также демонстрируем нашу приверженность повышению доступности здравоохранения через глобальные программы, в рамках которых мы безвозмездно передаем и доставляем наши продукты тем, кто в них нуждается. Более полная информация на сайте www.msdc.com. MSD – это торговое наименование компании Merck & Co., Inc., штаб-квартира которой находится в Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США.

## ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ», Россия

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1, БЦ «Фьюжн Парк», этаж 4 и 5.

телефон: +7 (495) 933-55-11

факс: +7 (495) 502-16-25

электронная почта: russia@takeda.com

www.takeda.com



«Никомед» входит в состав компании «Такеда» с конца сентября 2011 года. «Такеда» – основанная на исследованиях и разработках глобальная компания с основным фокусом на фармацевтике.

Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, «Такеда» придерживается к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины.

В настоящее время в России зарегистрировано около 60 препаратов «Никомед». К 2015 году портфель компании пополнится 5 новыми инновационными препаратами «Такеда»

Прогноз совокупного темпа среднегодового прироста (CAGR) «Такеда» в России оценивается приблизительно в 15% в год.

В партнерстве с LEO Pharma компания «Такеда» представляет на российском рынке линию препаратов для обеспечения здоровья кожи – это препараты кальципотриола – Дайвобет, Ксамиол и Дайвонекс – уникальные для российского рынка средства, предназначенные для лечения псориаза, а также препараты фузидовой кислоты – Фуцидин, Фуцидин Г, Фуцикорт и Фуциталмик. Мы помогаем людям побеждать псориаз!



## «ЮСБ Фарма», Бельгия

105082, г. Москва, Переведеновский пер., д.13, стр. 21

телефон: +7 (495) 644-33-22

факс: +7 (495) 644-33-29

электронная почта: medinfo.rus@ucb.com

www.ucb.com



Основанная в 1928 году, компания успешно перенесла трансформацию из компании по производству комбинированной химической продукции в биофармацевтическую компанию-лидер следующего поколения. Деятельность мировой биофармацевтической компании сосредоточена на заболеваниях в двух терапевтических областях: центральная нервная система и иммунология. Деятельность осуществляется более чем в 40 странах, при поддержке более 8500 человек. Компания UCB имеет глобальный охват, включая официальное присутствие на крупнейших фармацевтических рынках мира в Германии, Италии, Японии, Испании, Великобритании и США, а также на других важных международных рынках. Штаб-квартира – в Брюсселе, Бельгия.

## Представительство компании «Янссен Фармацевтика НВ», Россия

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.17, корп. 3

телефон: +7 (495) 755-83-57

факс: +7 (495) 755-83-58

www.janssenpharma.ru



Группа фармацевтических компаний Janssen Корпорации Johnson&Johnson Janssen является фармацевтическим подразделением международной корпорации Johnson & Johnson. Миссия компании Johnson & Johnson выражена в Кредо: «Наша основная ответственность – перед пациентами, перед отцами и матерями, перед всеми, кто пользуется нашей продукцией». С момента основания в 1953 году доктором Полом Янссеном компания открывает и создает новые высококачественные лекарственные средства, направленные на лечение и улучшение качества жизни пациентов в таких областях медицины, как онкология (множественная миелома и рак предстательной железы), иммунология (псориаз), психиатрия и неврология (шизофрения, болезнь Альцгеймера), инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД, гепатит С и туберкулез).

За всю историю Janssen разработал свыше 180 субстанций; 80 из них легли в основу инновационных лекарственных препаратов, 8 из которых представлены в списке жизненно важных лекарственных средств Всемирной Организации здравоохранения.

В России Janssen открыл представительство в 1993 году.

Компания поддерживает социальные инициативы в области охраны здоровья. Основные направления деятельности включают программы помощи матери и ребенку, поддержки врачей и медицинских сестер с целью улучшения стандартов оказания медицинской помощи и образовательные инициативы, направленные на широкую общественность для предотвращения распространения инфекционных заболеваний.

Janssen в России ежегодно направляет около 25 млн рублей на поддержку инициатив в области ВИЧ, психиатрии и социальной адаптации детей-инвалидов.



## КАТАЛОГ КОМПАНИЙ

### ООО «Компания А-ФАРМ», Россия

125130, г. Москва, Старопетровский проезд, д. 11, корп. 1

телефон: +7 (495) 721-36-65/36-66

факс: + 7 (495) 721-26-67

[www.afarm.ru](http://www.afarm.ru)

«А-ФАРМ» – официальный эксклюзивный дистрибьютор в России известных французских марок Лабораторий Урьяж, Байоль-Биорга, Норева и Ньюкс.

Лаборатории Урьяж, Байоль-Биорга и Норева известны своими глубокими научно-исследовательскими разработками, инновационным подходом и высокотехнологичным производством средств, которые давно вошли в арсенал врачей и косметологов и получили признание клиентов. Ньюкс – изысканно-эстетическая марка, отвечающая на запросы самых искушенных и взыскательных женщин, ценящих индивидуальный подход и бережное отношение к своей красоте.

### Abbott, США

125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1, БЦ «Метрополис»

телефон: +7 (495) 258-42-80

[www.abbott.com](http://www.abbott.com), [www.abbott-russia.ru](http://www.abbott-russia.ru)

Международная компания, деятельность которой направлена на улучшение жизни людей за счет разработки продукции и технологий в сфере здравоохранения. Широкий спектр передовых решений в области диагностики, медицинских устройств, детского и лечебного питания, а также признанных на рынке лекарственных препаратов позволяет Abbott служить людям более чем в 150 странах. В Abbott работают более 70 000 человек по всему миру.

В российском филиале компании Abbott трудятся 1400 сотрудников в отделах по исследованиям и разработкам, логистике, продажам, маркетингу и др. Офисы компании в России расположены в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Екатеринбурге, Самаре и Новосибирске. Компания Abbott работает в России с 1978 года.

Посетите сайты компании Abbott [www.abbott.com](http://www.abbott.com) или [www.abbott-russia.ru](http://www.abbott-russia.ru), а также следите за нашими новостями в Твиттере: @AbbottNews.



### ООО «Алкой»

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

электронная почта: [alkoy\\_s@list.ru](mailto:alkoy_s@list.ru)

[www.alkoy.ru](http://www.alkoy.ru)

С 1997 года компания занята разработкой и производством гомеопатических лекарственных средств, лечебной косметики и биологически активных добавок. Компания «Алкой» входит в пятерку ведущих производителей гомеопатических препаратов в России. ООО «Алкой» сегодня – это не только качественное производство, основанное на современных технологиях и высококачественном сырье, но прежде всего сплоченная команда единомышленников и профессионалов, которая смело берется за решение самых сложных задач.





## ООО «АЛУСТИН», Россия

г. Москва, шоссе Фрезер, 17 А  
телефон: +7 (499) 170-38-00, 171-68-91  
электронная почта: 1703800@mail.ru



Компания ООО «АЛУСТИН» уже более 15 лет производит и поставляет на российский рынок косметической продукции КВАСЦЫ ЖЖЕНЬЕ и присыпки на их основе. В производстве продукции используются классические рецепты, подкрепленные современными технологиями. Невысокая стоимость, эффективность и безопасность применения – отличительная черта продукции ООО «АЛУСТИН». Квасцы жженые – проверенное временем средство борьбы с потом и другими изменениями поверхности кожи. Обладает антисептическими свойствами.

## Группа компаний «АНТА-Мед», Россия

115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 11, кор. Б, оф. Б 206  
телефон: +7 (495) 981-29-47  
электронная почта: antamed@antamed.ru  
www.antamed.ru



Высокочастотное ультразвуковое сканирование кожи DUB SKINSCANNER (Германия), датчики до 100 МГц. Интеллектуальные диагностические системы SOFT PLUS Callegari для оценки всех функциональных параметров кожи, видеодерматоскопия. ЕДИНСТВЕННАЯ доказанная ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ - BTL NNM. Лазерная биоревитализация BTL LASER. Вакуумные системы STARVAC, эндермотерапия ПРЕМИУМ класса — DXTWIN.

## Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды

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



«Астеллас» является одной из 20 крупнейших компаний на мировом фармацевтическом рынке. Созданная 6 лет назад в результате слияния двух крупных японских корпораций «Яманучи» и «Фуджисава», компания продолжает разрабатывать современные, лучшие в своих классах препараты для использования в ключевых терапевтических областях. Компанией создан целый ряд инновационных препаратов для лечения дерматологических заболеваний, прежде всего атопического дерматита. Концепция Skinsense, включающая ряд препаратов для лечения атопического дерматита (Локобейз Рипеа, Локоид®, Протопик®), предлагает врачам и пациентам комплексное решение для контроля этого заболевания. Успех этой модели терапии является основанием для будущего дальнейшего расширения портфеля препаратов с тем, чтобы улучшить результаты лечения также других дерматологических заболеваний.



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

119330, г. Москва, Ломоносовский проспект, д.38, кв.71–72  
телефон: +7 (495) 933-72-12/13/14  
факс: +7 (495) 933-72-15  
электронная почта: belupo@belupo-dd.ru



### BELUPO – СПЕЦИАЛИСТ В ДЕРМАТОЛОГИИ

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

В России компания известна как надежный и проверенный партнер дерматовенерологов. Основной продуктовой портфель являются интересные и доступные препараты: АФЛОДЕРМ®, БЕЛОДЕРМ®, БЕЛОГЕНТ®, БЕЛОСАЛИК®, ГЕНЕРОЛОН® СПРЕЙ 2%, 5%.

В 2012 году компания представила инновационную форму БЕЛОСАЛИК СПРЕЙ для терапии волосистой части головы.

Вот и 2013 год стал годом открытия нового, перспективного лекарственного препарата ГЕНЕРОЛОН спрей 2%, 5% на основе миноксидила. Генеролон предназначен для лечения андрогенетической алопеции (восстановление волосяного покрова) и стабилизации процесса выпадения волос у мужчин и женщин. Только миноксидил, является наружным лекарственным препаратом, клинически доказавшим свою эффективность и безопасность и получившим одобрение Европейским медицинским агентством и FDA (США).

## Биодерма, Россия

111123, г. Москва, Электродный проезд, д. 8А  
телефон: +7 (495) 644-46-13  
факс: +7 (495) 644-46-17  
электронная почта: info@acentus.ru  
www.bioderma-lab.ru

**BIODERMA**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

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

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

## ООО «Валеант», Россия

119049, г. Москва, Коровий Вал, д.7, стр.1, оф. 80  
телефон: +7 (495) 510-28-79  
электронная почта: Office.RU@sanitasgroup.com  
www.sanitasgroup.ru

 **VALEANT**  
Pharmaceuticals International, Inc.

«Ельфа А.О.» – самый крупный польский производитель широко используемых в дерматологии наружных лекарственных форм. В России зарегистрированы 26 препаратов «Ельфы А.О.» Наиболее известные: Флуцинар, Лоринден С и А, Оксикорт, Латикорт, Холисал, Аргосульфам, Сонапакс, Омнадрен. С 2011 года Представительство АО «Фармзавод Ельфа» (Польша) вошло в состав VALEANT. Valeant Pharmaceuticals International – международная фармацевтическая компания, которая занимается производством и продвижением рецептурных и ОТС медицинских препаратов в разных областях медицины.



## ООО «Везиозон», Швейцария

119071, г. Москва, Ленинский проспект, д. 29, стр. 8

телефон: +7 (495) 665-54-34

электронная почта: office.moscow@veziozone.ch

www.veziozone.com



VEZIOzone – модная медицинская одежда, сделанная в соответствии с традициями лучшего качества. Бренд появился на российском рынке в 2011 году, но уже успел зарекомендовать себя среди профессионалов. Залог успеха медицинской одежды VEZIOzone – специальные ткани безупречного качества, соответствующие самым высоким требованиям экологичности, комфорта и безопасности. Дизайн коллекций VEZIOzone разрабатывается в Швейцарии. Для производства используются высокотехнологичные ткани с большим содержанием хлопка и добавками волокон модала, лайкры, полиэстера. Секретом фирмы является антибактериальное покрытие, разработанное в VEZIOzone Switzerland несколько лет назад, а также уникальные методы финиширования натуральных тканей, приобретающих отличные защитные свойства.

## «Гельтек-Медика», Россия

г. Москва, Научный проезд, д.10, оф. 309

телефон: +7 (495) 232-01-69, 334-43-23, (499) 128-48-38

электронная почта: info@geltek-medica.ru

www.geltek-medica.ru



Компания «Гельтек-Медика» – крупнейший российский производитель медицинских контактных сред для ультразвуковой и функциональной диагностики, препарата для дерматологии «Демотен», обладающего противомикробной активностью, препаратов для офтальмологии – линейки Блефарогелей и др., профессиональной косметики для использования как в аппаратной косметологии, так и в домашнем уходе, дистрибьютор оборудования и мебели для салонов красоты, расходных материалов.

## ЗАО «ГлакoСмитКляйн Трейдинг», Великобритания

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.17, стр. 3, этаж 5, оф. компании ЗАО «ГлакoСмитКляйн»

телефон: +7 (495) 777-89-00

факс: +7 (495) 777-89-01

электронная почта: Reception.M.Pharma@gsk.com



Компания «ГлакoСмитКляйн» является одной из ведущих мировых фармацевтических компаний, производящих современные препараты для лечения различных заболеваний, потребность в которых продиктована нуждами пациентов. Именно поэтому, наряду с созданием высококачественных лекарственных средств, компания стремится сделать лечение инновационными препаратами доступным большому числу российских пациентов.



## «Гленмарк», Индия

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.2, стр.3, БЦ «Вивальди Плаза», эт. 2

телефон: +7 (499) 951-00-00

факс: +7 (499) 951-00-00 доб. 77-02/77-03

электронная почта: [inforussia@glenmarkpharma.com](mailto:inforussia@glenmarkpharma.com)

[www.glenmarkpharma.com](http://www.glenmarkpharma.com), [www.glenmark-pharma.ru](http://www.glenmark-pharma.ru)



«Гленмарк» – международная интегрированная фармацевтическая компания, в основе деятельности которой – научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. По данным рейтинга SCRIIP 100, Гленмарк входит в список TOP100 международных фармацевтических и биотехнологических компаний. На фармацевтическом рынке России «Гленмарк» является одной из ведущих фармацевтических компаний в области дерматологии и имеет один из самых больших портфелей рецептурных и безрецептурных препаратов для лечения заболеваний в этой терапевтической области.

## ООО «ИнтерЛабСервис», Россия

115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 20/13, стр. 2

телефон: +7 (495) 664-28-84

факс: +7 (495) 664-28-89

электронная почта: [info@interlabservice.ru](mailto:info@interlabservice.ru)

[www.interlabservice.ru](http://www.interlabservice.ru)



Основные направления деятельности компании:

- Оснащение клинично-диагностических, научно-исследовательских и экспертных лабораторий современным оборудованием для ПЦР-диагностики и молекулярно-биологических исследований.
- Разработка комплексных решений для автоматизации ПЦР-диагностики.
- Поставки широкого спектра наборов реагентов для ПЦР-диагностики, высококачественных изделий медицинского назначения, пластиковых расходных материалов.
- Сервисное обслуживание и ремонт оборудования.

## Клиника активного долголетия

## ЗАО «Институт Красоты на Арбате», Россия

119002, г. Москва, М. Николопесковский пер., д. 8

телефон: +7 (499) 795-13-62

119146, г. Москва, Комсомольский проспект, д. 15

телефон: +7 (499) 245-28-17

[www.institut-krasoty.ru](http://www.institut-krasoty.ru)



«Институт Красоты на Арбате» – ведущее в России медицинское учреждение косметологического профиля с 1930 г. более 150 специалистов с опытом работы свыше 20 лет в области косметологии, дерматологии и пластической хирургии; аппаратная косметология на высочайшем международном уровне; инновационные разработки и технологии в программах активного долголетия и регенеративной медицины; персонализированное изготовление косметических средств; издание корпоративного журнала VITA LONGA (технологии активного долголетия).



## ООО «КРИОТЕК», Россия

119991, г. Москва, ул. Вавилова, д. 38  
телефон: +7 (495) 234-98-14  
факс: +7(499) 132-60-00  
электронная почта: info@cryotec.ru  
www.cryotec.ru



Компания «Криотек» предлагает к поставке оборудование для дерматологии и косметологии:

- Установки для общей воздушной криотерапии — криосауны Criohome (-85°C), КривоСпейс (-110°C) (Германия);
- Установки для локальной воздушной криотерапии КривоДжет С Mini, С 200 (Германия);
- Криодеструктор КривоИней КИ-402 на жидком азоте (Россия);
- Аппарат портативный CryoPen на закиси азота, со сменными баллончиками (Бельгия);
- Криохирургический инструмент КривоСтик;
- Криораспылитель CryoSkin (Франция).

## ООО «Лабитэ», Россия

101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 30/1/2, стр. 1, оф. 4  
телефон: + 7 (495) 968-46-71, 623-14-77  
факс: +7 (495) 623-14-77  
электронная почта: Labi-te@mail.ru  
www.skinmed.ru



Представляемые бренды: КОСМО ПУЛЬС 25, КОСМО ПУЛЬС II, КЛИН ВАК, HEINE.  
Миссия ООО «Лабитэ» – внедрение и продвижение передовых зарубежных технологий в отечественное здравоохранение. Компания является эксклюзивным поставщиком корейских СО2-лазеров: хирургического КОСМО ПУЛЬС 25, фракционного КОСМО ПУЛЬС II, эвакуатора дыма КЛИН ВАК (Корея); дерматоскопов HEINE (Германия); видеодерматоскопов (Германия). Области применения: косметология, дерматология, хирургия (в т.ч. пластическая), гинекология и ЛОР-медицина. Все оборудование промаркировано Знаком Европейского контроля качества и имеет Регистрационные удостоверения и Декларации соответствия. Осуществляем оперативное гарантийное и послегарантийное обслуживание. Организуем обучение врачей. Приглашаем к сотрудничеству. Предлагаем надежное партнерство.

## Представительство «МЕДА Фармасьютикалс Швейцария ГмбХ», Россия

109028, г. Москва, Серебрянская наб., д.29  
телефон: +7 (495) 660-53-03  
факс: +7 (495) 660-53-06  
www.medapharma.ru



МЕДА – международная фармацевтическая компания с представительствами, расположенными более чем в 50 странах мира.  
МЕДА входит в TOP50 крупнейших мировых фармацевтических компаний, наша продукция продается более чем в 120 странах мира.  
Для МЕДА ответственное предпринимательство означает непосредственное содействие обществу, именно поэтому мы стремимся к улучшению качества жизни пациентов посредством нашей работы с медицинскими организациями.  
История МЕДА в России началась в 2008 году с открытия собственного представительства в Москве. Потребителям стали доступны самые современные лекарственные препараты, доказавшие свою эффективность во всем мире. В настоящий момент в России зарегистрировано более двух десятков лекарственных препаратов, среди которых Элидел, Дерматикс гель, Дерматикс повязки силиконовые, Алдара, Тиоктацид, Аллергодил.



## ООО «Медтехника «Добрый Свет»

Горячая линия FriendlyLight: 8-800-555-5485  
Звонок по России бесплатный  
электронная почта: info@friendlylight.ru  
www.FriendlyLight.ru

Компания «Медтехника «Добрый Свет» является официальным дистрибьютором лазерных систем FriendlyLight компании AEROLASE Inc. на территории России и стран СНГ.

Инновационные, запатентованные компанией, системы воздушного охлаждения и технология MicroPulse, используемые в лазерных системах FriendlyLight, привели к технологическому прорыву в производстве эстетических лазерных систем.

Продукты:

FriendlyLight Neo (Nd:YAG, 1064 нм) – «Золотой стандарт» эстетических лазерных систем. Лазерная эпиляция, омоложение, удаление сосудистых патологий, грибка ногтей, терапия акне и более 25 процедур.

FriendlyLight Era (Er:YAG, 2936 нм) – наиболее эффективный тип лазерной системы для лазерной шлифовки кожи, удаления новообразований, микропилинга.

Новейшая методика неабляционного лазерного Er:YAG омоложения значительно расширяет спектр возможностей системы.

FriendlyLight – эффективность, безболезненность и безопасность.



## МэйнКеа, Россия

127247, г. Москва, Дмитровское ш., 100, стр. 2, БЦ «Норд Хаус»  
телефон/факс: +7 (495) 979-42-56  
электронная почта: care@maincare.ru  
www.maincare.ru

Лечебные средства для кожи и волос.

Компания «МэйнКеа» – эксклюзивный представитель Advanced Skin & Hair на территории РФ и стран таможенного союза – эффективные и безопасные средства для кожи головы и волос на основе передовых достижений медицины. Ревивоген (терапия андрогенной алопеции у мужчин и женщин: натуральный блокатор 5-альфа-редуктазы 1 и 2 типов + стимулятор роста новых волос); Клироген (терапия акне на основе эффекта анти-ДГТ); Режюв (антивозрастная терапия кожи лица и век на основе факторов роста).



## ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия

125047, г. Москва, ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 2/11, стр. 2  
телефон: +7 (495) 741-49-89  
факс: +7 (499) 193-43-50  
электронная почта: info@nearmedic.ru  
www.nearmedic.ru, www.collost.ru

«НИАРМЕДИК ПЛЮС» – российская фармацевтическая биотехнологическая компания, является генеральным дистрибьютором восстановительного коллагенового комплекса КОЛЛОСТ® на территории России и СНГ.

КОЛЛОСТ® гель 7% и 15% – восстановительный коллагеновый комплекс, применяемый для глубокой восстановительной терапии дермы, как в монотерапии, так и в сочетании с другими препаратами в области эстетической медицины при коррекции инволюционно – депрессивных изменений, атрофических рубцах (постакне, стрии), подготовке и реабилитации кожи с использованием аппаратных методик.





## ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», Россия

123995, г. Москва, ул. Б. Садовая, д.1, корп. 4

телефон: +7 (499) 254-58-38

факс: +7 (499) 254-70-40

электронная почта: [marketing@niopik.ru](mailto:marketing@niopik.ru)

[www.niopik.ru](http://www.niopik.ru), [www.dezniopik.ru](http://www.dezniopik.ru)



ФГУП «ГНЦ «НИОПИК» – ведущий государственный научный центр России, ЗАО «БИОСПЕК», Международный научный и клинический центр «ИНТЕРМЕДБИОФИЗИХИМ» и «ИНСТИТУТ КРАСОТЫ» предлагают:

- новейшие отечественные препараты ФОТОСЕНС® и АЛАСЕНС® для фотодинамической терапии (ФДТ) и флуоресцентной диагностики (ФД);
- патентованные медицинские технологии ФДТ и ФД для лечения онкологических и других заболеваний в дерматологии, косметологии, гинекологии;
- комплекты оборудования для оснащения кабинетов ФДТ и ФД.

## «ОЗОН ФАРМАЦЕВТИКА», Россия

445351, г. Жигулевск, ул. Гидростроителей, д. 6

телефон: +7 (84862) 3-41-09

факс: +7 (84862) 3-41-09

электронная почта: [koordinator@ozonpharm.ru](mailto:koordinator@ozonpharm.ru)

[www.ozonpharm.ru](http://www.ozonpharm.ru)



Фармацевтическая компания «ОЗОН» — один из лидеров отечественного фармацевтического рынка по производству генериков. Стандарты GMP позволяют компании производить препараты высокого качества, доступные широким слоям населения. Сегодня объем производства компании «ОЗОН» составляет более 200 млн упаковок в год, а продуктовый портфель включает 90 наименований лекарственных средств. С каждым годом число выпускаемых препаратов растет, увеличиваются объемы производства. Неизменными остаются высокое качество и доступность выпускаемой продукции. По данным ЦМИ «Фармэксперт» за 2011 г., «ОЗОН» занимает 6 место в рейтинге наиболее влиятельных отечественных фармпроизводителей.

## ЗАО «ПАРАМЕД», Россия

123592, г. Москва, ул. Кулакова, д. 20, стр. 1Л, пом. IV

телефон: +7 (495) 781-84-79

факс: +7 (495) 781-84-78

электронная почта: [Contact@paramed.ru](mailto:Contact@paramed.ru)

[www.paramed.ru](http://www.paramed.ru)

# ПАРАМЕД

«ПАРАМЕД» – первоклассный специализированный дистрибьютор и маркетинговое агентство для таких всемирноизвестных брендов как Mustela, Premium Diagnostics, ISIS Pharma, Becker Manicure Solingen, Warwick Sasco, Systagenix.



## ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», Россия

Фактический адрес: 191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 112  
Юридический адрес: 192102, г. Санкт-Петербург, Салова ул., д. 72, кор. 2, лит А  
телефон: +7 (812) 710-82-25  
факс: +7 (812) 764-62-84  
электронная почта: sales@polysan.ru  
www.polysan.ru



Сфера деятельности ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» – разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику. ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: Циклоферон, Цитофлавин, Реамберин и Ремаксол. Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза.

## ООО «РедермаСвисс», Россия

Institute Hyalual® (Институт Гиалуаль),

официальный представитель ТМ HYALUAL® (Гиалуаль)

117405, г. Москва, ул. Дорожная, д. 60 Б  
телефон: +7 (495) 727-32-20  
электронная почта: info@hyalual.ru  
www.hyalual.ru

ООО «РедермаСвисс» занимается продвижением торговой марки «Гиалуаль» в России, представитель Института Гиалуаль.

Институт Гиалуаль – это высокотехнологический институт инъекционной косметологии, который профильно специализируется на предотвращении и профилактике старения, омоложении, anti-age терапии, коррекции и восстановлении кожи.

Институт эксклюзивной красоты, естественной молодости и эстетического здоровья.

Наше назначение:

- Эстетическое здоровье – залог счастья и успеха!
- Мы призваны сохранять и улучшать его!

Наши ценности:

- Клиенты и Пациенты, которые доверяют нам.
- Амбициозная команда профессионалов, объединенная единым духом красивых побед.
- Высочайшее качество оказываемых услуг, процедур и препаратов.



## Фармацевтическая компания «RECORDATI», Италия

123610, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, ЦМТ, оф. 747  
телефон: +7 (495) 258-20-06  
факс: +7 (495) 258-20-07  
электронная почта: info@rusfic.com  
www.rusfic.ru

Присутствует на рынках более чем 100 стран: в Европе, США, России. Акушерско-гинекологическая линия представлена следующими препаратами:

- «Тержинан» — препарат для лечения и профилактики вульвовагинитов различной этиологии, официально разрешен со II триместра беременности;
- «Клималанин» — негормональный лекарственный препарат для лечения приливов;
- «Ломексин» — противогрибковый препарат широкого спектра действия для местного применения в гинекологии.

Дерматологическое направление:

- Спрегаль – препарат для лечения чесотки
- Прара Плюс – надежное противопедикулезное средство с доказанным овицидным действием
- А-Пар-рекомендован для обработки одежды, постельных принадлежностей пациентов, пораженных чесоткой и педикулезом, а также для дезинсекции помещений и предметов обстановки в очагах чесотки и педикулеза.





## ЗАО «Ретиноиды», Россия

111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 2/46, стр. 5, ЗАО «РЕТИНОИДЫ»

телефон: +7 (495) 648-29-62

электронная почта: reklama@retinoids.ru



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

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

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

## ЗАО «Сандоз»

123317, г. Москва, ММДЦ, Комплекс «Город столиц», Пресненская наб., д. 8, стр.1, этаж 8-9

телефон: +7 (495) 660-75-09

электронная почта: sandoz.russia@sandoz.com

www.sandoz.ru



Компания «Сандоз», структурно входящая в группу компаний «Новартис», является вторым по величине производителем дженериковых лекарственных средств в мире и предлагает около тысячи высококачественных, доступных по цене препаратов, которые вышли из-под патентной защиты. Со штатом более 25 тысяч сотрудников в 140 странах мира «Сандоз» занимает лидирующую позицию в мире как в области биоаналогов, так и на рынке инъекционных, офтальмологических, дерматологических препаратов и антибиотиков. В группу наиболее значимых фармацевтических препаратов компании входят антибиотики, лекарственные средства для лечения заболеваний сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, желудочно-кишечного тракта, а также для гормональной терапии. Компания «Сандоз» разрабатывает, производит и продает лекарственные средства, а также фармацевтические, биотехнологические действующие вещества и антибиотики. В дополнение к уверенному росту в последние годы, компания «Сандоз» сделала ряд приобретений, в том числе «Лек» (Словения), «Сабекс» (Канада), «Гексал» (Германия), «Эон Лабс» (США), «Эбеве Фарма» (Австрия), «Ориэл Терапевтикс» (США) и «Фуджера Фармасьютикалс» (США). В 2011 году чистый объем продаж достиг 9,5 млрд. долларов.

## «Си Эс Си ЛТД.», Россия

115478, г. Москва, Каширское ш., д. 23, Гостиница ОНЦ, 2 этаж

телефон: +7 (499) 324-96-40, 324-76-36

факс: +7 (499) 324-55-08

электронная почта: csc@cscrussia.ru

www.cscrussia.info



Компания «Си Эс Си ЛТД» существует в России около 20 лет как эксклюзивный представитель европейских фармацевтических производителей. В ассортименте компании присутствуют только высококачественные препараты, которые уже прекрасно зарекомендовали себя в странах Западной Европы. Для дерматовенерологической практики компания предлагает лекарственные препараты итальянских производителей, хорошо известные не только в Европе, но и в России: Макмирор, Макмирор Комплекс и Тантум Роза.



## ООО «Современная медицина», Россия

127055, г. Москва, ул. Новолесная, д. 11-10  
телефон: +7 (495) 722-29-39  
электронная почта: [info@dermalight.ru](mailto:info@dermalight.ru)  
[www.dermalight.ru](http://www.dermalight.ru)

Компания «Современная медицина» является разработчиком, производителем и эксклюзивным поставщиком прибора DERMALIGHT для лечения кожных заболеваний: псориаз, витилиго, дерматит, гнездовая алопеция. Приглашаем региональных представителей и партнеров из России стран ближнего зарубежья.

## ООО «Тимсон», Россия

143920, Московская область, г. Железнодорожный, ул. Победы, д. 2 А  
телефон: +7 (495) 787-44-17  
электронная почта: [Timson-mae@yandex.ru](mailto:Timson-mae@yandex.ru)  
[www.gribkov.net](http://www.gribkov.net)



Производство и продажа продукции на основе ультрафиолета и тепла, для противогрибковой обработки. Самый известный продукт нашей компании "Устройство для противогрибковой обработки обуви «Тимсон». Прибор служит для уничтожения в обуви: грибов, бактерий, неприятного запаха, а также дополнительно сушит вашу обувь.

Наш девиз – Каждый шаг навстречу Вашему здоровью.

## ООО «ТИРУФАРМ ИММУНО», Россия

121087, г. Москва, ул. Баркляя, д. 6, стр. 5  
телефон/факс: +7 (495) 258-68-94  
электронная почта: [info@tirupharm.ru](mailto:info@tirupharm.ru)  
[www.tirupharm.ru](http://www.tirupharm.ru)



Medac GmbH – немецкая фармацевтическая компания, специализирующаяся на выпуске оригинальных инновационных продуктов и высококачественных дженериков и являющаяся одним из лидеров по производству препаратов, широко используемых в ревматологии, гематологии, онкологии и др. Один из ключевых препаратов – базисный противовоспалительный препарат Методжект (метотрексат), выпускаемый в дозировках 7,5, 10, 15, 20 и 25 мг в предзаполненных шприцах для п/к, в/м и в/в введения. В России компанию эксклюзивно представляет ООО «Тируфарм».



## ООО «ФАРМА БИО», Россия

117997, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 16/10  
телефон/факс: +7 (495) 330-72-29, +7 (926) 529 89 89, +7 (499) 724-81-00  
электронная почта: info@pharmabio.ru  
www.pharmabio.ru, www.timodepressin.ru



Компания ООО «ФАРМА БИО» основана в 2010 году для создания современного научно-производственного биотехнологического холдинга по выпуску инновационных лекарственных препаратов на основе пептидов. Компания является экс-территориальным резидентом «Сколково», получив этот статус в декабре 2010 года. Лидером в линейке препаратов компании является: Тимодепрессин, синтетический пептид, состоящий из двух аминокислот. Благодаря своей пептидной природе Тимодепрессин не накапливается в организме, эффективен в низких дозах, не токсичен и обладает широким терапевтическим интервалом доз. При этом главное преимущество Тимодепрессина в том, что он не оказывает побочных действий на другие системы организма, в отличие от практически всех остальных представленных сегодня на рынке иммунодепрессантов. Благодаря этому Тимодепрессин разрешен к применению уже с двухлетнего возраста.

## ЗАО «Фарма Вам», Россия

190121, г. Санкт-Петербург, ул. Псковская, д.17  
телефон: +7 (812) 714-10-10  
факс: +7 (812) 495-14-33  
электронная почта: info@pharmavam.ru



Российская фармацевтическая группа компаний VAM, входящая в Санкт-Петербургский медико-фармацевтической кластер, успешно разрабатывает инновационные лекарственные препараты. О перспективности и высоком потенциале использования препаратов группы компаний VAM свидетельствует включение научно-технологической платформы компании «Разработка нового поколения лекарственных препаратов на основе биядерных координационных соединений d-металлов и алифатических тиолов» в Реестр проектов Рабочей группы Медицинская техника и фармацевтика Комиссии при Президенте РФ по модернизации и технологическому развитию России.

Глутоксим® – первый продукт, разработанный на основе новой платформы. Препарат Глутоксим® хорошо известен за пределами России, в Европе, США, государствах СНГ. В обзорах ведущих зарубежных научных изданий Глутоксим® относят в фармакотерапевтическую группу регуляторов защитных систем организма – IDR (innate defense regulators). На текущий момент он является единственным разрешенным к медицинскому применению препаратом этой группы. Создание инновационных препаратов отражает стремление компании предложить современной медицине необходимые лекарственные средства, обеспечивая возможность БЫТЬ СИЛЬНЕЕ БОЛЕЗНИ, Valere in Aliquo Malum (лат.) – девиз, отраженный в логотипе компании.

## ОАО «Фармсинтез», Россия

194358, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д.150, к.1, пом.3Н, лит. А  
телефон: +7 (812) 329-80-80  
факс: +7 (812) 329-80-89  
электронная почта: info@pharmsynthez.com  
www.pharmsynthez.com



ФАРМСИНТЕЗ

ОАО «Фармсинтез» – инновационная фармацевтическая компания, разрабатывающая новые лекарственные средства, методы их доставки в организм и инновационные технологии получения их ингредиентов, а также производит и реализует как готовые лекарственные средства, так и АФИ, в их числе – Неовир.

Неовир (оксодигидроакридинилацетат натрия) – низкомолекулярный синтетический супериндуктор интерферонов, обладающий выраженной противовирусной, антибактериальной, противоопухолевой и иммуномодулирующей активностью.

Доказана высокая эффективность неовира при лечении и профилактике вирусных и бактериальных инфекций, передающихся половым путем.

## ЗАО «ФЕРМЕНКОЛ»

191167, г. Санкт-Петербург, ул. Александра Невского, д. 9, лит. А, оф. 229  
телефон: +7 (812) 274 55 06  
электронная почта: fermencol@fermencol.ru  
www.fermencol.ru

ЗАО «ФЕРМЕНКОЛ» – официальный дистрибьютор ферментного комплекса из коллагеназ гидробионтов для коррекции и профилактики гипертрофических и келоидных рубцов после операций, ран, ожогов, гнойно-воспалительных заболеваний кожи, акне. Ферменкол® обладает высокой коллагенолитической и амилолитической активностью, комплексно воздействуя на основные компоненты рубцовой ткани – коллагеновые волокна и гиалуроновую кислоту. Ферменкол обеспечивает глубокий гидролиз избыточного коллагена вплоть до отдельных аминокислот.



## ООО «Ферон», Россия

125424, г. Москва, Волоколамское ш., д. 73  
Производство: 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д. 18, корп. А  
телефон/факс: +7 (495/499) 193-30-60, 193-43-32, 646-12-19 многоканальный  
электронная почта: viferon@rol.ru  
www.viferon.ru

Российская фармацевтическая компания «ФЕРОН» проводит научное изучение интерфероновой и иммунной систем у взрослых и детей, а также производит и внедряет во врачебную практику противовирусный препарат ВИФЕРОН в форме суппозитория, мази и геля.



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

119991, г. Москва, ГСП-1, Ленинский проспект, д. 53 КРФ ФИАН  
телефон: +7 (496) 751-06-09  
факс: +7 (496) 751-04-52  
электронная почта: iponom@okb.lpi.troitsk.ru  
www.yachroma.com

«Яхрома-Мед» – лазерная установка на парах меди для лечения эпителиальных новообразований кожи без повреждения эпидермиса, таких как «винные пятна», телеангиэктазии, гемангиомы, лентиго, витилиго, кофейные пятна, цветные татуировки, ВПЧ – бородавки, фибромы, папилломы, разглаживания морщин. Короткие импульсы лазерного света избирательно нагревают и коагулируют расширенные сосуды и другие дефекты кожи без повреждения окружающей ткани. «Яхрома-Мед» обеспечивает отличные клинические результаты, короткий восстановительный период. Лечение не требует анестезии. Установка награждена Золотым Знаком качества «Российская марка», Золотой медалью V Международного салона «Архимед».  
Более 100 работающих лазерных установок по России и СНГ!  
Поставка, обучение специалистов, методическое сопровождение, гарантийное обслуживание.

## STADA CIS, Германия

119017, г. Москва, ул. Большая Ордынка, д. 44, стр. 4  
телефон: +7 (495) 797-31-10  
факс: +7 (495) 797-31-11  
электронная почта: [marketing@stada.ru](mailto:marketing@stada.ru)  
[www.stada.ru](http://www.stada.ru)



STADA CIS – российский холдинг в составе международного концерна STADA AG, объединяющий ведущие отечественные и международные фармкомпании: «НИЖФАРМ», «МАКИЗ-ФАРМА», Grunenthal и Hemofarm. Все производства холдинга сертифицированы по GMP. На сегодняшний день объединенный продуктовый портфель STADA CIS включает более 150 наименований ЛС различных АТС-классов и форм выпуска как собственного производства, так и производимых на других площадках группы компаний STADA. Основные направления продуктового портфеля – препараты, используемые в кардиологии, гастроэнтерологии, дерматологии, гинекологии, урологии, ревматологии и педиатрии.

## STORMOFF GROUP OF COMPANIES

125040, г. Москва, ул. Расковой, д. 11А  
телефон: +7 (495) 780-07-98, 956-05-57  
[www.sciton-lasers.ru](http://www.sciton-lasers.ru), [www.stormoff.com](http://www.stormoff.com), [www.hcd.ru](http://www.hcd.ru)



Комплексное оснащение салонов красоты, клиник эстетической медицины, спа-салонов, восстановительных и wellness-центров. Широкий выбор современного косметологического и медицинского оборудования от ведущих мировых производителей. Эксклюзивный дистрибьютор оборудования: Sciton (США) – многофункциональная модульная лазерная и световая платформа для эстетической медицины, Tescnology (Италия) – современное косметологическое оборудование, Dectro (Канада) – аппараты для микродермабразии и безинъекционной кислородной мезотерапии.

## ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия)

Представительство в России:  
121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8  
телефон: +7 (495) 363-39-66  
факс: +7 (495) 789-66-31  
электронная почта: [moscow@egis.ru](mailto:moscow@egis.ru)  
[www.egis.ru](http://www.egis.ru)



ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» является одним из ведущих производителей лекарственных средств в Венгрии и в Центральной и Восточной Европе. Компания является производителем генерических лекарственных средств, занимается научными разработками оригинальных препаратов, а также производством активных ингредиентов и готовых лекарственных препаратов. Приоритетными направлениями фармацевтического производства «ЭГИС» является создание лекарственных препаратов для лечения заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной системы. В России компания «ЭГИС» активно работает более 60 лет. В 2013 году компания «ЭГИС» отмечает 100-летие со дня основания.



## ЗАО «ЭКОлаб», Россия

142530, Московская обл., г. Электрогорск, ул. Буденного, д.1  
телефон: +7 (49643) 3-23-11, 3-13-74,3-35-29  
электронная почта: ekolab-sbyt@mail.ru, ekolab\_market@mail.ru  
www.ekolab.ru



ЗАО «ЭКОлаб» разрабатывает, производит и реализует с целью удовлетворения нужд здравоохранения широкий спектр медицинской продукции гарантированного качества. Сейчас номенклатура продукции предприятия включает в себя более 200 наименований иммуноферментных тест-систем, применяемых для диагностики таких социально значимых инфекций как ВИЧ, гепатиты А, В, С, сифилис, инфекции ToRCH-группы, корь, паротит, коклюш-парококлюш, хеликобактериоз и др., а также наборы для биохимических, гематологических, гистологических, микробиологических исследований.

Помимо наборов для «in vitro»-диагностики, ЗАО «ЭКОлаб» производит также готовые лекарственные средства наиболее массового спроса (настойки, спиртосодержащие растворы, сиропы, масла).

## «ЭЛЛМАН-РУС»

111250, г. Москва, п-д. Завода «Серп и Молот», д.6, корп.1, оф.505  
телефон: +7 (495) 411-91-49  
факс: +7 (495) 411-91-49  
электронный адрес: info@surgitron.ru  
www.pelleve.ru



Компания «ЭЛЛМАН-РУС» представляет первый в мире истинный радиоволновой аппарат «Сургитрон™ DF S5», генерирующий короткие радиоволны высокой частоты 4,0 МГц.

«Сургитрон™ DF S5» используется как в косметологии, так и в дерматологии. С помощью новейших электродов Pelleve™ Glide Safe выполняется современная, революционная безоперационная подтяжка кожи лица и лечения морщин Pelleve™. Специальными электродами проводятся процедуры безрубцовой эпиляции, удаления сосудистых звездочек (телеангиэктазий), удаления новообразований кожи и радиоволновой шлифовки.

Эффективность технологий подтверждена многочисленными клиническими испытаниями как в России, так и за рубежом.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

### Портал 1ner.ru, Россия

117485, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 84/32  
телефон: +7 (495) 933-41-87, (968) 662-04-25  
электронная почта: info@1ner.ru  
www.1ner.ru

Портал 1ner.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты. Портал аккумулирует важные аспекты отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, законодательную и бизнес – информацию, каталог клиник и салонов красоты, отраслевые мероприятия, а также возможность on-line обучения и повышения квалификации.



первый национальный эстетический портал

### Профессиональная социальная сеть для врачей Evrika.ru, Россия

105120, г. Москва, 4-й Сыромятнический пер., д.1/8, стр.6  
телефон: +7 (495) 987-35-95  
электронная почта: mail@evrika.ru  
www.evrika.ru

Evrika.ru – это профессиональная социально-информационная сеть для врачей, призванная познакомить с новейшими исследованиями и достижениями медицины, позволяющая поделиться практическими наработками и клиническими случаями из разных областей медицины, а также обсудить любые профессиональные вопросы с коллегами из России и других стран. Присоединяйтесь к нам и получайте всю необходимую информацию для ежедневной работы!



### Журнал «iDoctor», Россия

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

iDoctor – современный журнал поликлинического врача. В каждом номере издания публикуются статьи, ориентированные на разные специальности. Как правило, их не менее восьми (кардиология, гастроэнтерология, педиатрия, хирургия, онкология, дерматология, неврология, пульмонология, гинекология и т.д.). Помимо статей о заболеваниях и методах лечения, размещаются статьи на тему этики и психологии взаимодействия с пациентами и коллегами, а также статьи, затрагивающие кадровые и юридические вопросы, конкурсы и примеры клинических случаев. Тираж – 25 000 экз.



## Журнал «Hi+Med», Россия

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, оф. 3501  
телефон: +7 (495) 234-07-34  
www.himedtech.ru



Журнал «Hi+MED». «Высокие технологии в медицине» – уникальное издание для широкого круга специалистов в области здравоохранения врачей-диагностов, клиницистов, главных врачей ЛПУ, специалистов профильных министерств и ведомств, организаторов системы здравоохранения, менеджеров медицинских и фармацевтических компаний.

Проект посвящен освещению фундаментальных и прикладных вопросов внедрения новых технологий в практическую область здравоохранения.

## Журнал «Акушерство и Гинекология», Россия

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



В оригинальных и обзорных статьях журнал освещает современные научные достижения в области акушерства и гинекологии, физиологии и патологии плода и новорожденного, проблемы диагностики и лечения осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний, вопросы научной организации акушерско-гинекологической помощи.

Журнал «Акушерство и Гинекология» включен в перечень изданий ВАК, рекомендованных для публикации статей, содержащих материалы кандидатских и докторских диссертаций.

Журнал представлен в следующих международных информационных изданиях: Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Excerpta Medica; Ulrich's International Periodicals Directory  
Периодичность – 12 выпусков в год.

## ООО «ДискавериМед», Россия

190103, г. Санкт-Петербург, ул. А. Невского, д. 9, оф. 403  
телефон: +7 (812) 327-76-22  
факс: +7 (812) 274-08-62  
электронная почта: expo@discoverymed.ru  
www.terramedica.spb.ru



Организация медицинских конгрессов и конференций, издательская деятельность (журналы «Терра Медика», «Лабораторная диагностика») форма 112 «История развития ребенка», научно-исследовательские программы в области персонализированной медицины, внедрение инновационной технологии персонализированной медицины в практике здравоохранения.

## ООО «Издательский Дом Кабинет», Россия

127055, г. Москва, ул. Новослободская, д. 55, стр. 1, оф. 1, 2, 6  
телефон: +7 (499) 978-91-47, 973-38-12  
электронная почта: info@cabines.ru  
www.cabines.ru

CABINES – профессиональное издание для косметологов, спа-терапевтов, администраторов и директоров салонов красоты и спа. В каждом номере: презентация новинок в области косметической продукции, аппаратной косметологии, спа-оборудования; пошаговое описание уходов по лицу и телу, массажных техник, процедур маникюра и педикюра, а также рекомендации практикующих косметологов и спа-экспертов для построения успешного бизнеса в индустрии красоты. Журнал выходит 10 раз в год.



## РИА «Колизей», Россия

127282, г. Москва, ул. Широкая, д. 1, корп. 1  
телефон: +7 (495) 972-70-24  
электронная почта: news@collosseo.ru  
www.collosseo.ru

Мы пишем и снимаем видео о людях, сильных духом в единоборствах, спецслужбах, борющихся с коррупцией и беззаконием. Мы делаем это для того, чтобы страна знала своих героев, чтобы вскрыть волнующие наших героев проблемы, чтобы обратить на эти проблемы внимание общества. Помимо поддержания информационной ленты, РИА «Колизей» издает медицинские книги и журналы. В партнерстве с БФ «Мамонтенок», участвует в работе по помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.



## Интернет-магазин Косметик-авеню.рф, Россия

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, оф. 3501  
телефон: +7 (926) 800-78-66  
электронная почта: iv-santa@yandex.ru  
www.косметик-авеню.рф

Универсальный интернет-магазин профессиональной литературы и косметики. Препараты для мезотерапии производства Италии и Испании. А также полный ассортимент косметических линий Dermaseutic и CRC. Для домашнего и профессионального ухода. Оптом и в розницу. Доставка в регионы.

## Журнал «Косметика в аптеке», Россия

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



Профессиональное издание для директоров аптек, фармацевтов, менеджеров по закупкам. Журнал представляет полную информацию по сегменту аптечной косметики, маркетинговым исследованиям рынка, дает практические рекомендации по продажам косметики в аптеке. Периодичность – 4 номера в год. Формат издания – А4. Объем – от 64 полос. Цвет – полноцветный. Тираж – 15 000 экземпляров. Является приложением к газете «Фармацевтический вестник». Рассылка по аптекам и аптечным сетям РФ.

## ИД «Косметика и медицина», Россия

117342, г. Москва, ул. Бултерова, д. 17-Б, офис 341  
телефон: +7 (495) 777-54-67  
электронная почта: info@bookos-profi.ru  
www.cmjournal.ru



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

Наши журналы:

- «Косметика и медицина» – научно-практические и аналитические материалы по экспериментальной и практической косметологии.
- «Аппаратная косметология и физиотерапия» – прикладная информация для косметологов и эстетических хирургов.
- «Пилинги» – технологии проведения пилингов. обо всех значимых мероприятиях в мире медицины.
- «Инъекционные методы в косметологии».

## Издательство «Медиа Медика», Россия

127055, г. Москва, а/я 37  
телефон: +7 (495) 926-29-83  
электронная почта: media@con-med.ru  
www.consilium-medicum.com



«МЕДИА МЕДИКА» – компания, основанная в 1999 г., хорошо известна всем российским врачам. Благодаря «МЕДИА МЕДИКА» наши доктора в течение многих лет бесплатно получают 27 периодических профессиональных изданий для постдипломного образования специалистов разных направлений медицины, а также книги, справочники и методические руководства. Мы активно сотрудничаем более чем с тыс. ведущих ученых медиков страны, а также со всеми крупными фармацевтическими компаниями, работающими на российском рынке.

## Издательство «Медиа Сфера», Россия

127238, г. Москва, Дмитровское ш., д.46, корп.2  
телефон: +7 (495) 482-43-29, 482-41-18  
факс: +7 (495) 482-43-12  
электронная почта: info@mediasphera.ru  
www.mediasphera.ru

«Клиническая дерматология и венерология» – рецензируемый научно-практический журнал для широкого круга врачей-дерматовенерологов. Главное направление – публикация достижений отечественной и мировой науки в диагностике, лечении дерматозов и ИППП. Основное внимание уделяется стандартам лечения и практическим рекомендациям, подтвержденным методами доказательной медицины. Журнал входит в перечень изданий ВАК.



## ООО «Издательство Панфилова», Россия

телефон: +7 (495) 211-15-54  
электронная почта: info@pph-book.ru  
www.pph-book.ru

Издание профессиональной медицинской литературы.



## «Медицинский алфавит», серия журналов, Россия

129344, г. Москва, ул. Верхоянская, д.18, к.2  
телефон: +7 (495) 616-48-00, 221-76-48  
электронная почта: medalfavit@mail.ru  
www.medalfavit.ru

«Медицинский алфавит» – научно-практический рецензируемый журнал. Является междисциплинарным информационным научным изданием, имеет Российский Индекс Научного Цитирования (сдан в ВАК). Журнал публикует научные статьи с резюме на английском языке. Выходит в виде тематических серий, которые курируют специалисты по профилю. Серии журнала: «Диагностическая радиология», «Неотложная медицина», «Больница», «Стоматология», «Современная лаборатория», «Эпидемиология и Гигиена». В редакционный совет входят специалисты, известные в стране и в мировом научном сообществе.



## Газета «Медицинский вестник», Россия

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

**МЕДИЦИНСКИЙ  
ВЕСТНИК**

Газета российского врача. Основана в 1861 г., возобновлена в 1994 г.  
Профессиональное еженедельное издание для практикующих врачей, главврачей, руководителей сферы здравоохранения. Формат – А3, объем от 24 страниц, печать полноцветная.  
Тираж 25000 экземпляров, сертифицирован Национальной тиражной службой России.  
Выпуски тематические, представлены на всех значимых мероприятиях в мире медицины.

## Портал «Медтусовка», Россия

127994, г. Москва, ул. Тверская, д. 18, корп. 1  
телефон: +7 (495) 650-61-50  
электронная почта: medtusovka.redaktor2@inbox.ru  
www.medtusovka.ru

Будь среди своих  
**medtusovka**

На «Медтусовке» врачи могут получать различную научную медицинскую информацию, узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы конференций, фильмы–репортажи съездов, интервью с главными специалистами, учебные фильмы, мастер – классы и т.д. Портал «Медтусовка» является организатором портала для врачей [www.cmdu.ru](http://www.cmdu.ru)

## Издательский Дом «МЕДФОРУМ», Россия

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, оф. 3501  
телефон: +7 (495) 234-07-34  
электронная почта: podpiska@webmedl.ru  
www.webmed.ru

**МЕДФОРУМ**  
ГРУППА КОМПАНИЙ

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

## Газета «Московские Аптеки», Россия

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1  
телефон: +7 (499) 170-93-20  
электронная почта: info@mosapteki.ru  
www.mosapteki.ru

«Московские аптеки» — популярное издание, выходит с 1995 года.  
Фармрынок: мониторинг, рейтинги, обзоры, тенденции и перспективы.  
Фармпродукция: новинки, обзоры по ЛС, ИМН, БАД, парафармацевтика.  
Аптека: эффективное управление, правовая поддержка, кадры, фармакология, тренинги.  
Исследования собственные: аптечный сектор, ассортимент, реклама ЛС.  
Фармооборот: государственное регулирование, разработка, производство, регистрация, лицензирование, контроль качества. Актуальные темы отрасли. Отраслевые мероприятия.



## Журнал «Пластическая хирургия и косметология», Россия

121309, г. Москва, ул. Большая Филевская, д.16, корп. 1  
телефон: +7 (499) 142-64-01  
электронная почта: info@pscj.ru  
www.pscj.ru

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

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



## Журнал «Поликлиника», Россия

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

Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» издается с 2000 года. Рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ. В нашем журнале вы найдете: информацию о законодательных, нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ; новости науки и практической медицины; консультации специалистов для работников ЛПУ; статьи о новых лекарственных препаратах и методах их применения; статьи о медицинской технике. Отдельный раздел номеров посвящен рубрикам Дерматология, Венерология, Косметология. Журнал выходит в формате А-4, объемом около 150 стр.

Тираж – 11000 тыс. экз.

Периодичность – раз в 2 месяца, 6 раз в год.

Форма распространения:

- подписка через каталог агентства «Роспечать» (индекс 79778);
- подписка через редакцию;
- адресная рассылка по ЛПУ;
- бесплатное распространение на выставках.



## «Старая крепость», ЭкспоМедиаГруппа, Россия

125124, г. Москва, 3-я ул. Ямского Поля, д. 2, корп. 13

телефон: +7 (495) 228-70-71/72/74, 8-800-200-8500

электронная почта: info@cosmopress.ru

www.cosmopress.ru, www.sam-expo.ru, www.antiage-expo.ru, www.intercharm.net



«Старая крепость» уже 20 лет является крупнейшим информационным холдингом индустрии красоты. Издает специализированные журналы для косметологов, nail-мастеров, руководителей и владельцев «красивого» бизнеса: Les Nouvelles Esthetiques (Новости эстетики), «Ногтевой сервис», «Эстетическая медицина».

Организует профессиональное обучение в рамках международных выставок InterCHARM: конгресс по прикладной эстетике, конференцию «Менеджмент салонов красоты», школу «Ногтевого сервиса», чемпионат по спа-массажу и другие. Проводит международный СИМПОЗИУМ и выставку по эстетической медицине, форум «Искусство пластической хирургии», КОНГРЕСС и выставку «Медицина долголетия и качества жизни».

## Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 786-25-57

факс: +7 (495) 334-22-55

электронная почта: reklama@bionika-media.ru

www.pharmateca.ru

Журнал «Фарматека» публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов. Тематические номера посвящены вопросам фармакотерапии по различным направлениям медицины, также публикуются клинические руководства и рекомендации для семейных врачей. Освещаются вопросы регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка и безопасности применения лекарств, а также методологические обоснования их применения.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной Тиражной Службой.

Периодичность – 20 номеров в год. Объем от 80 полос.



## ЗАО «Фармацевтическое издательство «Фарос Плюс», Россия

190103, г. Санкт-Петербург-103, а/я 168  
телефон: +7 (812) 320-06-22/23, 324-73-50, 322-65-61  
электронная почта: [info@farosplus.ru](mailto:info@farosplus.ru)  
[www.farosplus.ru](http://www.farosplus.ru), [www.medreestr.ru](http://www.medreestr.ru)

ЗАО «ФИ «Фарос Плюс» работает с 1997 г.

Издательская деятельность: отраслевые каталоги «Медицинские изделия», «Российские производители медтехники и медизделий», «Современная лабораторная диагностика», «Реабилитация», «Рынок БАД». Новый проект в 2012 г. – «Каталог Биологически Активных Добавок».

Коммерческие услуги: дизайн, полиграфия, почтовые и электронные рассылки по базе медучреждений России, сопровождение заочного участия на выставках. Реклама на сайтах: [www.farosplus.ru](http://www.farosplus.ru), [www.medreestr.ru](http://www.medreestr.ru) общая посещаемость более 2000 в сутки.



## Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология», ИД «Русский врач», Россия

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17, 1-й этаж  
телефон: +7 (499) 246-81-90  
электронная почта: [info@rusvrach.ru](mailto:info@rusvrach.ru)  
[www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)

Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология» рекомендован ВАК, издается ИД «Русский врач», занимает лидирующие позиции в индексе научного цитирования, награжден знаком отличия «Золотой Фонд Прессы». Представляет широкому кругу специалистов – дерматологов, косметологов, врачей смежных специальностей и научных работников современную достоверную информацию о новых методах диагностики, профилактики и лечения в области эстетической медицины, аппаратной косметологии и лазерной технологии.



## БОЛЕЗНИ ВОЛОС И КОЖИ ГОЛОВЫ

### Современные методы диагностики и лечения болезней волос

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Факультет усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии, Москва

Одной из важных проблем дерматокосметологии является разработка и внедрение современных методов диагностики и терапии болезней волос. В группе алопеций приобретенного генеза часто встречаются различные формы, сопровождающиеся дегенеративно-дистрофическими изменениями структуры и функции волос. Различают симптоматические алопеции, которые возникают при истощении, кровопотерях, беременности, под влиянием контрацептивов, нейрогенного стресса и аллерготоксических реакций. Наиболее распространена гнездная алопеция и андрогенетическая с различными вариантами течения. Клинические проявления очаговой алопеции характеризуются появлением на волосистой коже головы, чаще в затылочной области, участков выпадения волос округлой формы, без признаков наличия воспаления в зоне выпадения. Алопеция гнездная краевая встречается чаще у детей, с локализацией первых очагов на краевой зоне в области затылка и висков. Выпавшие волосы в краевой зоне напоминают ленту с наличием пушковых волос. Эта форма имеет длительное течение. Одним из вариантов краевой алопеции является выпадение волос в виде короны, которая встречается у женщин и детей. Отличается торпидным течением и трудно поддается лечению. Алопеция обнажающая — характеризуется образованием крупных плешин, которые быстро занимают всю поверхность скальпа головы, оставляя на отдельных участках небольшие гнезда нормальных волос. Алопеция тотальная развивается у детей и взрослых. Первыми признаками злокачественного течения болезни является быстрое выпадение волос на голове, лице, бороде, бровях, ресницах. В течение 2 — 6 месяцев волосы на голове выпадают полностью. Диагноз алопеции ставится на основании клинической и триходиакопической картины. Лечение проводится по индивидуально составленному плану, с учетом выявленной патологии, режима труда и отдыха, исключения вредных привычек. Рекомендуется бережное отношение к волосам и осторожное расчесывание оставшихся волос, не показано ношение тяжелых головных уборов. Общее лечение проводится седативными средствами, витаминами с микроэлементами; реже — кортикостероидными гормонами. Чаще других назначают отвары из коры валерьяны, пустырника, транквилизаторы (феназепам и др.); нейролептики (этаперазин) и средства, стимулирующие рост волос. Наружно показано применение современных технологий, включающих различные биологические комплексы, погруженные в наноконтейнеры, которые в 200 раз меньше клетки эпидермиса.

### Сложности в диагностике и лечении гнездной алопеции

Гаджигороева А.Г., Чистякова Т.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Гнездная (очаговая) алопеция (ГА) — наиболее часто встречающийся дерматоз среди болезней волосистой части головы. Изучению патогенеза этой формы облысения был посвящен ряд исследований, в которых обращено внимание на то, что очаговая алопеция возникает у пациентов страдающих иммунными нарушениями, часто обусловленными генетическими факторами. В клинической картине этого заболевания известно несколько форм: локальная, офиазис (в виде короны), субтотальная, тотальная, универсальная (отсутствие ресниц, бровей, частичная или полная потеря пушковых волос). Патологические изменения у больных гнездной алопецией локализуются в эпителии волосяных фолликулов и представлены повышенным количеством Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, способных продуцировать провоспалительные цитокины. За 6 мес. 2012г. на трихологический прием в консультативно-поликлиническое отделение из филиалов МНПЦДК г. Москвы было направлено 86 пациентов (80 женщин и 6 мужчин). Постановка диагноза не вызвала затруднений у врачей-дерматологов филиалов, однако возникают проблемы при оценке клинической формы и активности заболевания, что обуславливает неадекватные терапевтические мероприятия и снижает качество оказываемых медицинских услуг населению. Наиболее часто при первичной лечебной терапии пациентам с ГА назначаются: витаминные препараты, ангиопротекторы, средства для усиления микроциркуляции. Не берется во внимание тот факт, что ГА — иммуномедиированный дерматоз. Практически не назначаются сильнодействующие гормональные препараты, а рекомендуется использование в качестве наружной терапии кортикостероидов слабой потенции, которые при лечении ГА играют роль плацебо. Не учитывается степень активности заболевания, и пациентам с острой формой ГА, при расширении зоны границ очага, назначаются сосудистые препараты, которые в данной ситуации способствуют распространению дерматоза. Основным принципом медикаментозной терапии ГА, учитывающий клиническую форму заболевания, степень активности и продолжительности ГА, будет представлен в докладе.

### Использование физиотерапии в трихологии. Мифы и реальность

Каюмов С.Ф.

ООО «Аппаратная косметология №1», Санкт-Петербург

В практике врача-трихолога физиотерапевтические методы при их высокой эффективности и низкой себестоимости могут играть важную роль в длительном лечении трихологических пациентов, помогая в значительной степени снизить затраты клиента. Необходимо отметить,

что применение фармакотерапии и наружных средств лечения в ряде случаев неэффективно и не всегда позволяет предотвратить неуклонное прогрессирование заболевания. В большом количестве исследований приводятся данные об увеличении удельного веса населения с повышенной чувствительностью к различным лекарственным средствам. В связи с этим возрастает потребность к применению немедикаментозного комплексного восстановительного лечения. Это обуславливает актуальность поиска и включения в лечебный комплекс и физических методик лечения. Применение физических факторов имеет ряд преимуществ по сравнению с медикаментозной и, в особенности, местной инвазивной медикаментозной терапией (мезотерапией). К ним относится почти полное отсутствие побочных токсических и аллергических осложнений, выраженный устойчивый эффект. Физиотерапия приводит к комплексному лечебному воздействию, которое имеет как локальные, так и общие аспекты. Физические факторы, независимо от локализации воздействия, оказывают как местное (спазмолитическое, сосудорасширяющее, резорбтивное, противовоспалительное и трофостимулирующее), так и центральное (седативное, гипотензивное, обезболивающее и нейроэндокринное) действие. Несмотря на множество биологических и лечебных эффектов, монофизиотерапия не всегда или не в полной мере достаточна. Часто для достижения ремиссии заболевания требуется воздействие с применением двух, а иногда и трех физических факторов. Комплексная физиотерапия позволяет добиться купирования клинической симптоматики и восстановления морфофункциональных нарушений в более короткие сроки. Особенно актуальным и рациональным является синдромно-патогенетический подход, базирующийся на использовании сочетанных и комбинированных методов физиотерапии с оценкой их воздействия на ведущие звенья в патогенезе заболевания, что позволит оптимизировать лечебные мероприятия, повысить качество и эффективность терапии и снизить экономические затраты на лечение. Волосяной фолликул является уникальной структурой кожи, подверженной циклическим изменениям в течение всей жизни. Высокая скорость циклических пластических изменений в системе волосяного фолликула объясняет наличие в ней богатого сплетения артерий, капилляров и вен. Постоянство покоящегося остатка кровоснабжения после выпадения волоса доказана гистохимическим исследованием. Волосяные фолликулы также обеспечены нервной сетью. Исходя из изложенного выше, патогенетически оправданным будет использование общих методов физиотерапии, направленных на регуляцию деятельности ЦНС и местных, направленных на улучшение микроциркуляции и лимфодренажа. Среди общих методов можно выделить транскраниальную электростимуляцию (ТЭС-терапия), электросон, транскраниальную магнитотерапию. ТЭС-терапия также обладает нормализацией гормонального фона. Для достижения релаксирующего эффекта можно использовать местные методики на воротниковую зону (дарсонваль, ультратон, вакуумные методики и массаж). Среди местных методов воздействия заслуживает внимание использование терапевтических лазеров красного и инфракрасного спектров, обладающих стимулирующим действием на фазу роста волоса. Использование зеленого спектра фототерапии улучшает микроциркуляцию и снижает зуд кожи. Перспективным будет использование комбинированных приборов лазеро-фототерапии с разными спектрами, позволяющими одновременно воздействовать на разные звенья патогенеза заболеваний (ухудшение микроциркуляции вследствие спазма капилляров, отек межклеточного пространства, ухудшение венозного оттока). Местная дарсонвализация волосистой части головы обладает выраженным трофическим, седативным и себорегулирующим действием. Но искровые разряды во время процедуры могут вызвать микронекроз кожи. Это в свою очередь

усилит местный иммунитет, что неблагоприятно скажется не только в активной фазе очаговой алопеции, но и в ремиссии. Для улучшения местной трофики показано применение газожиждкостного пилинга, позволяющего не только улучшить микроциркуляцию тканей, но и провести пилинг волосистой части головы. Перспективным является использование метода электропорации в лечении заболеваний волосистой части головы. При использовании этого метода усиливается проникновение лекарственных веществ и минералов в эпидермис.

## **Содержание дегидроэпиандростерон-сульфата у больных с андрогенетической алопецией**

Корнишева В.Г., Беттихер О.В., Шилова Н.А.

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

Обычная алопеция является нормальным физиологическим разной степени выраженности процессом, возникающим после полового созревания. Эта алопеция продолжается всю жизнь и наблюдается как у мужчин, так и у женщин. Клиническим признаком является смена терминальных волос на более тонкие, короткие и менее пигментированные. У мужчин чаще начинается после 20 лет и формируется к 35-45-летнему возрасту. Андрогенетическая алопеция у женщин также чаще начинается после полового созревания и носит диффузный характер, доминируя на темени. Основную роль в развитии этой формы алопеции, помимо генетических факторов, играют андрогены, из которых ДЭА-сульфат обладает слабым андрогенным действием, однако в процессе его метаболизма в периферических тканях образуются тестостерон и дигидротестостерон, и поэтому ДЭА-сульфат является маркером продукции андрогенов.

Цель исследования — изучение содержания дегидроэпиандростерона-сульфата (ДЭА-сульфат) у больных в возрасте от 18 до 42 лет с андрогенетической алопецией (АА).

Материалы и методы. Обследовано 42 больных в возрасте от 18 до 42 лет, из которых у 32 больных была АА. Группу сравнения составили 10 пациентов с диффузной алопецией. По полу больные распределялись следующим образом: в основной группе было 6 мужчин, 26 женщин, в группе сравнения — 10 женщин. Количественное определение концентрации ДЭА-сульфата в сыворотке крови проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. Содержание ДЭА-сульфата в сыворотке крови больных АА было незначительно выше показателей здоровых лиц ( $2,66 \pm 1,68$  мкг/мл) и составило  $3,09 \pm 0,95$  мкг/мл,  $p > 0,05$ . С жалобами на выпадение волос больные чаще обращались в осенне-зимний период года. Показатели ДЭА-сульфата были достоверно выше в это время ( $4,34 \pm 0,32$  мкг/мл), чем в весенне-летний период ( $3,52 \pm 0,15$  мкг/мл,  $p < 0,05$ ), поэтому в дальнейшем половые различия не учитывались. Влияния возраста, длительности АА, наличия сопутствующего себорейного дерматита на содержание гормона не выявлено. При остром течении заболевания, когда отмечалось диффузное выпадение волос в андрогензависимых областях волосистой части головы, показатели ДЭА-сульфата были достоверно выше ( $4,25 \pm 0,18$  мкг/мл), чем у больных с подострым течением ( $3,57 \pm 0,12$  мкг/мл,  $p < 0,05$ ). Наличие истонченных волос в теменно-затылочной области сопровождалось более высокими показателями гормона ( $4,35 \pm 0,26$  мкг/мл) в сравнении с

показателями больных, имеющих начальную стадию заболевания ((3,56±0,17 мкг/мл,  $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, на содержание ДЭА-сульфата в сыворотке крови у больных с АА в возрасте от 18 до 42 лет оказывали влияние следующие факторы: время года (в осенне-зимний период показатели были достоверно выше, чем в весенне-летний) и активность патологического процесса. Исследование содержания ДЭА-сульфата можно рекомендовать для проведения дифференциальной диагностики между различными видами алопеций.

## **Неинвазивные и малоинвазивные техники в решении проблем кожи волосистой части головы и выпадения волос**

Попова И.А.

Медико-консультативный центр «Центр здоровья волос», Киев

Современное представление о заболеваниях кожи волосистой части головы и механизмах, регулирующих жизненный цикл волос, в большинстве случаев базируется на понимании и трактовке патофизиологических процессов. Наряду с лабораторным и клиническим дообследованием пациентов, наблюдением в динамике и оценкой результативности проводимого лечения существенное значение имеют сочетанные методы и методики наружного воздействия непосредственно на патологический очаг.

Целью и задачами проведенной работы являлось изучение сочетанных методов воздействия в случаях рубцовых и нерубцовых изменений кожи волосистой части головы в различных стадиях активности процесса воспаления и видов алопеции, их эффективности. Полученные результаты наблюдений 436 пациентов с различной степенью тяжести поражения кожи и выпадением волос в течение последних 3 лет свидетельствуют о высокой эффективности на фоне применяемой общей терапии таких методов воздействия на кожу, как терапия плазмой, обогащенной тромбоцитами (PRP), микронидл-терапия с введением аппликативно-активированных концентратов факторов роста, карбокситерапия, озонотерапия, фототерапия. В докладе представлены таблицы, схемы и фотографии полученных результатов.

## **Сочетание себорегуляторов и активаторов роста волос в одном препарате. Перспективы использования**

Пушкина Н.В., Каюмов С.Ф.

ООО «Аппаратная косметология 1», Санкт-Петербург

Усиленное выпадение и поредение волос могут наблюдаться как клинический симптом при определенных видах патологии или пограничных состояниях. Развитие диффузного телогенового выпадения волос может быть связано с общими и локальными нарушениями метаболизма, с расстройством микроциркуляции в сосочке волоса в результате реакции на острый стресс. Кроме этого, на аппарат волоса оказывают сильное влияние андрогены. При андрогенетической алопеции механизм диффузного поредения волос связан с блокирующим влиянием гормона дегидротестостерона на рост волос. Этот гормон образуется из тестостерона под воздействием фермента 5 $\alpha$ -редуктазы 1-го типа. При повышенной активности фермента и повышенной плотности рецепторов андрогенов на клетках волоса фолликула происходит постепенное изменение нормальных

волосных фолликулов в фолликулы меньшего размера, которые продуцируют все более тонкий волос с последующей редукцией самого волоса фолликула. Клетки сальной железы также имеют высокочувствительные к дегидротестостерону рецепторы, поэтому нередко андрогенетическая алопеция сопровождается себореей. Гиперсекреция кожного сала ведет к снижению его бактерицидных свойств и изменению консистенции. Секрет сальных желез становится плотным, образуя пробки в протоках и перекрывая их. В прошлом в научной и учебной литературе встречался термин «себорейная алопеция», которая и отражает описанный выше процесс — истончение и уменьшение количества волоса фолликула, сопровождающегося себореей. Но андрогенетическая алопеция, как истинная, так и при периферической андрогенемии, является все же первопричиной, а себорея и себорейный дерматит лишь сопутствующими проблемами. Имеющиеся на сегодняшний день моносредства для лечения андрогенетической алопеции не всегда дают ощутимый эффект. Кроме того, предлагаемые наружные средства не оказывают прямого действия на неблагоприятные результаты влияния андрогенов на сальные железы: усиление гиперкератоза устья волосных фолликулов и закупорка их сальным секретом. Поэтому представляет интерес к использованию комбинированных препаратов наружного применения, которые могли действовать на разные этапы патогенеза поражения аппарата волоса фолликула андрогенами и другими описанными выше факторами. Препарат Кудзитол (Россия), созданный при участии активных членов Санкт-Петербургского общества трихологов, был выбран для оценки комбинированного воздействия на состояние волос. Исследование являлось логическим продолжением работы, начатой ассистентом кафедры косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Харитоновой Е.Е. в 2008 году. Основными лечебными ингредиентами геля «Кудзитол» являются кофеин, никотинамид, климбазол, экстракт кудзу, салициловая кислота, биосера и ментол. Для усиления проникновения ингредиентов в кожу используется вещество — транскутол, отличающийся высокой проводниковой активностью.

Цели исследования. 1. Выявить эпидемиологическую обстановку в производственном рабочем коллективе. 2. Подтвердить стимулирующее действие препарата Кудзитол на рост волос. Описание схемы проведения исследования. Была взята группа из 20 человек — представители одного офиса. Условия их работы были идентичными. В исследовании принимали участие 7 мужчин и 13 женщин в возрасте от 25 до 45 лет. Препарат им наносился 2 раза в день на протяжении 1 месяца. Базовой диагностикой изменения состояния волос был выбран метод фототрихограммы с использованием программы TrichoSciencePro v1.1. В ходе проведения первой фототрихограммы у 55% сотрудников рабочего коллектива были выявлены проблемы с волосами. У 99,9% из них была андрогенетическая алопеция в различных стадиях прогрессирования. Данные фототрихограммы на заключительном этапе исследования показали увеличение роста волос у 70% женщин и 60% мужчин как среди работников с проблемами, так и среди здоровых членов коллектива. Число анагенов по отношению к телогену увеличилось у 80% женщин и у 28% мужчин. Число веллусоподобных волос уменьшилось на 46% у женщин и у 28% мужчин.

Выводы. Препарат обладает не только себорегулирующим действием, но и выраженным стимулирующим действием на рост волос. Сочетание двух эффектов является одним из наиболее важных направлений в лечении АГА и улучшает качество роста волоса в целом.

## Современный комбинированный подход к терапии диффузной алопеции

Ткаченко С.Б., Верхогляд И.В.

Лаборатория по изучению репаративных процессов в коже,  
Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова, Москва

Каждый второй человек в тот или иной период жизни сталкивается с проблемой выпадения волос. На данный момент не существует единого мнения о причине этого состояния. В числе важнейших пусковых или дополнительных факторов предполагаются нарушения баланса микроэлементов и микроциркуляции, гипоксия, изменение реологических свойств крови, воздействия токсинов, мужских половых гормонов и т.д. Немаловажную роль играют и психосоциальные стрессы. В основе лечения данного заболевания используют фармакотерапевтический подход и воздействие физиотерапевтических методов. Отмечаемый в настоящее время рост числа больных алопецией и случаев заболевания, резистентных к проводимой традиционной терапии, заставляет вести поиск новых методов и средств лечения данного состояния.

Целью нашего исследования было изучить эффективность комплекса «Селенцин», который включает гомеопатический препарат «Селенцин» для внутреннего применения и линию косметических средств «Селенцин» для ухода за волосами. Средство «Селенцин» является комплексным гомеопатическим препаратом, в состав которого входят компоненты, традиционно применяемые для лечения алопеции: ликоподиум, фосфор, таллиум ацетикум, силицея, алюминия, селениум, натриум хлоратум, калиум фосфорикум. Специализированными средствами для лечения диффузной алопеции является серия «Селенцин®», состоящая из комплекса препаратов наружного действия (спрей, шампунь, бальзам и маска для волос). Косметическая программа «Селенцин®» от выпадения волос — сочетание инновационных запатентованных французских компонентов и традиционных средств для лечения алопеции.

Несомненным преимуществом данной программы является двухэтапность терапии, которая обеспечивает системный подход к решению проблемы выпадения волос. 1-й этап — подавление активности 5-альфа-редуктазы и активизация фактора роста сосудистого эндотелия (VEGF, Vascular endothelial growth factor). 2-й этап — стимуляция роста волос за счет усиления микроциркуляции волосяного фолликула. В исследование был включен 21 пациент, 3 мужчин и 18 женщин в возрасте от 18 до 42 лет с диагнозом острое (14) или хроническое (7) телогеновое выпадение волос. Препарат «Селенцин» применяли по 1 таблетке под язык, 3 раза в день в течение 2-3 месяцев с недельными перерывами. Параллельно применялась косметическая линия «Селенцин» 2-3 раза в неделю. Пациенты предъявляли следующие жалобы: выпадение волос, поредение волос, истончение волос, зуд кожи головы, динамика, которых легла в основу оценки эффективности проводимой терапии. Из объективных методов исследования применяли метод трихограммы. Выпадение волос до лечения отмечали 100% пациентов, после проведенной терапии отсутствие выпадения было зафиксировано у 75%. Поредение волос до лечения отмечали 13 пациентов (60%), после терапии препаратами линии «Селенцин» у 8 пациентов (65%) поредение волос не было отмечено. Истончение волос до лечения отмечалось у 5 человек (20%), после курса лечения у четверых (80%) пациентов волосы приобрели нормальную толщину. Зуд кожи головы до начала терапии отмечался у 7 человек (35%), после лечения у 6 пациентов (80%) зуда не было. При анализе результатов трихограмм обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с диффузным поредением волос преобладали волосы в стадии телогена, после курса лечения произошел позитивный сдвиг с преобладанием волос в стадии анагена. По окончании лечения мы проводили оценку результата лечения. Таким образом, «отличный» результат был отмечен у 30% пациентов, «хороший» — у 60%, «удовлетворительный» — у 10%. Препараты линии «Селенцин» зарекомендовали себя как средства с хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов. На основании проведенных испытаний можно рекомендовать линию «Селенцин» для лечения диффузной алопеции и восстановления объема волос.

## БОЛЕЗНИ НОГТЕЙ

### Заместительная гормональная терапия в комплексном лечении онихомикоза у женщин в менопаузе

Аббасова П.Г., Разнатовский К.И.

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

Цель работы. Определение роли вегетативных, микроциркуляторных и гормональных нарушений в развитии онихомикозов (ОМ) кистей и стоп у женщин в менопаузе и разработка патогенетически обоснованной комплексной терапии.

Под наблюдением и обследованием находились 48 женщин в менопаузе, больных различными формами ОМ, в возрасте от 45 до 60 лет. На основании полученных нами данных было сделано заключение, что в патогенезе ОМ у женщин в менопаузе наряду с фактом заражения грибом существенное значение имеет нарушение функций вегетативной, сосудистой и гормональной систем. Поэтому для лечения этих больных была применена схема комплексного лечения, включающего сегментарную аппаратную обработку ногтевых пластинок и ежедневное нанесение пенетрирующего раствора с итраконазолом, назначение препарата итраконазол, а также вегетокорректоров, сосудорасширяющих препаратов и антиоксидантов, улучшающих микроциркуляцию в дистальных отделах конечностей и после консультации гинеколога-эндокринолога, в зависимости от климактерического периода — гормонозаместительную терапию. В результате проведенной комплексной терапии через 6 месяцев от начала лечения микологическое выздоровление наблюдалось у 95% больных, клиническое у 81%. Через 12 месяцев микологическое выздоровление наблюдалось у 99%, а полное клиническое у 95% больных.

Таким образом, наш опыт применения системного антимикотика итраконазола в сочетании с пенетрирующим раствором итраконазола и гормонозаместительной терапии показал, что данный комбинированный метод является высокоэффективным и безопасным в лечении больных женщин ОМ в менопаузе. Лечение больных ОМ женщин в менопаузе должно быть обязательно комплексным, в сочетании с вегетокорректирующей, сосудорегулирующей и гормоностабилизирующей терапией.

### Современный взгляд на ониходистрофии

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.

Факультет усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии, Москва

Одним из мало изученных заболеваний является патология ногтей, возникающая под влиянием инфекции, травматических повреждений, хронических дерматозов, опухолей и других факторов. Термин «дистрофия ногтей» обозначает трофические изменения ногтевой пластинки, ногтевого ложа и околоногтевых валиков, при этом клинические проявления могут быть самые разнообразные. По классификации болезни ногтей можно подразделить на инфекционные заболевания аппарата ногтя, вызванные грибами или бактериями; ониходистрофии при различных дерматозах; поражения аппарата

ногтя при внутренних, инфекционных, эндокринных и других системных болезнях; травматические и профессиональные онихии и паронихии; новообразования аппарата ногтя; врожденные или наследственные онихии. Клинически ногтевые пластинки могут изменяться по атрофическому, гипертрофическому и нормотрофическому типам. К атрофическому типу относятся такие виды ониходистрофий, как борозда Бо, продольные борозды ногтя, онихолизис, онихомадезис, койлонихия, наперстковидная истыканность ногтя, онихорексис, онихошизис, ломкость ногтей, срединная каналиформная дистрофия ногтей, трахионихия, гапалонихия, узуря ногтей, анонихия, птеригиум ногтя, платонихия, старческие ногти. К гипертрофическим изменениям ногтей можно отнести онихауксис — простое увеличение толщины или размера ногтевых пластинок, онихогрифоз — выраженное утолщение и искривление ногтя и пахионихию — врожденную гипертрофию ногтевых пластинок кистей или стоп. Очень часто онихауксис сопровождается развитием более или менее выраженного подногтевого гиперкератоза. Нормотрофический тип — это изменение окраски ногтевых пластин (хромонихия), которое может варьировать от белого (лейконихия), светло-желтого, оранжевого, коричневого до красного, синего, зеленого и черного. Хромонихия может быть следствием экзогенного прокрашивания ногтя или возникать вследствие различных патологических процессов. Изменения цвета ногтей бывают врожденными (невус-онихии), наследственными (альбинизм) или приобретенными. Лечение ониходистрофий должно быть комплексным. Если ониходистрофия связана с тем или иным дерматозом, то терапию необходимо начинать с мероприятий, направленных на излечение основного заболевания. Назначаются сосудистые препараты, направленные на улучшение микроциркуляции — трентал, докси-хем, аскорутин по 1 табл. 3 раза в день. В качестве кератопластических средств рекомендуются витамины А, Е — аевит, ретинола пальмитат по 200 000 ЕД в сутки. Назначаются также препараты кальция и цинка, меди. Можно рекомендовать прием в течение 3-4 месяцев желатина в виде фруктового желе в суточной дозе 5-7 г. Очень важна адекватный уход за ногтевыми пластинками и щадящий режим. Необходимо исключить или свести к минимуму контакт с раздражающими веществами, исключить вероятность травмирования ногтевых пластинок и околоногтевой зоны. В качестве местного лечения можно порекомендовать теплые ванночки с морской солью, контрастный душ, массаж пальцев.

### Инфекционные и неинфекционные заболевания ногтей у больных с социально значимыми хроническими дерматозами — актуальность проблемы

Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю.

Консультативно-диагностическая поликлиника филиала № 6, 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, Москва

Актуальность. С позиций доказательной медицины, с учетом еженедельных сведений о работе врача, подаваемых в отделение сбора и обработки информации КДП за 2012 год, в структуре первичных врачебных обращений заболевания ногтей инфекционной и неинфекционной этиологии у прикрепленного контингента составили 34,3%, из них 24,5% — онихомикозы, 9,7% — ониходистрофии.

Цели и задачи. Выявить частоту встречаемости онихомикоза и

ониходистрофии у больных с социально значимыми хроническими дерматозами (псориаз, экзема, атопический дерматит), состоящими на динамическом наблюдении в КДП.

Материалы и методы. Амбулаторные карты, карты динамического наблюдения. В группе динамического наблюдения (n=107) больные псориазом составляют 36,5% (n=39), экземой — 8,4% (n=9), нейродермитом — 6,5% (n=7). Больные псориазом распределены по социальным группам следующим образом: офицеры кадра — 9 человек, пенсионеры МО — 30. Больные с экземой: офицеры кадра — 4, пенсионеры МО — 5. Больные с атопическим дерматитом: офицеры кадра — 5, пенсионеры — 2. Всего больные с социально значимыми хроническими дерматозами составляют 51,4% (n=55) от общего количества больных, находящихся на динамическом наблюдении. У всех больных наблюдались клинически измененные ногтевые пластинки стоп и кистей от 1 до 10 пальцев, в среднем 3—5. Для верификации диагноза онихомикоза и ониходистрофии у данных дерматологических больных проводилась трехкратная микроскопия.

Результаты. В 69% (n=38) при микроскопии патологического материала с ногтевых пластинок были обнаружены нити мицелия, поставлен диагноз «онихомикоза» как сочетанной патологии при хронических дерматозах.

Выводы. Для персонализации лечения больных с хроническими дерматозами при наличии жалоб и клинически измененных ногтевых пластинок необходимо проводить цитологическое исследование материала для обнаружения патологического грибка для коррекции ранее назначаемых стандартизованных схем лечения, с присоединением системных и наружных противогрибковых препаратов, проведения профилактических антифунгальных мероприятий.

### **Микология и микробиология — синергическое взаимодействие с учетом новых оптических технологий**

Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю.

Консультативно-диагностическая поликлиника филиала № 6, 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Москва

Актуальность. В структуре первичных врачебных обращений за 2012 год по КВО 24,5% составляют онихомикоз стоп и кистей, дерматомикоз стоп — 29,5%; дерматомикозы и кератомикозы — 45,2%. Заболеваемость онихомикозом стоп и кистей составляла 18,8‰, дерматомикозами и кератомикозами — 40‰.

Цели и задачи. Внедрить новые оптические технологии визуализации придатков кожи с целью повышения лабораторной эффективности в дифференциальной диагностике микологических заболеваний.

Материалы и методы. Амбулаторные карты, ответы цитологических исследований патологического материала с ногтевых пластинок. В исследовании приняли участие 275 больных с онихомикозом стоп и кистей в возрасте от 23 до 94 лет, распределенные по социальным группам следующим образом: офицеры кадра — 3,6%; пенсионеры МО — 69,1%; члены семей военнослужащих — 27,3%. Для достоверной верификации диагноза онихомикоза проводилась трехкратная микроскопия. Все больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, индексу КИОТОС и анамнестическим данным.

Результаты. В первой группе больных, где использовались инновационные методы оптической визуализации придатков кожи,

первичная положительная микроскопия наблюдалась в 80% случаев; в 20% потребовалась вторичная микроскопия и в 3% — третичная для обнаружения нитей мицелия в патологическом материале с ногтевых пластинок, ногтевого ложе. Во второй группе больных, где современные оптические приборы не применялись, первичная положительная микроскопия наблюдалась лишь в 20% случаев; в 80% была необходима вторичная и в 30% — третичная микроскопия для верификации диагноза онихомикоза.

Вывод. Для улучшения диагностико-лабораторных критериев верификации онихомикоза в современных условиях необходимо активно использовать в практике врача-дерматовенеролога, миколога современные инновационные оптические приборы.

### **Лейконихия, вызванная ингибиторами раковых клеток, при лечении Т-клеточной лимфомы**

Рубашева Т.В., Владимиров В.В.

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва

Лейконихия является одним из видов ониходистрофии. Различают точечную, полосовидную и тотальную лейконихии. Причинами точечного поражения ногтей могут быть: любые травмы ногтя, низкая температура воздуха, патомимия, неадекватный маникюр, искусственные ногти, наращивание ногтей, отвердители и эмали, повреждение эпонихия, незначительные травмы матрикса ногтя вызывают появление крошечных пузырьков воздуха под ногтевой пластиной. Этот косметический дефект не требует какого-либо лечения, пузырьки элиминируются с естественным ростом ногтя. Полосовидная лейконихия вызвана паракератозом в матриксе ногтя и может быть признаком компенсации-декомпенсации какого-либо обменного нарушения (дефицит минеральных веществ, особенно кальция, витамина С и цинка, приема сульфаниламидов), высокой лихорадки, недоедания, пеллагры, синдрома мальабсорбции, отравления (мышьяком, крысиным ядом) или цирроза печени. Восполнение цинка возможно при потреблении цельного зерна, орехов, зеленых листовых овощей, пивных дрожжей, сырых, жареных семечек тыквы, подсолнечника. Также можно увеличить потребление витамина С, цитрусовых, овощей (капуста, зеленый перец), мультивитаминов и БАД. Отсутствие реакции на лечение и тотальное поражение нескольких и более ногтей может быть признаком более серьезного заболевания: нарушения васкуляризации ногтевого ложа или пальцев (сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность или другие проблемы кровообращения), хронической почечной недостаточности, малярии, серповидноклеточной анемии, железодефицитной анемии, лимфомы Ходжкина, кандидоза, болезни Дарье, гипоальбуминемии, синдрома Терри, болезни Хейли-Хейли, витилиго, врожденного фолликулярного кератоза, врожденного гипопаратиреоза. Тем не менее важно отметить, что эти причины, как правило, редки. Под нашим наблюдением оказалась пациентка 46 лет с диагнозом «неходжкинская лимфома» в прогрессирующей стадии с медиастинальной и забрюшинной лимфаденопатией, получавшая несколько курсов химиотерапии винкристином и циклофосфамидом. После 2-3 цикла у пациентки наблюдалось диффузная лейконихия ногтевых пластин стоп и кистей, сохранившаяся в течении 5 месяцев после прекращения последнего курса химиотерапии и полностью регрессировавшая. До лечения ни у пациентки, ни у ее родственников никогда не

наблюдались случаи появления даже точечных лейконихий или других проявлений ониходистрофии. Какие-либо дерматологические заболевания не диагностировались. Известно, что ингибиторы раковых клеток репрессивно влияют на функцию эндотелиальных клеток, что скорее всего приводит к вазорелаксации и нарушенному ангиогенезу. Данный механизм лучше всего объясняет появление тотальной лейконихии, как результат нарушения кровоснабжения.

## **Методики коррекционных систем пружинной конструкции для ортониксии: сильные и слабые стороны, выбор оптимальной методики**

Рубашева Т.В., Владимиров В.В., Владимирова Е.В.  
Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва

Ортониксия — методология металлических, пластиковых и комбинированных систем для безоперационной коррекции формы ногтя и онихокриптоза. Начало ортониксии было положено в 40-х годах XX века. Ортониксия оберегает пациентов от хирургических вмешательств — это последний этап на пути пациента к хирургу. Основоположителем является ученый дантист Росс Фрезер, применивший методики стоматологии (брекеты) для коррекции формы ногтей. В последующие годы различными учеными было придумано и внедрено много производных от скобы Фрезера скоб и пластин. Последние, невзирая на материал изготовления, являются самым простейшим по исполнению и слабым по эффекту приспособлением. При этом форма ногтя не изменяется или изменяется незначительно. Поэтому мы уделили особое внимание пружинным металлическим системам для исправления формы ногтевой пластины и решения проблемы онихокриптоза. На сегодняшний момент известно более 20 различных техник скоб, из которых широко применяются 4-6 видов. Данная техника представляет собой процесс, когда усиленное давление края ногтя на мягкие ткани боковых валиков снижается за счет упругости материала скобы. Большинство этих корректирующих систем изготавливается из нержавеющей медицинской проволоки и безболезненно и бескровно фиксируется непосредственно на поверхности ногтя крючками за его боковой край. Перечислим наиболее популярные скобы, показания и противопоказания к их установке. Золотая скоба (Goldstadt) устанавливается преимущественно при сильном воспалении бокового валика (чтобы еще более не подвергать их травме), при наличии тонких, слоющихся ногтей, у детей. Дает небольшое натяжение, поэтому для выпрямления сильно изогнутых ногтей не используется. Скоба Горчакова устанавливается только на равномерно загнутых с обеих сторон ногтях. Скоба Остхольд (VHO — Osthold) и скоба ЗТО применяются при необходимости установить систему близко к проксимальному краю ногтя и одновременно значительном воспалении боковых валиков. Однако высокая сложность установки этих скоб, массивность и «одноразовость» делает их применение узким. Скоба Фрезера — уникальная техника позволяет исправлять даже сильно деформированные ногти и является самым многогранным методом коррекции ногтей.

Устанавливается при любых формах искривления ногтей и на любой стадии онихокриптоза. Практически не имеет противопоказаний, однако требует высокой квалификации специалиста. Не смотря на то, что для всего процесса изготовления и установки скоб необходим большой навык, они позволяют решить проблемы искривления ногтевых пластин и их врастания с высочайшей степенью эффективности.

## **Этиопатогенетические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных**

Филлипова В.С., Разнатовский К.И.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время установлено около 50 видов грибов — возбудителей онихомикозов и на долю дерматомицетов приходится около 90% всех грибковых заболеваний ногтей. Заболеваемость онихомикозами среди населения варьирует, она определяется различными факторами, включая пол и возраст, состоянием сосудистой, нервной, эндокринной и иммунной систем.

Цель исследования. Изучить этиопатогенетические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 83 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 19 до 62 лет, в том числе 39(47%) женщин и 44(53%) мужчин, из них 48(57,8%) больных имели половой путь инфицирования ВИЧ; 35(42,2%) пациентов заразились ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков. Количество СД4 лимфоцитов определяли методом проточной цитофлюорометрии с помощью моноклональных антител. С целью выявления онихомикозов проводили клинико-лабораторное обследование ВИЧ-инфицированных больных, включающее микроскопию и культуральную диагностику.

Результаты. Онихомикоз стоп наблюдался у 17(20,5%) ВИЧ-инфицированных больных; онихомикоз кистей — у 8(9,6%). При проведении культуральной диагностики онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных в 10 культурах обнаружены дерматомицеты; в 11 культурах — не дерматомицеты (дрожжи; нитчатые недерматомицеты) и в 3 культурах — ассоциации *Trichophyton rubrum* + *Aspergillus* spp.; *Candida* spp. + *Fusarium* spp.; *Trichophyton rubrum* + *Candida* spp. Среди дерматомицетов преобладал *Trichophyton rubrum*, он выделен в 7 культурах; *Trichophyton mentagrophytes* идентифицирован в 3 культурах. Среди недерматомицетов преобладала *Candida* spp. — в 7 культурах, в меньших степенях, выделены *Aspergillus* spp.— в 1 культуре, *Cladosporium* spp.— в 1 культуре, *Penicillium* spp.— в 1 культуре, *Fusarium* spp. — в 1 культуре. Онихомикозы в большинстве случаев (48%) наблюдались у ВИЧ-инфицированных больных, имеющих СД4 < 200 кл/мкл, в меньшей степени при СД4 200-500 кл/мкл (36%) и СД4 > 500 кл/мкл (16%) соответственно.

Вывод. Основными возбудителями онихомикозов являлись недерматомицеты (дрожжи; нитчатые недерматомицеты) и с ростом иммуносупрессии увеличивалась частота возникновения онихомикозов.

## ГЕРПЕС-ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### Новая лекарственная форма фоскарнета натрия

Бондаренко Н.А., Левчук Т.А., Рудомино М.В., Шилова И.Б.  
Научно-производственное предприятие «Поликом», Москва

Цель. Сравнительное изучение химиотерапевтической эффективности 1—3% крема фоскарнета натрия (Россия) и референс-препарата 5% крема «Зовиракс» фирмы «ГлаксоСмитКляйн» (Польша) в эксперименте *in vivo* при наружном применении.

Методы. Исследования проводили на модели генитального герпеса морских свинок-самцов. Оценку результатов проводили по стандартной общепринятой методике регистрации клинических проявлений герпесвирусной инфекции в баллах. Терапевтическую активность препарата оценивали по индексу лечебного действия. Результаты. Лечебный эффект 2% крема фоскарнета натрия составил 63% ( $p < 0,001$ ); продолжительность болезни сокращалась в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой животных. Лечебный эффект 5% крема «Зовиракс» составил 46% ( $p < 0,002$ ); продолжительность болезни сокращалась в 1,4 раза ( $p < 0,002$ ) по сравнению с контрольной группой животных.

Выводы. 2% крем фоскарнета натрия превосходит по эффективности 5% крем «Зовиракс» при наружном применении. Лекарственная форма в виде крема легко наносится на кожу и слизистые оболочки, не вызывает раздражающего действия. Испытания крема показали его высокую противовирусную активность, следовательно, можно рекомендовать новую отечественную лекарственную форму 2% крем фоскарнета натрия как эффективную и удобную при местном применении для лечения заболеваний кожи и слизистых оболочек, вызванных вирусом простого герпеса.

### Рецидивирующий генитальный герпес у пациентов активного репродуктивного возраста, ассоциированный с инфекциями, передающимися половым путем

Сенчукова С.Р.  
Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии, Новосибирск

Цель исследования — изучить наиболее часто встречающийся патологический микробиоценоз у пациентов активного репродуктивного возраста с рецидивирующим генитальным герпесом, его влияние на течение рецидивирующего генитального герпеса. Материалы и методы исследования. Проведен анализ 96 больных (в возрасте от 19 до 49 лет) с рецидивирующим течением генитального герпеса. Всем пациентам наряду с общеклиническими,

биохимическими, инструментальными, проводили исследования на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты В и С, урогенитальные инфекции (гонорею, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмозы), с использованием бактериоскопического, бактериологического, молекулярно-биологического методов и иммуноферментного анализа. В зависимости от полученных результатов, назначали соответствующую терапию. Оценивали ближайшие (контроль излеченности сопутствующих ИППП, динамику регресса рецидива дерматоза) и отдаленные (частоту рецидивов, степень их выраженности) результаты лечения. Результаты и их обсуждение. Комплексное обследование показало, что тяжелое течение герпеса (более 6 рецидивов в год) было у 47 (49%) больных. У 9 женщин были ежемесячные обострения, связанные с началом менструального цикла. У 16 пациентов — 9—10 рецидивов, у 22-х — 7—8 рецидивов в год. У 29 (30,2%) и 20 (20,8%) больных течение дерматоза характеризовалось как средней степени тяжести (4—6 рецидивов) и легкое (не более 3 рецидивов в год) соответственно. По результатам тщательного комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования, у 92 (95,8%) больных выявлены сопутствующие ИППП, в том числе у 19 (19,8%) пациентов — урогенитальный трихомониаз, у 8 (8,3%) больных — смешанная трихомонадно-хламидийная, у 17 (17,7%) — трихомонадно-микоплазменная, у 12 (12,5%) — трихомонадно-уреоплазменная, у 11 (11,5%) — трихомонадно-кандидозная, у 12 (12,5%) — хламидийно-микоплазменная, у 5 (5,2%) — хламидийная, у 7 (7,3%) — хламидийно-кандидозная инфекция. Гепатит С обнаружен у 8 (8,3%) пациентов. Так у каждого из 96 обследованных обнаружены бактериальные и /или вирусные инфекции, протекавшие торпидно или бессимптомно, но требовавшие соответствующей лечебной коррекции. Наряду с лечением дерматоза, всем пациентам проведена терапия сопутствующей половой инфекции. Контроль излеченности сопутствующих ИППП показал, что у 91 (94,8%) пациентов достигнута эрадикация возбудителей. При анализе отдаленных (около 2 лет) результатов снижение частоты рецидивов отмечено у 64 (66,7%) больных. У 40,6% пациентов с тяжелым и у 20,8% со среднетяжелым течением число рецидивов уменьшилось до 1—3 в год, у 2,1% до 3—4 рецидивов в год, у 24% больных рецидивов не отмечено. В 9,4% наблюдений частота рецидивов после окончания терапии сочетанной инфекции существенно не изменилась, совпадая с неудовлетворительными результатами лечения сопутствующих ИППП. Выводы. Тщательное обследование 96 больных с рецидивирующим течением простого герпеса выявило сопутствующие ИППП, протекавшие торпидно или бессимптомно. В 69,8% встречался урогенитальный трихомониаз. Комплексный подход к обследованию и лечению пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом позволил уменьшить количество рецидивов дерматоза.

## ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

### **Аналоговая дерматоскопия на этапе скрининга практикующим дерматологом: какая шкала оценки наиболее удобна и применима в каждодневной практике?**

Аверина В.И., Туркевич А.Ю.

Клиническая больница «Феофания», Киев

Дерматоскопия, или эпилюминисцентная микроскопия, — неинвазивный метод исследования, который позволяет визуализировать структуры эпидермиса и сосочкового слоя кожи, которые невидимы для невооруженного глаза, путем оптического увеличения изображения с нанесением на кожу специальной жидкости (иммерсионное, минеральное масло, гель) совместно с направленными источниками света для визуализации более глубоких слоев дермы. Использование дерматоскопии улучшает диагностику меланомы на 35—40%, в особенности ее применение при массовых скрининговых обследованиях населения.

Цель. Поскольку речь идет об обследовании на протяжении ограниченного периода времени довольно большого количества пациентов, врачу, проводящему скрининг, необходимо иметь в своем арсенале удобный и понятный, не занимающий много времени, алгоритм оценки пигментных изменений кожного покрова. В связи с этим мы решили проанализировать существующие шкалы оценки с целью выбрать наиболее комфортный для этих специфических условий алгоритм.

Материалы и методы. Мы использовали в своей работе дерматоскопы Heine Delta 20 и Heine mini при скрининговых обследованиях пациентов с меланоцитарными невусами (приобретенные, врожденные), себорейным кератозом, сосудистыми образованиями кожи. Отдельно мы выделили пациентов с BCC и SCC. Все пациенты обращались с целью обследования — исключения меланомы кожи. Всем пациентам было проведено обучение в комплексе с рекомендациями о регулярных медицинских осмотрах и самостоятельных осмотрах кожи. Осмотр пациента проводился следующим образом: определялся тип пигментного образования кожи, выявлялись характерные клинические признаки пигментных образований, требующих неотложного вмешательства (с целью исключить меланому и NMSC), определялась необходимость проведения дерматоскопического исследования для каждого из имеющихся пигментных образований кожи (ПОК). После получения дерматоскопического изображения мы проводили анализ ПОК на предмет характерных признаков меланоцитарного образования по одной из дерматоскопических шкал. При проведении анализа с использованием следующих шкал оценки: 3-балльная, 7-балльная Argenziano, 11-балльная Menzies и ABCDE, которая считается наиболее комфортной, мы оценивали комфортность их применения в условиях скрининга. Результаты и их обсуждение. При использовании 3-балльной шкалы оценивались основные критерии: асимметрия, атипичная пигментная сеть и бело-голубые структуры (по 1 баллу) — 1 балл — доброкачественное, 2—3 балла — злокачественное ПОК. Как показал наш опыт, эта шкала в условиях скрининга проявила себя как самая удобная. Второе место разделили 7-балльная и 11-балльная шкалы. Будучи весьма информативными, они все-таки не совсем удобны при проведении массового скрининга, особенно учитывая некоторую сложность подсчета, как у шкалы Argenziano. Основные критерии: атипичная пигментная сеть, атипичный сосудистый рисунок, бело-голубая

пелена (по 2 балла) и дополнительные критерии (по 1 баллу): атипичные разветвления, атипичная пигментация, атипичные пятна/глобулы, области регрессии. Оценка < 3 — доброкачественное ПОК, ≥3 — меланома. Те же сложности сопровождают шкалу Menzies. Основные критерии: асимметрия формы, асимметрия цвета (>1) и дополнительные критерии: бело-голубая пелена, множественные коричневые точки, псевдоподии, радиальные разветвления сети, рубцовая депигментация, черные точки/глобулы по периферии, разноцветность образования, множественные голубые и серые точки, широкая пигментная сеть. Оценка состоит из следующего: 2 основных + 1 доп. критерий — меланома. Что касается правила ABCDE, то по нашему мнению, в условиях обычного приема эта шкала удобна как для врача, так и для пациента. Но в условиях скрининга требует несколько более сложных и длительных, как для таких условий, подсчетов с целью оценки злокачественности новообразования.

Выводы. Массовые скрининги населения с целью раннего выявления меланомы кожи, будучи весьма эффективным средством профилактики, требуют адекватного подхода со стороны специалистов в части применения шкал оценки, так как применение комфортного алгоритма существенно упрощает задачу врача и увеличивает количество осмотренных пациентов без ухудшения качества скрининга.

### **Клинический случай ВИЧ-ассоциированной папилломавирусной инфекции**

Гилядов А.Д.

Филиал «Бабушкинский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

В последнее десятилетие человечество столкнулось с проблемой роста заболеваний вирусной этиологии, в том числе обладающих сексуально-трансмиссивным путем передачи. Эта тенденция отмечается не только в развивающихся странах, но и там, где уровень жизни населения и экономического развития достаточно высок. Особую значимость этой эпидемии придает широкое распространение ВИЧ-инфекции, ведущим путем передачи которой в настоящее время является половой. Одним из наиболее часто регистрируемых ВИЧ-ассоциированных заболеваний является папилломавирусная инфекция, приобретающая у пациентов с угнетенным иммунитетом часто рецидивирующее течение. Под нашим наблюдением находился пациент X., 1981 года рождения, который обратился в 2010 году с жалобами на высыпания на коже полового члена. Считал себя больным около 2 месяцев, когда на головке полового члена и крайней плоти появились высыпания без субъективных ощущений, которые отличались быстрым прогрессированием. Самостоятельно не лечился. Инфицирован вирусом гепатита С в течение пяти лет. В беседе с врачом на вопросы отвечал уклончиво, употребление инъекционных наркотиков отрицал. Об обследовании на сифилис и ВИЧ-инфекцию до обращения к дерматовенерологу не сообщал. При осмотре: на головке полового члена и крайней плоти остроконечные кондиломы на ножке, цвета измененной кожи, размерами до 0,3—0,4 см в диаметре. Пациенту был установлен диагноз «Аногенитальные бородавки» и предложено дополнительное обследование в

результате которого были выявлены следующие показатели: RPR — отрицательная, РПГА — отрицательная, ИФА на ВИЧ положительная, подтвержденная впоследствии иммуноблотом. Так как на момент осмотра у пациента была неизвестна степень нарушений иммунитета и уровень вирусной нагрузки, то ему назначена наружная терапия в виде удаления разрастаний с последующим нанесением с целью профилактики рецидива мази «Виферон» и даны рекомендации о необходимости регулярного наблюдения у дерматовенеролога и инфекциониста. В результате проведенного лечения наступило клиническое улучшение, после чего пациент прекратил посещать лечащего врача. Спустя 2 года пациент повторно явился на прием с рецидивом заболевания. Предъявлял жалобы на новообразования кожи лобковой области и паховой складки. При осмотре у пациента множественные остроконечные разрастания на широком основании с явлениями гиперкератоза размерами до 1,5—2 см в диаметре. Отмечалось также значительное увеличение количества элементов и их размеров по сравнению с первоначальным поражением. Из беседы было уставлено, что пациент, несмотря на установленный положительный ВИЧ-статус, на прием к инфекционисту не являлся, на диспансерном учете не состоял. Ввиду отсутствия результатов обследования был вновь направлен к инфекционисту. Таким образом, наш клинический опыт свидетельствует о настоятельной необходимости обследования на ВИЧ-инфекцию пациентов с рецидивирующим течением ВПЧ.

### **Проблемы диагностики (дерматоскопия) новообразований кожи и их лазеротерапия в практике дерматокосметолога**

Ключарева С.В., Жигулина А.Г., Шумская О.Г., Селиванова О.Д., Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург

Целью нашей работы являлась разработка алгоритма диагностики и лечения пациентов с новообразованиями кожи, приводящего к решению эстетических проблем. Объектом наших исследований были 130 пациентов с различными новообразованиями кожи, приносящими эстетические проблемы и требующими дифференциальной диагностики с меланомой кожи. Методами исследования явилось проведение всем пациентам дерматоскопии. Лечение выполнялось с помощью лазерного высокоэнергетического прибора на парах меди «Яхрома-Мед» с длиной волны 511 нм и 578 нм.

Результаты. Пациенты, обратившиеся за косметологической помощью в лазерный центр СПбГМА им. И.И. Мечникова участвовали в международном дне «Диагностика меланомы». Исследования проводились в течение 3 лет. Все обратившиеся предъявляли жалобы на наличие неэстетических пигментных образований. Был создан алгоритм ведения пациентов с пигментными новообразованиями. Первый этап — дерматоскопическая диагностика. Второй — лазерная эксцизия новообразования с гистологическим исследованием. При проведении дерматоскопии применялось правило ABCD, которое с течением времени хорошо зарекомендовало себя при оценке меланоцитарных дерматозов. Оно основывается на определении четырех полуколичественных критериев: асимметрии, установлении границ, цвете и структурных различиях. Благодаря расчетной формуле, можно подсчитать общий дерматологический индекс. Результат между 1 и 4,75 означает чаще всего наличие доброкачественного меланоцитарного поражения кожи. Однако

существуют некоторые доброкачественные меланоцитарные образования, общий ДИ которой может быть выше 5,45, такие, например, как меланоцитарный лентигозный невус, пигментный веретеннообразный невус или невус Шпитца. Меланоцитарные невусы с лентигозной составляющей не всегда могут быть точно идентифицированы на базе клинических или дерматоскопических критериев. Меланоцитарные пигментные образования, общий ДИ которых варьируется от 4,75 до 5,45, должны рассматриваться как подозрительные, и их нужно либо удалять, либо внимательно за ними наблюдать, если только они не входят в категорию ранее перечисленных исключений. Таким образом, индекс ДИ, на наш взгляд, не всегда информативен и трудоемок. Помимо правила ABCD в настоящее время используется АЛГОРИТМ ХАОС. Необходимо отметить, что это клинические признаки, они также могут быть достоверны для диагностики меланомы кожи. Присутствует ли ХАОС, определяется наличием асимметрии структуры либо цвета (8 признаков). 8 признаков злокачественности: расположенные периферически бесструктурные области (любого цвета, кроме цвета кожи), толстые ретикулярные или разветвленные линии, серые или синие структуры, черные точки — расположенные периферически, радиальные линии или псевдоподии, белые линии, полиморфические сосуды, параллельные линии, гребешки. Следует определить, встречается ли один из восьми признаков злокачественности. Если ответ «да», следует удалить новообразование и взять биопсию. Если встречены однозначные признаки доброкачественного беспигментного кожного новообразования (себорейной бородавки, ангиомы, дерматофибromы) — новообразование можно оставить. В ежедневной врачебной практике данный алгоритм может быть использован уже во время первичного осмотра. Он не требует ни проведения расчетов, ни использования других сложных правил, которые имеют место при использовании некоторых алгоритмов. В результате полученных данных — при 6 дерматоскопических диагнозах подозрения на меланому лишь в 4 случаях по данным гистологического исследования, произведенным в НИИ онкологии им. Петрова, была диагностирована меланома кожи. В остальных 2 случаях диагноз был поставлен, как диспластический невус. Учитывая маленькую выборку, совпадение диагнозов составило лишь 66,7%. Выводы. Очевидно, что дерматоскопическое правило ABCD не позволяет идентифицировать все типы меланомы. При ахромических и узелковых меланомах возможно встретить общие показатели ниже 5,45. До сегодняшнего дня мы смогли зафиксировать результаты ниже 4,75 только в случае ахромических злокачественных меланом. Вот почему, согласно нашим исследованиям, общий ДИ кажется нам не всегда информативным и трудоемким. Поэтому применение АЛГОРИТМ ХАОС и 8 признаков злокачественности является более простой методикой и в тоже время информативной.

### **Терапия кожных Т-клеточных лимфом**

Корсунская И.М., Тогоева Л.Т., Лавров А.А., Сакания Л.Р. Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва

Т-клеточные лимфомы кожи (ТКЛК) — гетерогенная группа лимфопролиферативных заболеваний, обусловленных пролиферацией в коже Т-лимфоцитов с измененным геномом (клональные лимфоциты). В ходе проведения лечения врачи сталкиваются с немалым количеством проблем, а именно: недостаточная оснащенность препаратами для лечения данной группы пациентов; отсутствие единых стандартных схем лечения, принятых за рубежом; отсутствие взаимодействия дерматолог-

онколог-пациент. По данным минимальных клинических рекомендаций Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), терапевтическая тактика зависит от типа и стадии ПЛК. Так как раннее применение агрессивной химиотерапевтической тактики связано с существенными побочными эффектами, рекомендован консервативный терапевтический подход с учетом стадии ГМ и его подвариантов.

Цель работы. Обзор современных методов терапии ТКЛК, оценка эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни пациентов с диагнозом ТКЛК, проходивших стационарное лечение в ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко в 2009 г. (34 человека), 2010 г. (38 человек), 2011 г. (22 человека). Пациенты получали лечение препаратами группы интерферонов (реальдирон, альтевир, реаферон), противоопухолевыми препаратами (циклофосфан, проспидин), системными ретиноидами (неотигазон), системными ГКС (метипред, преднизолон, дексаметазон, дипроспан), антигипоксантами (предуктал). По данным зарубежной литературы, при терапии ТКЗЛК используется несколько иная тактика. Для пациентов с ограниченными пятнами и бляшками может быть рекомендовано местное применение стероидов или наблюдение (wait and watch). Для более распространенного процесса (стадия IB) рекомендуется местное использование стероидов, PUVA-терапии (псорален + фототерапия UVA-спектра), фототерапии узкого спектра, UVB (только для пятен), а также местных цитостатических агентов типа мехлорэтамину или кармустина (BCNU). При наличии единичного или нескольких опухолевых образований (стадия II) возможно также сочетанное применение локальной лучевой терапии. Локальная лучевая терапия может приводить к излечению при локализованном ГМ, а также при педжетоидном ретикулезе. В случаях более распространенного бляшечного или опухолевидного процессов, а также случаях резистентности к местной терапии могут быть применены комбинации PUVA-терапии с интерферонами или ретиноидами, включая Бексаротин, а также тотальное облучение кожи электронным пучком. При рецидивах альтернативные подходы включают применение Denileukin diftitox, вориностата. Полихимиотерапия рекомендована только при поражении лимфоузлов и висцеральных метастазах (стадия IV), а также у пациентов с распространенной опухолевидной формой, неконтролируемой местной или иммуномодулирующей терапией. Результаты — по нашим данным, ремиссия после проведенного лечения составляет от 1 до 10 месяцев (в среднем 4—6 месяцев). Наилучшие результаты достигались при сочетании противоопухолевых препаратов, системных глюкокортикостероидов с системными ретиноидами (10 человек). По данным зарубежной литературы, ремиссия после проведенного лечения составляет от 6 месяцев и выше, что значительно повышает качество жизни и общую выживаемость пациентов.

Выводы — отечественные протоколы ведения пациентов не соответствуют мировым стандартам лечения, что негативно сказывается на прогнозе данного заболевания.

### **Опыт эксплуатации экспериментального образца автоматизированной системы скрининга «Паспорт кожи»**

Кудрин К.Г., Маторин О.В., Решетов И.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Среди новообразований кожи наиболее опасным является меланома. За последние 30 лет заболеваемость населения мира меланомой кожи ежегодно возрастает на 7%. Заболеваемость населения России составляет в среднем около 30 человек на 100 тысяч и особенно высока в центральных и южных регионах. У 83% заболевших к началу лечения уже диагностируются новообразования с глубокими уровнями инвазии в подлежащие ткани, с высокой долей вероятности приводящими к летальному исходу для пациента, о чем свидетельствуют данные по пятилетней выживаемости больных меланомой кожи. Такая статистика заболеваемости связана с отсутствием в России системы скрининга населения, являющейся первым и ключевым звеном при ранней диагностике меланомы кожи. Автоматизированными системами скрининга (АСС) новообразований кожи (НК) необходимо оснащать медицинские учреждения дерматоонкологического профиля: федеральные и областные центры, онкодиспансеры и т.д. За рубежом подобные системы уже внедряют последние несколько лет. Однако зарубежные диагностические комплексы в большей степени ориентированы на уточняющую диагностику, чем на скрининг, что обуславливает их недостатки, а также их высокую стоимость. В МНИОИ им. П.А. Герцена уже несколько лет применяется экспериментальный образец перспективной АСС «Паспорт кожи».

Целью работы является обобщение опыта клинического применения АСС. Задачами работы являются: 1. Оценка эффективности работы экспериментального образца АСС «Паспорт кожи». 2. Уточнение требований к АСС для клинического применения в составе медицинского учреждения дерматоонкологического профиля.

Материалы В работе использовался экспериментальный образец АСС «Паспорт кожи», имеющий в составе: устройство регистрации цифровых изображений (УРЦИ); устройство автоматизированного позиционирования (УАП); осветительную систему; мобильное рабочее место врача-оператора (МРМ). МРМ представляет собой мобильную стойку, на которой размещался персональный компьютер (ПК) и система электропитания оборудования АСС. На ПК установлено экспериментальное программное обеспечение (ЭПО). ЭПО позволяет управлять работой УРЦИ. Позиционирование УРЦИ относительно пациента, располагающегося на некотором расстоянии, происходит в вертикальном направлении и осуществляется с помощью УАП (управляемого с помощью ЭПО). Также ЭПО позволяет обрабатывать регистрируемые изображения: шивать ракурсное изображение из изображений участков поверхности кожи, автоматически обнаруживать имеющиеся НК и определять их клинические параметры (параметры размера, формы, цвета и их изменения при повторном обследовании). Методы С помощью АСС «Паспорт кожи» начиная с 2007 года обследовали пациентов с синдромом кожной полиневоплазии. В процессе обследования регистрировали изображения участков поверхности кожи пациента при различных ракурсах: спереди, сзади, справа, слева. Изменением положения конечностей пациента добивались максимально возможного охвата при регистрации изображений поверхности кожи. Изображения обрабатывали с помощью ЭПО. В результате обработки получали протоколы исследования кожных покровов, содержащие карту расположения НК пациента, перечень и клинические параметры НК, имеющих повышенную вероятность малигнизации. Обнаруженные «подозрительные» НК дополнительно исследовали и принимали решение об иссечении. Результат скрининга и последующей дополнительной диагностики верифицировали по результатам гистологических исследований удаленных НК.

Результаты. В период с 2007 по 2012 год с помощью экспериментального образца АСС «Паспорт кожи» было обследовано 520 пациентов. Из

них 161 пациенту были удалены НК, преимущественно с клиническим диагнозом меланома или диспластический невус (с подозрением на лентигозную меланоцитарную дисплазию 3 или 4 степени). По результатам гистологической верификации чувствительность АСС «Паспорт кожи» составила 97%, специфичность — 92%. Время регистрации изображений поверхности кожи пациента составляло не более 5 минут, время автоматизированной обработки изображений не превышало 1 час. Опыт эксплуатации показал, что в состав АСС «Паспорт кожи» при клиническом применении следует ввести напольный коврик с разметкой, а также комплект юстировки, что приведет к улучшению эксплуатационных характеристик. Выводы. В ходе клинического применения экспериментальный образец АСС «Паспорт кожи» установлена ее высокая диагностическая эффективность, уточнены требования к ее техническим характеристикам.

### **Использование методов визуализации в комплексной оценке новообразований кожи и тактика терапии**

Кусая Н.В., Юцковская Я.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии, Владивосток

Рост и развитие меланоцитарных образований увеличивается с каждым годом. Выявлению значительного количества новообразований кожи способствует старение населения, снижение иммунной прослойки, накопление генетических изменений ДНК клеток, наследственная предрасположенность (диспластический невус, эпизоды меланомы у пациента и в семье), длительное и повышенное ультрафиолетовое облучение, особенно солнечные ожоги до 5 лет. Наибольший интерес представляют новообразования меланоцитарной системы. Исследование пигментных новообразований кожи необходимо для дифференциальной диагностики ранних стадий злокачественной меланомы с доброкачественными меланоцитарными новообразованиями — невусами. Клиническая диагностика простого невуса может быть затруднена в случаях, когда выявляется его изъязвление, корка на поверхности, воспалительные изменения (при травматизации), при фолликулите, косметологических манипуляциях. Установлено, что под воздействием УФ-излучения невусы подвергаются злокачественной трансформации в меланому. Число случаев меланомы кожи увеличивается с каждым годом. Склонность меланомы к быстрому метастазированию, высокая резистентность к консервативным методам лечения, частота и тяжесть возможных осложнений требуют взвешенного подхода при планировании терапии.

Целью исследования явился поиск клинико-лабораторных критериев, на основании которых можно прогнозировать течение заболевания, определить показания к каждому методу лечения и обоснованность его применения. Было обследовано 2062 пациента в возрасте 30±1,2 года, соотношение по полу женщины и мужчины 3:1. До 10% от обратившихся составляют дети в возрасте до 14 лет. Основную массу составили жители Владивостока, до 15% жители городов края, до 5% сельские жители. В комплексную оценку пигментных образований и ранней диагностики меланомы кожи входили: диагностический алгоритм Фигаро, ультразвукография (DUB, Германия), дерматоскопия (Delta 20, Heine), с расчетом по алгоритму ABCD и общего дерматоскопического индекса (ОДИ). В результате анализа полученных данных выставлялся предварительный клинический диагноз и выработывалась тактика терапии. Выявление таких

признаков как: травматизация, изъязвление образования, позднее появление (после 14 лет), значение дерматоскопического индекса более 5,45 с признаками регресса неравномерной пигментной сети, появлением сине— белой вуали, атипичным ангиогенезом, централизацией сосудов при ультразвукографии), захватом периферии, выявлением гипозоногенных зон образования с неравномерной структурой считалось неблагоприятными факторами и показаниями к радикальному лечению (хирургическое иссечение, лечение в онкологическом диспансере). Пациентам с более благоприятными клиническими, дерматоскопическими и ультразвукографическими признаками выполнялось малоинвазивное вмешательство с последующим гисто-логическим исследованием удаленного образования. Всего хирургических иссечений 110, в онкодиспансер направлено и пролечено 12 человек. Для удаления новообразований кожи в амбулаторных условиях применялся метод радиоволновой хирургии (Сургитрон ТМ, Ellman Inc., США). Все биоптаты подвергались морфологическому исследованию. Последующее наблюдение указывало на радикальность метода: отсутствие рецидива, постоперационных осложнений и высокий косметический эффект. Анализируя литературные и полученные данные, можно сказать, что уточнение клинических и анамнестических данных, выявление неблагоприятных дерматоскопических и ультразвуковых симптомов позволяют выбрать адекватную тактику лечения и динамического наблюдения невусов.

### **Случай трансформации распространенного псориаза в эритродермическую форму Т-клеточной злокачественной лимфомы кожи**

Нефедова Е.Д., Махнева Н.В, Лезвинская Е.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

Злокачественные лимфомы кожи (ЗЛК) — гетерогенная группа заболеваний, основу которых составляет лимфопролиферативный процесс. Эритродермические варианты лимфом кожи являются наиболее трудно диагностируемыми ввиду выраженного воспалительного компонента, превалирующего над пролиферативным. Особенно сложно верифицировать диагноз в случаях длительно протекающих вторичных эритродермий, возникающих на фоне доброкачественных воспалительных дерматозов и проявляющихся чертами, сходными с эритродермическими лимфомами. В таких клинических ситуациях приходится решать вопрос о возможной трансформации данного заболевания в ЗЛК. Информативным диагностическим методом является оценка морфологической характеристики лимфоцитов крови. Мы наблюдали случай трансформации распространенного вульгарного псориаза в эритродермическую форму Т-клеточной ЗЛК. Пример. Больной Н., 66 лет, страдает псориазом в течение 15 лет. Неоднократно проводилось амбулаторное и стационарное стандартное лечение. Около 7 лет назад — курс PUVA-терапии. Настоящее обострение около месяца, связанное со стрессом. Местная терапия (мази, содержащие 2% салициловую кислоту и кортикостероиды) — без эффекта. Больной госпитализирован в филиал «Вешняковский» МНПЦ ДК (№ ИБ-12/1171) для уточнения диагноза, обследования и лечения. Из анамнеза: потеря веса на 5—7 кг в течение последних 2—3 месяцев. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на высыпания на коже волосистой части головы,

туловища, конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом; ознобы, слабость, повышение температуры тела до 38 °С. При осмотре процесс представлен частичной эритродермией. На коже волосистой части головы — папулы розового цвета до 0,7 см в диаметре, покрытые белесоватыми чешуйками. Кожа туловища, конечностей гиперемирована, отечна, буровато-красного цвета с цианотичным оттенком, с наличием инфильтрированных бурых бляшек, склонных к слиянию и занимающих, практически всю поверхность спины, бедер, голеней, покрытые чешуйко-корками серо-коричневого цвета. На коже стоп — гиперкератоз с муковидным шелушением. Паховые лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре. При клинико-лабораторном исследовании выявлена нормохромная анемия. В клиническом анализе крови — умеренные лейкоциты (9,2\*10<sup>9</sup>/л) и лимфоцитоз (39\*10<sup>9</sup>/л). По данным гемограммы (при пересчете на 100 лимфоцитов): 81%—нормальных лимфоцитов, 6% — крупноклеточный вариант лимфоцитов (бластные формы клеток Сезари), 12% — мелкоклеточный вариант лимфоцитов, 1 клетка-двухядерная клетка, 19% — атипичные клетки (клетки Сезари). При исследовании биоптата с очага поражения кожи — картина псориаза в стадии прогрессирования. В момент уточнения диагноза пациенту проведена стандартная терапия по поводу псориазической эритродермии: инфузионная терапия преднизолоном 90 мг в/в капельно с положительным эффектом в виде уменьшения степени гиперемии, инфильтрации кожи, нормализации температуры тела. Доза преднизолона постепенно снижена до 40 мг/сутки per os. На основании анамнеза, клинико-морфологической картины, результатов гемограммы и течения болезни больному выставлен диагноз: Т-клеточная ЗЛК, эритродермическая стадия. Рекомендовано продолжить монотерапию преднизолоном длительно в дозе 40 мг/сутки per os с динамическим наблюдением у дерматологов, гематологов и онкологов. Данный клинический случай показывает необходимость тщательного обследования и динамического наблюдения за пациентами с хроническими дерматозами, получавшими курсы PUVA-терапии (как фактор риска канцерогенеза), особенно при изменении характера течения кожного процесса и торпидности к проводимой терапии. Несмотря на то, что ряд клинических симптомов (выраженная инфильтрация и синошная окраска кожи, койлодермия, дисхромия) являются характерными для эритродермических лимфом кожи, исследование данных морфологических вариантов лимфоцитов крови играет важную роль в ранней их диагностике.

### **Случай распространенного ксантоматоза кожи у пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа**

Панина А.Н., Галиева Н.В., Нефедова Е.Д.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

В своей практике дерматолог нередко сталкивается с дерматозами, возникающими вследствие нарушений углеводного и липидного обменов. Чаще это кожный зуд, липоидный некробиоз, хронические экземы, трофические язвы голеней у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. При изменениях липидного обмена, как правило специалисты наблюдают периорбитальные ксантелазмы. Реже диагностируются различные виды ксантом как проявления первичных и вторичных гиперлиппротеинемий (развивающихся на фоне сахарного диабета, нефритов, панкреатита, аутоиммунных заболеваний и др.). Нередко именно дерматолог первично направляет пациентов на дообследование, выявляя этиологическую

основу подобных кожных проявлений. Мы наблюдали пациента с распространенным эруптивным ксантоматозом кожи, развившемся на фоне нарушенного углеводного обмена. Клинический пример. Больной С., 36 лет, обратился в поликлиническое отделение филиала «Вешняковский» с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Из анамнеза: болен в течение 2 месяцев, первые высыпания появились на коже верхних конечностей, с последующим распространением на кожу туловища и нижних конечностей. Заболевание ни с чем не связывает. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический панкреатит вне обострения (лечение более 10 лет назад). При осмотре процесс носит распространенный симметричный характер, занимая до 90% площади спины и верхних конечностей, представлен монотипными высыпаниями в виде множественных папулезных, элементов желтого цвета от 0,3 до 0,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, с четкими границами, склонными к группировке. По данным клинико-лабораторного обследования: в клиническом анализе крови — умеренный лимфоцитоз (46\*10<sup>9</sup>/л); анализ мочи — без патологии. Исследование на HBsAg, anti-HCV, Anti-HIV 1,2 — отрицательно. В биохимическом анализе крови выявлены повышенные уровни общего белка (108 г/л), общего холестерина (7,2 ммоль/л), триглицеридов (2,4 ммоль/л), глюкозы крови (8,4 ммоль/л). В результате проведенного УЗИ органов брюшной полости — эхографические признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений печени и поджелудочной железы. При исследовании биоптата с очага поражения кожи: в ретикулярной дерме скопления гистиоцитов, ксантомных клеток, слабовыраженный периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, незначительный фиброз. Заключение: гистологические изменения соответствуют эруптивной ксантоме. На основании анамнеза, клинико-морфологической картины, результатов гемограммы и гистологических данных больному выставлен диагноз: распространенный эруптивный ксантоматоз кожи. На основании диагноза, данных обследования, пациент направлен на дальнейшее обследование и лечение у эндокринолога (диагноз сахарного диабета 2-го типа, дислипотеинемии в дальнейшем подтверждены) и гастроэнтеролога. Данный клинический пример еще раз демонстрирует необходимость тщательного обследования углеводного и липидного обменов у пациентов с различными видами ксантом, учитывая важность своевременного подбора этиотропной терапии таких дерматозов.

### **Своеобразие течения буллезного пемфигоида на примере больных ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко**

Резникова М.М., Фатяхетдинова З.А., Путинцев А.Ю., Денисова Е.В.  
Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва

Цель нашей работы состоит в знакомстве дерматологов с необычным течением буллезного пемфигоида у пожилых людей и нестандартным подходом к терапии таких больных. Задача работы заключалась в оптимизации лечебных мероприятий при буллезном пемфигоиде. Материалы и методы: 14 больных буллезным пемфигоидом мужского кожного отделения ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко, которым проводился подбор суточных терапевтических доз кортикостероидов в зависимости от тяжести клинической симптоматики, с включением азатиоприна и дапсона в схему лечения. В течение весны и лета прошедшего года мы наблюдали больных с буллезным пемфигоидом в возрасте от 65 лет до 78 лет. Все больные предъявляли жалобы на выраженный приступообразный

зуд. У всех пациентов заболевание возникло недавно, за 2—3 месяца до поступления в стационар. Обращает на себя внимание, что у 12 из 14 больных высыпания «не строго» укладывались в обычную клиническую картину буллезного пемфигоида. Высыпания были распространенными, многочисленными, располагались повсюду, кроме кожи ладоней и подошв. Превалировали эритематозно-отечные пятнистые розовато-бурые очаги, формирующие причудливые гирляндовидные и дугообразные, кольцевидные фигуры с тенденцией к периферическому росту. У 4 больных на протяжении приблизительно недели иных высыпаний не было, но в последующем стали появляться единичные пузыри, или мелкие пузырьки, линейно располагающиеся на отечно-эритематозном фоне. У 8 больных с самого начала постоянно возникали тонкостенные пузыри различной величины от вишни до грецкого ореха, с прозрачным содержимым, быстро вскрывающиеся. У 2 больных отмечалась типичная картина буллезного пемфигоида с крупными пузырями. Слизистая полости рта была интактна. При обследовании у 8 из 14 больных (57%) буллезным пемфигоидом в пузырьной жидкости превалировали эозинофилы (от 32 до 58%), а у остальных — преобладали нейтрофилы. Одному больному с эритематозно-отечными фигурными образованиями была сделана биопсия с проведением прямой иммунофлюоресцентной реакции и был диагностирован буллезный пемфигоид (линейное расположение под базальной мембраной IgG с C-3 компонентом комплемента). Назначение стандартных доз преднизолона: 30—40 мг/сутки; или метипреда: 24—32 мг/сутки оказалось неэффективным. Спустя 7—8 дней суточную дозу преднизолона/метипреда пришлось увеличить до 60—80/48—56 мг в сутки. Сочетание системных глюкокортикоидов с дапсоном выраженного терапевтического эффекта не дало. Через 5 дней ввиду недостаточной эффективности назначенного лечения мы присоединили к системным глюкокортикоидам азатиоприн в суточной дозе 50 мг два раза в день, 10-дневными турами с 2-дневным перерывом. Спустя 5—7 дней мы получили отчетливый терапевтический эффект: перестали появляться свежие пузыри, разрешились эритематозно-отечные высыпания, исчез зуд. За время нахождения больных в стационаре был осуществлен расширенный онкопоиск: онкопатология ни в одном случае не выявлена. Выводы: по нашим наблюдениям увеличилось число больных буллезным пемфигоидом, видоизменилась картина заболевания; нередко начальные клинические проявления напоминают многоформную экссудативную эритему или центробежную эритему Дарье. Представляется, что причинные факторы буллезного пемфигоида у пожилых лиц не обязательно связаны с онкопатологией. Весьма вероятно, что своеобразие клинической картины, описанной выше, может быть связано с какими-либо токсическими факторами, вызванными неблагоприятной экологической обстановкой, употреблением в пищу недоброкачественных продуктов, пищевых добавок, самолечением по поводу различных терапевтических недугов.

## **Роль дерматоскопии в повышении эффективности работы дерматолога при медицинских осмотрах**

Шахматов Д.А., Фирман А.А.

Клиника «Ваше здоровье», ООО «Претор», Новосибирск

Высокая распространенность пигментных невусов в популяции, их способность к дисплазии, также такие факторы риска, как

повышенная инсоляция и травмирование невусов, способствуют развитию злокачественных изменений кожи, в частности меланомы. Данная проблема определяет необходимость совершенствования ранней диагностики злокачественных новообразований, в том числе на поликлиническом этапе. Наиболее современным методом диагностики новообразований кожи в мировой дерматологии является дерматоскопия (эпилюминисцентная микроскопия). В качестве устройства для дерматоскопии используется иммерсионный микроскоп с 10—40-кратным увеличением и кросс-поляризованным освещением объекта. В настоящее время предложены алгоритмы дерматоскопической диагностики пигментных и непигментных новообразований. В России метод дерматоскопии в настоящее время не получил широкого развития, у большинства врачей-дерматологов отмечаются слабые знания диагностических алгоритмов и отсутствие навыков в понимании дерматоскопической картины исследуемых новообразований.

Цель. Изучение эффективности дерматоскопии для ранней диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи при обязательных и периодических медицинских осмотрах. Материалы и методы исследования. За период с декабря 2011 г. по декабрь 2012 г. проведено профилактическое обследование у 528 человек, в том числе 317 женщин (19—72 лет) и 211 мужчин (18—69 лет). Дерматоскопическая диагностика выполнялась с помощью дерматоскопа DermLite II hybrid m. В качестве методики оценки была выбрана 7-шаговая методика, разработанная G.Argenziano, и дерматоскопическое правило ABCD с вычислением общего дерматоскопического индекса.

Результаты: при осмотре для первоначальной диагностики производилась визуальная оценка пигментных новообразований (по цвету, однородности цвета, симметричности, возвышению над уровнем кожи, а также другим атипичным признакам) и дифференциации по онкокритичным критериям. В дальнейшем на основании клинико-анамнестических данных и дерматоскопической картины у 56 человек было выявлено 107 (75,8%) меланоцитарных (пограничные, внутридермальные, сложные невусы) и 34 (24,2%) немеланоцитарных образования кожи (гемангиомы, дерматофибромы, фибромы, себорейные кератомы). С помощью методики Argenziano выявлено 8 пациентов, у которых имели место один большой и один-два малых критерия; данные невусы были расценены как диспластические. При визуальной диагностике опухолевый процесс был заподозрен у 42 человек, из них 11 меланоцитарных образований и 6 немеланоцитарных. Эти пациенты были направлены на консультацию к хирургу-онкологу. По сравнению с результатами выявляемости при осмотрах в 2010 году, когда использовался только визуальный осмотр — эффективность диагностики подозрительных новообразований увеличилась в 1,3 раза.

Выводы. Таким образом, дерматоскопия в скрининговом обследовании населения служит методом ранней дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований от злокачественных. Дерматоскопическое исследование позволяет с большой достоверностью отличить меланомы и непигментные опухоли/ Для профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей кожи необходимо широкое внедрение методов дерматоскопии в практику врачей смотровых отделений. С этой целью требуется организовать обучение врачей смотровых отделений диагностическим методикам дерматоскопии, организовать фотодерматоскопический контроль и очень важно оснастить рабочие места необходимым медицинским оборудованием.

## ДЕРМАТОСКОПИЯ

### Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система для диагностики заболеваний кожи

Бородкин А.В., Лощенов М.В.

Центр естественно-научных исследований Института общей физики, ЗАО «БИОСПЕК», Москва

Флуоресцентная диагностика (ФД) с применением фотосенсибилизирующих препаратов является одним из наиболее перспективных направлений в современной дерматологии для выявления предраковых заболеваний кожи и злокачественных новообразований на ранних стадиях. Метод характеризуют высокая диагностическая достоверность и возможность получения количественных результатов в режиме реального времени. Однако широкому развитию такого подхода мешает недостаток, связанный с условиями проведения диагностического сеанса: необходимость полного «затемнения» кабинета для получения точных результатов. Стробоскопическая методика позволяет устранить этот недостаток. Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система состоит из набора мощных светодиодов, излучающих в синем (405 нм), зеленом (530 нм) и красном (630 нм) диапазонах спектра. За счет конфокального расположения источников света, возбуждающих флуоресценцию, удалось избавиться от теней и бликов, которые могли исказить флуоресцентную картину и этим самым затруднить проведение диагностики. Светодиоды формируют равномерно распределенное по площади излучение с диаметром пятна 8 см на расстоянии 10 см от исследуемого участка. Каждое по отдельности излучение используется для возбуждения флуоресценции в новообразованиях, а при помощи высокочувствительной монохромной камеры регистрируется распределение флуоресценции в длинноволновой области спектра (начиная с 660 нм). За счет последовательной комбинации возбуждающего излучения и оптического отклика исследуемого участка система позволяет значительно точнее определить границы новообразования. Для объективной оценки получаемой флуоресцентной картины все флуоресцирующие участки кожи (потенциальные новообразования), окрашиваются в красный цвет, а окружающие области оставлены без изменения.

Апробация системы показала высокую диагностическую эффективность при минимальных концентрациях фотосенсибилизаторов.

### Оптическая когерентная томография: влияние меланина на параметры изображения кожи, возможности в прижизненной диагностике меланомы

Гаранина О.Е., Петрова Г.А., Шлишко И.Л., Незнахина М.С., Эллинский Д.О., Максимова А.С., Зорькина М.В., Петрова К.С. Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Цель исследования. Целью настоящей работы явилась оценка влияния различной степени пигментации на качественные и количественные характеристики ОКТ — изображений кожи для определения возможностей и места ОКТ в прижизненной диагностике и дифференциальной диагностике меланомы и других

злокачественных новообразований кожи, сопровождающиеся изменением пигментации.

Задачи исследования: оценить влияние различной степени пигментации на качественные и количественные характеристики ОКТ — изображений кожи и определить оптические особенности здоровой кожи открытых и закрытых участков различных фототипов; сформулировать диагностические и дифференциально-диагностические оптические признаки пигментных новообразований кожи доброкачественной/злокачественной меланоцитарной/немеланоцитарной природы; провести сравнительное исследование эффективности использования ОКТ и дерматоскопии в прямых открытых и «слепых» испытаниях в прижизненной диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи с нарушением пигментации;

Материалы и методы. В исследование приняли участие 150 добровольцев: 60 здоровых добровольцев всех возрастных категорий и фототипов. Критерием включения было отсутствие каких-либо хронических заболеваний, способных повлиять на состояние кожи. 90 пациентов с пигментными новообразованиями кожи доброкачественной/злокачественной меланоцитарной/немеланоцитарной природы.

Используемые средства: визуализатор — топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК»; прибор Multi Skin Test Center MC 750 Courage+Khazaka Cologne Germany; дерматоскоп Heine Delta 20 (Heine Optotechnik, Germany). У каждого здорового добровольца было проведено исследование оптических параметров кожи и мексаметрия в 18 точках различной анатомической принадлежности (открытые и закрытые точки): граница волосистой кожи головы и лба, цент лба, скула, угол глаза, шея, яремная ямка, плечо, предплечье разгибательная поверхность, предплечье сгибательная поверхность, тыл кисти, середина ладони, надлоктевая область, межлопаточная область, бедро, голень, тыл стопы, свод, пятка. Был определен фототип согласно классификации Фицпатрика. Описание ОКТ-изображений проводилось с использованием следующих параметров: контраст, глубина полезного сигнала и оптическая высота слоев.

Каждому пациенту с поражением меланоцитарной/немеланоцитарной природы был проведен клинический осмотр всех кожных покровов. Каждый подозрительный элемент исследовали методом дерматоскопии с получением цифровых фотографий и методом ОКТ. Для этого были получены ОКТ-изображения здоровой кожи с участков симметричных локализации патологического образования и пошагово в пределах каждого подозрительного элемента по двум осям с перекрытием предыдущего положения зонда на одну треть. При неоднородной пигментации исследование проводилось по дополнительным осям. При наличии клинических показаний — проводилось морфологическое исследование биопсийного и послеоперационного материала. Было проведено сопоставление выявленных дерматоскопических признаков, данных оптической когерентной томографии и результатов морфологического исследования операционных препаратов.

Результаты. В результате проведенных исследований были сформулированы оптические особенности здоровой кожи различных фототипов, диагностические и дифференциально-диагностические признаки пигментных новообразований кожи доброкачественной/злокачественной меланоцитарной/немеланоцитарной природы.

Выводы. Использование оптической когерентной томографии в комбинации с дерматоскопией в прижизненной морфологической диагностике позволит с высокой точностью не только установить диагноз меланомы кожи, но и определить вид всех выявленных доброкачественных пигментированных новообразований кожи, что позволит повысить частоту диагностики ранних форм меланомы кожи и снизить показатели заболеваемости и смертности от данного вида патологии.

## **Сравнительная оценка дерматоскопов РДС -1 и HEINE DELTA 20 — опыт применения в практике врача-онколога**

Гетьман А.Д.

Клиника эстетической и лазерной медицины Neo-Clinic, Тюмень

Успех в постановке правильного дерматоскопического диагноза в значительной степени зависит от уровня владения врачом методикой исследования. Несомненно и то, что при проведении дерматоскопии с фиксацией изображения правильность его оценки зависит и от качества получаемого снимка. В своей работе мы попытались оценить техническую сторону этого процесса, сравнив имеющиеся в нашем распоряжении дерматоскоп HEINE DELTA 20, соединенный с цифровым фотоаппаратом (Nicon Coolpix 4500) с помощью фотоадаптера, и видеодерматоскоп РДС-1 с осветительным блоком для иммерсионной дерматоскопии. Сравнение устройств производилось по степени удобства в применении и по качеству получаемого изображения.

Для сравнения была взята группа из 50 пациентов, обратившихся на прием по поводу наличия пигментированных образований на коже. Из них у 34 человек были диагностированы различного типа пигментные невусы, у 12 пациентов выявлен себорейный кератоз. У одного пациента обнаружена пигментная базилиома, а в трех случаях была заподозрена меланома кожи. Наличие меланомы подтвердилось морфологически у двух пациентов. В одном случае образование оказалось диспластическим невусом с выраженными признаками активности.

Оценка степени удобства в использовании тестируемых приспособлений не выявила каких-либо значительных преимуществ одного перед другим. Как незначительный недостаток видеодерматоскопа можно указать на неудобство его применения в местах со сложным рельефом тканей (подмышечные области, ягодичная складка, нос, параорбитальные зоны, заушные складки). Связано это было с относительно большим диаметром контактного стекла осветительного блока. С проблемой невозможности обеспечения качественного контакта исследуемого образования с контактным стеклом мы столкнулись у 4 пациентов (8% случаев). Аналогичная проблема возникла у одного больного и при использовании дерматоскопа HEINE (исследование производилось в межпальцевом промежутке на ноге). В то же время размеры контактной платы HINE DELTA 20 не позволяют получить целиком изображение образований в поперечных размерах, превышающих 1,3 см, что вынуждает фотографировать объект по частям. Для РДС-1 такие ограничения составили 1,6-1,8 см. Сделать 2 и более снимков при использовании обычного дерматоскопа потребовалось в 7 случаях (14%). Для видеодерматоскопа данный показатель составил 10% (5 пациентов).

Оценка скорости получения изображений показала явное преимущество РДС-1. Фиксация изображений, получаемых с его помощью, происходит мгновенно, в то время как для переноса снимков с фотоаппарата

в компьютер требуется около 3-5 мин. Кроме того, неоспоримым достоинством РДС-1 является возможность проведения моментальной оценки снимков с помощью комплекса автоматизированной оценки изображений ПКАД. Сравнение степени мобильности дерматоскопов выявило преимущества HINE DELTA 20. Данное устройство не связано с компьютером кабелем, не зависит от перебоев в электропитании и может быть использовано практически в любой ситуации.

Качество изображений, получаемых с помощью тестируемых устройств, отличалось незначительно. Различия заключались в несколько меньшей четкости снимков с РДС-1, и в преобладании холодных оттенков в цветовой гамме снимков, полученных с помощью HEINE DELTA 20. Необходимо отметить, что в одном случае из двух обнаруженных меланом решающее значение в постановке правильного диагноза сыграло выявление перифолликулярной точечной пигментации на снимках с HEINE, которая была не очень заметна на изображениях, полученных с видеодерматоскопа. В другом случае определить с диагнозом помогла более естественная цветопередача на снимках с РДС-1 (была выявлена область, имеющая характерную розовую пигментацию, и стало более заметным диффузное бело-голубое окрашивание).

Таким образом, можно говорить о том, что основным преимуществом видеодерматоскопа является возможность моментального получения цифровых изображений исследуемого образования и проведения их оценки с помощью ПКАД.

## **Значение дерматоскопии в диагностике злокачественных опухолей кожи**

Древаль Д.А., Глобина У.С.

Международная клиника MEDEM, Санкт-Петербург

Дерматоскопия — неинвазивное исследование кожи *in vivo* при помощи увеличивающих оптических приборов. Как известно, основная задача дерматоскопии — раннее выявление меланомы кожи. Однако в последнее время эта диагностика стала распространяться и на другие злокачественные опухоли кожи (ЗОК). Целью нашего исследования явилось определение значения дерматоскопии в диагностике различных злокачественных опухолей кожи.

Проведен анализ дерматоскопической картины 152 ЗОК у 137 пациентов в возрасте от 34 до 87 лет, диагностированных в клинике за 2006—2012 гг. Среди исследуемых ЗОК были: 8 меланом (7 поверхностно распространяющихся, 1 узловая), 136 базальноклеточных раков (БКР) (64 нодулярные и 72 поверхностные), 8 плоскоклеточных раков (ПКР) (1 инвазивный, 2 *in situ* — болезнь Боуена, 2 кератоакантомы, 3 актинических кератоза). При постановке диагноза опирались на данные анамнеза, клиническую и дерматоскопическую картину опухоли. Все случаи подтверждались цитологическим и/или гистологическим исследованием.

Результаты проведенного исследования показали, что дерматоскопическая картина меланомы отличается асимметрией, полиморфизмом окраски и структур с атипичной пигментной сетью, неравномерными черными точками или глобулами, неравномерными радиальными полосами и псевдоподиями, зонами регресса и бело-голубой вуалью. Дерматоскопическая картина БКР состояла из ярких гомогенных зон белого, красного цвета, древовидных сосудов разного калибра, изъязвлений, серо-голубых глобул и листовидных зон. Дерматоскопическая картина ПКР не имела каких-либо специфических критериев. Обращали на себя внимание лишь сосудистые структуры. Так, при инвазивном раке определялись

полиморфные сосуды, окруженные светлым ореолом. Для ПКР in situ — болезни Боувена характерны сосуды в виде клубочков. ПКР, выявленный на месте актинического кератоза или кератоакантомы, имел такие же дерматоскопические признаки, как и данные новообразования. При кератоакантоме определялись массивные роговые массы, окруженные вытянутыми шпильковидными и полиморфными сосудами со светлым ореолом. Для актинического кератоза свойственна эритема с желтыми кератиновыми пробками в устьях волосных фолликулов. Дерматоскопические признаки ЗОК, обнаруженные в нашем исследовании, совпадают с данными, описанными в мировой литературе.

Таким образом, дерматоскопия открывает большое разнообразие новых морфологических признаков опухоли кожи, знание которых помогает выявить или заподозрить злокачественный процесс на ранних этапах развития. Дерматоскопия является наиболее значимой в диагностике меланомы и БКР, которые имеют хорошо различимые специфические дерматоскопические структуры. В диагностике ПКР кожи приходится опираться на строение капилляров. К сожалению, дерматоскопическая диагностика не всегда способна провести четкую грань между некоторыми преанцидозами и ПКР.

### **Трихоскопия в дифференциальной диагностике гнездной алопеции**

Корнишева В.Г., Свиридова К.В.

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

Гнездная алопеция характеризуется очаговым выпадением волос, причиной которого могут быть такие экзогенные причины, как травматическое воздействие на волосы, так и трихотилломания (Т), которая встречается у детей и подростков, и характеризуется навязчивым желанием выдергивать волосы, накручивать их на палец. Это происходит бесконтрольно во время чтения или подготовки к занятиям. Рост волос в очаге облысения не прекращается. Чаще всего гнездная алопеция (ГА) встречается как самостоятельное заболевание, характеризующееся неожиданным очаговым выпадением волос на волосистой части головы, лице, реже туловище, конечностях и прекращением их роста в очаге. Этиология заболевания неизвестна. При локализации очага ГА в теменно-височной области бывает трудно провести дифференциальную диагностику с трихотилломанией, поэтому нередко больным с Т ставят диагноз гнездной алопеции. Метод трихоскопии, проведенный с помощью дерматоскопа (без применения иммерсионного геля) или с помощью комплексной системой Trichologic, позволяет в этих случаях провести дифференциальную диагностику ГА.

Цель исследования. Выявить дерматоскопические признаки, характерные для гнездной алопеции и трихотилломании.

Материалы и методы. Обследовано 17 больных (4 мужчин, 13 женщин), из которых у 12 (4 мужчин, 8 женщин) пациентов была гнездная алопеция и 5 больных имели трихотилломанию. Больные гнездной алопецией были в возрасте от 14 до 29 лет. Возраст пациентов с трихотилломанией — от 15—20 лет. Очаги облысения у больных изучены с помощью комплекса Trichologic SG (микрокамера Aramo SG, x60).

Результаты исследования. При трихоскопии очагов ГА у 12 больных выявлены следующие признаки: желтые точки (гиперкератотические устья волосных фолликулов) — у 7 пациентов, волосы по типу восклицательного знака (гипопигментированная сужающаяся проксимальная часть стержня с заостренной дистальной частью

волоса) — у 7, обломанные на одном уровне стержни волос — у 3, гипопигментированные vellus-волосы — у 8, черные точки (остатки пигментированных или сломанных волос) — у 8 больных. Чувствительные маркеры активности заболевания: черные точки, волосы по типу восклицательного знака, обломанные волосы на одном уровне. Короткие пушковые волосы — признак уменьшения активности патологического процесса. Желтые точки встречались у пациентов с торпидным течением алопеции и субтотальной формой ГА. При восстановлении роста волос черные и желтые точки исчезали.

При обследовании очагов облысения у 5 больных с трихотилломанией выявлены следующие трихоскопические признаки: обломанные волосы на разном уровне — у 5 больных, черные точки — у 1 больной, желтые точки — у 2 больных. Из группы больных с трихотилломанией у одной больной, имеющей навязчивое желание выдергивать волосы, были выявлены следующие признаки гнездной алопеции: по периферии очага — скопление желтых точек, в центре очага — черные точки, что позволило поставить диагноз гнездной алопеции смешанной этиологии.

Выводы. Для трихоскопии очагов гнездной алопеции характерны следующие признаки: волосы по типу восклицательного знака, черные и желтые точки, короткие гипопигментированные vellus-волосы. Основными признаками, позволяющими дифференцировать трихотилломанию от гнездной алопеции, являются хорошо укрепленные корни волос, обломанные волосы на разном уровне, отсутствие гипопигментированных vellus-волос. Встречаемость черных и желтых точек в очагах поражения у некоторых больных с трихотилломанией затрудняет постановку диагноза.

### **Использование методов визуализации в комплексной оценке новообразований кожи и тактика терапии**

Кусая Н.В., Юцковская Я.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии, Владивосток

Рост и развитие меланоцитарных образований увеличивается с каждым годом. Выявлению значительного количества новообразований кожи способствует старение населения, снижение иммунной прослойки, накопление генетических изменений ДНК клеток, наследственная предрасположенность (диспластический невус, эпизоды меланомы у пациента и в семье), длительное и повышенное ультрафиолетовое облучение, особенно солнечные ожоги до 5 лет.

Наибольший интерес представляют новообразования меланоцитарной системы. Исследование пигментных новообразований кожи необходимо для дифференциальной диагностики ранних стадий злокачественной меланомы с доброкачественными меланоцитарными новообразованиями — невусами. Клиническая диагностика простого невуса может быть затруднена в случаях, когда выявляется его изъязвление, корка на поверхности, воспалительные изменения (при травматизации), при фолликулите, косметологических манипуляциях. Установлено, что под воздействием УФ-излучения невусы подвергаются злокачественной транс-формации в меланому. Число случаев меланомы кожи увеличивается с каждым годом. Склонность меланомы к быстрому метастазированию, высокая резистентность к консервативным методам лечения, частота и тяжесть возможных осложнений требуют взвешенного подхода при планировании терапии.

Целью исследования явился поиск клинико-лабораторных критериев, на основании которых можно прогнозировать течение заболевания, определить показания к каждому методу лечения и обоснованность его применения. Было обследовано 2062 пациента в возрасте  $30 \pm 1,2$  года, соотношение по полу женщины и мужчины 3:1. До 10% от обратившихся составляют дети в возрасте до 14 лет. Основную массу составили жители Владивостока, до 15% жители городов края, до 5% сельские жители. В комплексную оценку пигментных образований и ранней диагностики меланомы кожи входили: диагностический алгоритм Фигаро, ультрасонография (DUB, Германия), дерматоскопия (Delta 20, Heine), с расчетом по алгоритму ABCD и общему дерматоскопическому индексу (ОДИ). В результате анализа полученных данных выставлялся предварительный клинический диагноз и выработывалась тактика терапии. Выявление таких признаков как: травматизация, изъязвление образования, позднее появление (после 14 лет), значение дерматоскопического индекса более 5,45, с признаками регресса неравномерной пигментной сети, появлением сине-белой вуали, атипичным ангиогенезом, централизацией сосудов при ультрасонографии, захватом периферии, выявлением гипозоженных зон образования с неравномерной структурой считались неблагоприятными факторами и показаниями к радикальному лечению (хирургическое иссечение, лечение в онкологическом диспансере).

Пациентам с более благоприятными клиническими, дерматоскопическими и ультрасонографическими признаками выполнялось малоинвазивное вмешательство с последующим гистологическим исследованием удаленного образования. Всего хирургических иссечений 110, в онкодиспансер направлено и пролечено 12 человек.

Для удаления новообразований кожи в амбулаторных условиях применялся метод радиоволновой хирургии (Сургитрон ТМ, Ellman Inc., США). Все биоптаты подвергались морфологическому исследованию. Последующее наблюдение указывало на радикальность метода: отсутствие рецидива, постоперационных осложнений и высокий косметический эффект. Анализируя литературные и полученные данные, можно сказать, что уточнение клинических и анамнестических данных, выявление неблагоприятных дерматоскопических и ультразвуковых симптомов позволяют выбрать адекватную тактику лечения и динамического наблюдения невусов.

### **Клинико-дерматоскопические особенности невусов у больных псориазом и витилиго**

Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

К факторам риска развития меланомы относят ультрафиолетовое облучение, в том числе узкополосную фототерапию 311нм, ПУВА-терапию, эксимерный лазер 308нм, применяемые для лечения псориаза и витилиго. Вопрос о возможном увеличении риска развития меланомы кожи у данных пациентов рассматривается в связи с исходным провоспалительным фоном патологии и с проводимым лечением.

Целью исследования было провести сравнительный анализ клинико-дерматоскопической характеристики крупных меланоцитарных невусов у больных псориазом и больших витилиго.

Материалы и методы. Было сформировано три группы наблюдения. Первую группу составили 32 больных псориазом (от 16 до 68 лет). Из них 22 человека имели крупные меланоцитарные невусы диаметром

5 мм и более, в группе было выявлено 68 крупных меланоцитарных невусов. Вторую группу составили 9 пациентов с витилиго в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст 35,9 лет), 2 мужчин и 7 женщин. У 3 пациентов было обнаружено 6 меланоцитарных невусов диаметром 5 мм и более. Для группы сравнения методом случайной выборки было отобрано 100 человек, не имеющих псориаза (от 18 до 60 лет), у 37 пациентов было обнаружено 60 меланоцитарных невусов диаметром 5 мм и более. Проводили анкетированный опрос, клиническую фотометрию, дерматоскопию дерматоскопом HEINE MINI 3000, оценку невусов по дерматоскопическим правилам ABCD и ABC, паттерн-анализу Pehamberger.

Результаты. Невусы более 5 мм диаметром были выявлены у 68,8% больных псориазом, 33,3% больных витилиго, 37,0% — в группе сравнения, с частой локализацией на спине (41% у больных псориазом и 32% в группе сравнения). В группе больных витилиго преимущественной локализацией были кожа лица — 2 (33,3%), бедер — 2 (33,3%). Около трети больных псориазом и витилиго (36,4% и 33,3% соответственно) имели дополнительные факторы риска меланомы. Узкополосную фототерапию 311 нм в анамнезе получали 27,3% и 33,3% соответственно, лечение метотрексатом и курсы ПУВА-терапии — по 9,1% пациентов с псориазом. Дерматоскопическим критериям диспластического невуса по паттерн-анализу Pehamberger соответствовало 32,4% крупных невусов больных псориазом, 33,3% у больных витилиго и 42% — в контрольной группе.

Профилактику меланомы (применение солнцезащитных средств) проводили только 9,1% больных псориазом и 27,0% в контрольной группе. Пациенты с витилиго применяли фотозащиту при нахождении на открытом воздухе и во время загара в 33,3% случаев. При этом 23% больных псориазом и 11,1% больных витилиго отмечали изменения невусов в анамнезе, но никто из них не обращался за консультацией к специалисту.

Таким образом, было показано, что пациенты с псориазом имеют большее количество меланоцитарных невусов более 5 мм диаметром по сравнению с больными витилиго и пациентами контрольной группой. При этом треть пациентов с псориазом и пациентов с витилиго имеют дополнительные факторы риска развития меланомы и в то же время уделяют недостаточно внимания профилактическим мероприятиям.

### **Дерматоскопия в повседневной практике врача — эффективный способ уменьшения ошибок в диагностике новообразований кожи**

Максимова А.С., Гаранина О.Е., Шлико И.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Цель работы: изучить роль дерматоскопии в оптимизации клинической диагностики новообразований кожи врачами-дерматологами, онкологами в повседневной практике.

Задачи работы: определить исходный уровень качества диагностики новообразований кожи врачами-дерматологами, онкологами до начала курса тематического усовершенствования (ТУ); оценка уровня диагностики новообразований кожи после курса ТУ «Дерматоскопия».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 врачей (39 дерматологов, 1 — онколог) из разных городов России, проходивших ТУ «дерматоскопия» на кафедре кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО НижГМА в 2012 году. В ходе 72-часового ТУ

курсантам дважды (до обучения и после) было предложено решить 40 диагностических задач в виде мультимедийной презентации, включающей клинические и дерматоскопические изображения 10 меланом кожи (МК), 10 невусов (2 — Спитц, 3 — диспластических, 1-акральные, 2 — голубых), 6 себорейных кератом (СК), 4 базалиом, 2 лентиго (1 из которых — ПУВА-лентиго), 3 гемангиом, 1 плоскоклеточного рака (ПКР), 2 дерматофибром, 1 ботриомикомы, 1 кератоакантомы с последующей регистрацией ответов в специальные опросные листы. В конце цикла после повторного решения задач все опросные листы были статистически обработаны.

Результаты. До обучения диагноз МК был установлен в 41,25% случаев, в 37% случаев фигурировал ошибочный диагноз «невус». После обучения верный диагноз был установлен уже в 78,75% случаев (увеличение на 37,5%), однако преобладающим ошибочным мнением оставался невус — 13%. До обучения СК был верно диагностирован только в 19% случаев, доминирующими ошибочными диагнозами стали невус (27,25%) и МК (25,75%). После обучения СК узнавали в 75,25% случаев (увеличение на 56,25%). В отношении базалиом — до обучения верный диагноз был установлен в 29,5%, среди ошибочных диагнозов доминировали МК (28,5%), сосудистое новообразование (11%), после обучения количество верных ответов возросло до 65,25% (увеличение на 35,75%), доминирующим ошибочным мнением оставалась МК (17,75%). Показатели диагностики дерматофибромы после обучения увеличились с 52,75% до 88,5%, сосудистых новообразований — с 70,5% до 86,25%, ПКР с 20% до 54,5%, врожденных и акральных невусов с 89,5% до 95,25%, невуса Спитц с 51% до 74,25%, голубого невуса с 50,75% до 82,25%. До обучения лентиго верно диагностировали в 16,75% случаев, доминирующие ошибочные диагнозы — невус (34%), МК (23%), СК (21,75%), после обучения количество верных ответов возросло до 62,25% (увеличение на 45,5%). Кератоакантома до обучения была диагностирована как ПКР (36,75%) и только в 22,75% был установлен правильный диагноз, после обучения количество верных ответов составило 74,5% (увеличение на 51,75%). До обучения ботриомикомы диагностировали верно в 46,75%, доминирующее ошибочное мнение — ПКР — 17,25%, после обучения процент правильных ответов вырос до 93,75% (увеличение на 47%). До овладения методикой дерматоскопии диспластический невус был диагностирован как невус в 56,5% случаев, МК (27,75%), другое новообразование (1,5%). После обучения ответы на задания распределились следующим образом: невус — 68,75%, МК — 23,25%, другое новообразование — 4,5%.

Выводы. Полученные результаты в очередной раз подтверждают, что дерматоскопия в повседневной практике врача-дерматолога, онколога является эффективным способом уменьшения числа ошибок в диагностике новообразований кожи.

## **Возможности оптико-когерентной томографии в прижизненной диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний ногтей**

Незнахина М.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Цель исследования. Определить возможности использования оптической когерентной томографии в прижизненном исследовании морфологии ногтевого аппарата в норме и при патологии.

Задачи исследования. Изучить возможность получения дифференциально-диагностических оптических признаков ОКТ-изображений здоровых и патологически измененных ногтевых пластинок. Сформулировать оптические признаки патологически измененного ногтевого аппарата (при псориазе, онихомикозе, красном плоском лишае, атопическом дерматите, различных формах ониходистрофиях). Разработать оптимальную методику ОКТ исследования ногтевого аппарата.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 201 пациент: 30 здоровых добровольцев, критерием включения было отсутствие каких-либо хронических заболеваний, способных повлиять на состояние ногтевой пластинки. 171 пациента, обратившийся с жалобами на изменения в области ногтевого аппарата, сформированы в 5 групп: 1 — инфекционные заболевания ногтевого аппарата, 2 — онихии при кожных заболеваниях, 3 — новообразования ногтевого аппарата, 4 — ониходистрофии, различной этиологии, 5 — другие заболевания ногтевого аппарата.

Использовали: визуализатор — топограф оптико-когерентный компьютеризованный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК», со следующими техническими характеристиками: длина волны излучения — 1300 нм; мощность источника излучения — 1,5 мВт на выходе щупа; продольное разрешение — 20 мкм, поперечное — 25 мкм; центральная длина волны — 0,95 мкм; глубина сканирования — 1,5 мм; время получения изображения — 1,5-2 сек (изготовленный ИПФ РАН, г. Нижний Новгород).

Сканирование осуществляли в направлении от проксимальной части к свободному краю в средней части ногтевой пластинки, начиная с заднего валика пошагово с перекрытием предыдущего положения зонда на 1/3 рабочего диаметра. Патологический очаг сканировался по той же схеме. Всего было получено 2257 изображений. Оценку ОКТ-изображения проводили с использованием понятий: высота, яркость оптической палитры, характеристика границ слоев изображения, глубина полезного сигнала. Использовали программное обеспечение, разработанное в лаборатории биофотоники ИПФ РАН (г. Н. Новгород), позволяющее фиксировать, сохранять полученные ОКТ-изображения, производить их математическую обработку и анализ. Ранее установлена возможность использования ОКТ для визуализации слоев ногтевой пластинки и основных анатомических компонентов ногтевого аппарата.

Результаты: в результате проведенных исследований были сформированы оптические признаки здоровой ногтевой пластинки, диагностические и дифференциально-диагностические оптические признаки патологически измененных ногтевой пластинки при различных дерматозах.

Выводы:

1. ОКТ является эффективным прижизненным методом исследования структуры ногтей, приближающимся по информативности к методу традиционной эксцизионной биопсии и позволяющим получать информацию о структуре ногтя в реальном времени.

2. Метод ОКТ получает дифференцированные ОКТ-изображения здорового и патологически измененного ногтя; характерный оптический образ здорового ногтя, включает независимо от анатомической принадлежности, пять контрастных, горизонтально ориентированных оптических слоев.

3. Метод ОКТ позволяет прижизненно визуализировать и диагностировать основные патоморфологические процессы ногтевого аппарата, каждый из которых характеризуется набором оптических признаков, формирующих специфический оптический образ.

## Результаты российской инновационной программы по дерматоскопии

Сергеев В.Ю.

Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва

Дерматоскопия уже долгое время представляется хорошо развитым методом диагностики в дерматологии. Еще десятилетие назад внедрение этого метода в практику врача-дерматолога значительно повышало точность диагностики меланомы [Carli P et al., 2004]. С тех пор моментальный осмотр с помощью дерматоскопа дополнился фотосъемкой, как правило, на цифровые носители. Сравнение изображений, полученных в период динамического наблюдения за меланоцитарными невусами, открыло новые возможности ранней диагностики меланомы кожи. По данным Тромпе I и соавт. [2012], применение цифровой дерматоскопии в повседневной работе дерматологов приводило к существенному снижению числа неоправданных биопсий.

Новым словом цифровой дерматоскопии стала разработка компьютерных алгоритмов оценки меланоцитарных образований, не основанных на определении дерматоскопических признаков, предложенных Perhambberger и соавт. в 1987 году. Особое значение подобные алгоритмы приобрели в свете выделения класса меланом, длительно не развивающих специфических дерматоскопических признаков [Argenziano G et al., 2010]. О зависимости эффективности дерматоскопии от обнаружения классических признаков как об ограничении метода сообщалось и ранее [Skvara H et al., 2005].

В силу ряда обстоятельств богатые возможности цифровой фотодерматоскопии до сих пор используются недостаточно. Зарубежные авторы указывают на все еще значительные временные затраты, необходимые для получения, хранения и поиска ранее полученных цифровых дерматоскопических изображений [Soyer H, Banan P, 2012]. Вопрос удобства применения передовых технологий был решен с созданием цифровых видеосистем для дерматоскопии, работающих в комплексе с ЭВМ. Однако широкое внедрение новых достижений медицинской техники сегодня ограничивается высокой стоимостью подобных систем.

В 2012 году была завершена трехлетняя инновационная программа Общества дерматоскопии и оптической диагностики кожи. Инновационная программа предусматривала создание доступного отечественного цифрового дерматоскопа, разработку программного обеспечения и развертывание теледерматоскопического комплекса для России. В 2011 году был представлен первый отечественный дерматоскоп РДС-1 (Патент РФ № 2459572). Прибор обеспечивает передачу цифрового изображения высокого разрешения с поверхности кожи на монитор компьютера в реальном времени. Отделяемые головные блоки позволяют работать прибору в трех режимах: иммерсионной дерматоскопии, кросс-поляризационной дерматоскопии, и осмотра в ультрафиолете. Моментальное сохранение изображений на компьютере, непосредственный визуальный контроль качества и незатрудненный возврат к сохраняемым снимкам экономит время оператора, упрощает документирование и открывает все возможности полноценного использования цифровых технологий в условиях врачебного приема. Подключение дерматоскопа РДС-1 по каналам Интернет к серверу программного комплекса автоматической диагностики меланоцитарных образований (ПКАД) ставит отечественную систему в один ряд с дорогостоящими зарубежными аналогами. Теледерматологический сервер общества обслуживает работу всех приборов РДС-1 и в автоматическом режиме проводит

сопоставление принимаемых снимков с базой данных 750 референтных изображений, включающих меланомы, пограничные врожденные невусы, невусы Кларка, себорейные кератомы, голубые невусы и невусы Рида. При сопоставлении учитываются распределение цветов, характер границы с окружающей кожей, геометрические характеристики образований. Исходя из степени сходства, ПКАД предлагает врачу решение об удалении или динамическом наблюдении образования. Таким образом, система способна предоставить дерматологу второе мнение, основанное на объективной оценке образования, непосредственно во время приема.

К концу 2012 г. поставлено 11 комплексов цифровой дерматоскопии РДС-1: в города России — 8, на Украину — 2, в Республику Беларусь — 1. В 2013 году на территории России планируется развернуть дополнительно 10 комплексов РДС-1 усовершенствованных модификаций. Таким образом, сегодня РДС-1 является единственной развернутой интегрированной системой для теледерматоскопии и автоматического анализа меланоцитарных новообразований на территории России и СНГ.

## Морфофункциональные характеристики кожи новорожденных

Шливко И.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Целью настоящего исследования явилось изучение морфофункциональных особенностей кожи новорожденных с использованием ОКТ.

Критерии включения: дети, рожденные от доношенной (37-42 неделя гестации) физиологически протекавшей беременности, без признаков патологии кожных покровов. Все матери обследуемых детей были проинформированы о ходе исследования и используемом оборудовании, после чего были получены добровольные письменные согласия. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ НИИКИ (протокол № 12 от 01.10.04).

Материалы и методы. Комплексное морфофункциональное обследование проведено 10 новорожденным, в возрасте от 7 до 20 дней (3-ж, 7-м). В качестве сравнения была обследована группа подростков от 12 до 17 лет (4-ж, 6-м). Исследование функциональных и структурных параметров кожи проводили в 14 точках различных анатомических областей.

Функциональные характеристики кожи определяли с помощью многофункционального комбайна Multi Skin Test Center MC 750 (Courage+KHzaka Cologne, Германия). Морфологическое состояние кожи исследовали прижизненно методом ОКТ с использованием оптико-когерентного томографа, изготовленного в Институте прикладной физики (ИПФ) РАН (Нижний Новгород).

Результаты: При анализе полученных томограмм было установлено, что на ОКТ-изображениях кожи младенцев присутствует поверхностный слой сильного рассеяния, различной высоты на всем протяжении, имеющий в различных локализациях размеры от 14 до 42 мкм. На томограммах в группе сравнения данный слой тоньше от 7 до 14 мкм либо плохо различим. Качественные различия ОКТ-изображений также прослеживаются в области ладоней и подошв. Так, у младенцев отсутствует типичный рисунок толстой кожи с выраженным роговым слоем и отчетливыми сосочками. Оптический образ толстой кожи у младенцев не имеет типичной слоистой структуры, контраста и четких границ между слоями, что

делает невозможным математическую обработку изображения. Исследование структурных параметров кожи позволило установить, что эпидермис новорожденных тоньше эпидермиса подростков. Показатели толщины сосочкового слоя дермы также меньше у новорожденных, но при этом статически значимых отличий не выявлено. Во всех измеренных точках выявлено увеличение глубины полезного сигнала изображения кожи младенцев, в 10 из 14 точек данный параметр статистически значимо больше. Показатели влажности в обеих группах значительно варьируются в зависимости от локализации. Выявлено, что на коже лица гидратация рогового слоя новорожденных статистически значимо ниже, за исключением точки угол рта. Максимальный показатель влажности выявлен на ладонях у младенцев 61 (44;74), что статистически значимо больше показателя влажности у подростков ( $p=0,0002$ ). В области плеча, предплечья, пупка, пятки и тыла стопы показатели влажности у младенцев превышают аналогичные значения у подростков. Показатель ТЭПВ у младенцев ниже, чем у взрослых во всех точках за исключением тыла стопы. Установлено, что во всех измеряемых точках показатель эритемы у младенцев статистически значимо больше. Наибольшие абсолютные значения выявлены у маленьких на ладонях и подошвах, в то время как у взрослых, в аналогичных локализациях зафиксированы практически самые низкие значения уровня эритемы. Показатель пигментации у младенцев статистически значимо меньше во всех измеряемых точках, кроме границы волосистой кожи головы, скулы и ладони, где значения в двух группах практически одинаковые.

Выводы. Метод ОКТ позволяет изучать морфологические характеристики кожи новорожденных. ОКТ-изображение кожи новорожденных имеет качественные и количественные отличия. Комплексное исследование морфологических и функциональных характеристик кожи новорожденных позволяет получить полную картину кожи младенца. Полученные результаты могут быть использованы как в фармацевтической промышленности при выпуске специальных серий по уходу, так и в детской дерматологии при анализе патологического процесса в коже и назначении терапии.

## **Морфофункциональные особенности здоровой кожи на фоне табакокурения**

Эллинский Д.О., Петрова Г.А., Шлишко И.Л., Карпунина Е.А., Максимова А.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Цель исследования: определить особенности морфофункционального состояния кожи, некоторых биохимических показателей и состояния вегетативной нервной системы клинически здоровых добровольцев со стажем курения до 5 лет.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 клинически здоровых добровольцев: 40 курящих (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 18 до 29 лет и 40 некурящих (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 19 до 27 лет. У курящих добровольцев стаж курения составлял от 1 года до 5 лет. Условиями включения добровольцев в исследование явились: отсутствие в анамнезе общесоматической патологии и кожных заболеваний, отказ от водных процедур, использования косметических средств и употребления алкогольных напитков в течение недели, предшествовавшей обследованию.

Исследовали: уровень угарного газа в выдыхаемом воздухе с использованием прибора Micro CO Metr производства Micro Medical Ltd (Великобритания); биохимические показатели крови: общий белок, фракции липопротеидов, антиоксидантную активность (АОА) плазмы крови методом биохимии люминисценции; функциональное состояние вегетативного статуса с использованием опросника «Оценки состояния вегетативного статуса по Соловьевой А.Д.» (сумма баллов больше 15 свидетельствовала о наличии вегетативного дисбаланса); функциональные показатели кожи (увлажненность рогового слоя, трансэпидермальная потеря воды (ТЭПВ)) с использованием многофункционального комбайна Multi Skin Test Center®MC750 (Германия); морфологические параметры кожи методом оптической когерентной томографии (ОКТ) с использованием визуализатора — топографа оптико-когерентного компьютеризированного для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК».

Морфофункциональные показатели кожи исследовали на закрытом участке кожи сгибательной поверхности плеча, в меньшей степени подверженном воздействию внешних факторов, и открытом участке кожи разгибательной поверхности кисти, максимально подверженном воздействию внешних факторов. Идентичность точек исследования обеспечивалась путем измерения расстояния до определенных анатомических ориентиров.

У всех добровольцев было получено информированное добровольное согласие.

Математическая обработка ОКТ-изображений производилась с помощью пакета прикладных программ, разработанных лабораторией биофотоники ИПФ РАН. Путем измерения высоты слоев ОКТ-изображения определяли толщину рогового слоя, толщину клеточных слоев эпидермиса. Состояние дермы оценивали на основании глубины полезного сигнала, величина которого определяется состоянием волокнистых структур и основного вещества дермы. Статистическая обработка полученных данных проводилась в Microsoft Excel 2007. Уровень статистической значимости был принят равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Установлено достоверное ( $p=0,001$ ) увеличение уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе курящих по сравнению с некурящими. Исследование не выявило отличий в показателях общего белка и фракций липопротеидов у курящих и некурящих, однако показатель АОА плазмы крови у курящих достоверно превышал аналогичный показатель в группе некурящих добровольцев. Нарушение вегетативного статуса было зафиксировано у всех курящих добровольцев и только у половины некурящих. Установлены достоверные различия морфофункциональных показателей у курящих и некурящих, сформулированы особенности изменений морфофункциональных показателей кожи у клинически здоровых курильщиков со стажем до 5 лет.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что даже ранние этапы табакокурения у молодых и клинически здоровых людей сопровождаются выраженными нарушениями газообмена, антиоксидантной активности плазмы крови и дисфункцией вегетативной нервной системы, которые уже в первые 5 лет курения способствуют нарушениям метаболизма кожи и развитию определенных морфофункциональных особенностей кожи. Обнаруженные морфофункциональные изменения кожи на фоне табакокурения могут выступать в качестве факторов раннего старения и развития кожных заболеваний.

## ДЕТСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ

### Научно-практическое обоснование к формированию новых подходов к профилактике сифилиса среди детей и подростков

Волкова С.Б., Потекаев Н.Н., Коновалов О.Е.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Клиническая практика свидетельствует, что сифилис и другие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), представляют собой актуальную проблему по причине высокой заболеваемости и их негативных медико-социальных последствий. В сложившейся ситуации особую значимость приобретает профилактическая работа. Отсутствие знаний или недостаточная осведомленность населения о путях передачи и профилактике ИППП приводит к снижению либо отсутствию самообращаемости. В этих условиях скрининговые обследования компенсируют недостатки первичной профилактической работы. С 2008 года заболеваемость сифилисом в г. Москве имеет стойкую тенденцию к снижению (колеблется в пределах 15—19% в относительных показателях) и может оцениваться как стабильная. В структуре клинических форм сифилиса преобладают скрытые и поздние формы, доля которых за последние 5 лет увеличилась в 3,5 раза, составляет 76,8%, имеет тенденцию к приросту и может явиться потенциальным источником возникновения новых вспышек инфекции. Динамика заболеваемости в возрастных группах в целом повторяет таковую общей заболеваемости. Из года в год снижается процент заболеваемости сифилисом детей и подростков, а также лиц более молодого возраста (18—29 лет). Снижение регистрации сифилиса в государственных учреждениях среди лиц молодого возраста может не в полной мере отражать истинную заболеваемость в данной среде, так как они чаще обращаются в коммерческие структуры. Отсутствие учета и отчетности о выявленной заболеваемости негосударственными и рядом государственных медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность по дерматовенерологии, не дает реальной картины заболеваемости. Следует отметить, что показатель заболеваемости сифилисом детей за 5 лет снизился в 2,7 раза. Инфицирование детей происходило половым и бытовым путями в равных пропорциях, независимо от пола. Подростки сифилисом заражаются половым путем. Большой проблемой современности остается сочетание беременности и сифилиса. Национальная политика контроля ИППП должна включать мероприятия по активному выявлению заболевших с помощью скрининга в группах высокого риска. Однако норматив скрининговой работы в отношении сифилитической инфекции на сегодняшний день не определен. Исходя из вышесказанного, необходимо пристальное внимание уделить вторичной профилактике, а именно: 1. Расширить перечень континентов, подвергающихся проведению скрининговых обследований (обследование одного из родителей при устройстве ребенка в ДДУ, школу, при осуществлении ухода за ребенком-инвалидом — ежегодно); 2. Ввести углубленный скрининг (с использованием двух методов исследования) для пациентов урологических, наркологических, неврологических, акушерско-гинекологических стационаров; обследование детей в соматических стационарах независимо от возраста; 3. Четырехкратное серологическое обследование беременных (при постановке на учет по беременности, на сроке 20—22 недели, при оформлении

листка нетрудоспособности по беременности — 32 недели, при поступлении на роды); 4. Базовое обучение врачей смежных специальностей профилактической дерматовенерологии; 5. Начать целенаправленную работу с подростками (обследование студентов вузов, сузов при поступлении на 1 курс учебного заведения и при заселении в общежитие в начале каждого учебного года). Для формирования правовой основы деятельности дерматовенерологов и врачей смежных специальностей с целью охвата большей части населения скрининговыми исследованиями на сифилис, необходимы переработка существующего приказа ГУЗМ от 31.07.1989 г. № 424 «Об усилении борьбы с распространением венерических заболеваний в г. Москве», разработка приказа «О скрининговом обследовании на сифилис в г. Москве». Таким образом, сочетание всех уровней профилактических мероприятий позволит наиболее полно выявить заболевших, поможет прервать цепочку распространения инфекции и, следовательно, снизить заболеваемость.

### Классификация ограниченной склеродермии

Гаджимурадов М.Н., Асадулаева З.Г., Муслимов М.О.  
Республиканский кожно-венерологический диспансер, Махачкала

Цель исследования — ознакомить практикующих врачей с классификацией ограниченной склеродермии ОС, основанной на клинической картине. Это позволит дерматологам и педиатрам своевременно выявить заболевание и провести терапию. В представленные ранее классификации вариантов ОС мы добавили акросклероз. Нами наблюдалась большая акросклерозом (описание представлено ниже), которая не вписывалась в форму системной склеродермии. В руководстве Б.А.Беренбейна и А.А.Студницына (1989 г.) указано, что «акросклероз некоторые авторы считают самостоятельной клинической формой склеродермии, однако, по-видимому, он является доброкачественным вариантом диффузной склеродермии». Рассмотренный нами случай акросклероза не позволяет отнести его к системному заболеванию. Мы представляем классификацию ОС, основанную на клиническом принципе, в следующем виде: I. Бляшечная форма с ее вариантами (разновидностями): 1. индуративно-атрофическая (Вильсона); 2. поверхностная «сиреневая» (Гужеро); 3. келоидоподобная; 4. узловатая (глубокая); 5. буллезная; 6. генерализованная; 7. распространенная. II. Линейная форма: 1. саблевидная; 2. лентовидная (полосовидная); 3. кольцевидная; 4. зостериформная. III. Склероатрофический лихен (болезнь белых пятен). IV. Идиопатическая атрофодермия Пазини—Пьерини (АПП). V. Акросклероподобная форма. В представленной выше классификации ОС мы указали акросклероподобную форму. Нами наблюдалась девочка 14 лет, которая в течение 10 лет состоит на диспансерном учете по поводу фотодерматита. На коже лица в области левой щеки с переходом на подбородок — очаг шелушения с мелкими ярко-красными папулами, гипер— и гипопигментация. На фоне незначительной атрофии и эритемы — телеангиоэктазии. На коже подбородка с этой же стороны очаг гипопигментации неправильной формы. Со слов девочки обострение отмечается в солнечное время года, а в последнее время отметила распространение очага — в связи с чем обратилась к дерматовенерологу и госпитализирована. Выставлен диагноз: акросклероз, витилиго, (С. Bonifati et al, 2006

г.), Сделали вывод о неслучайной связи ОС и витилиго. Они отмечали их появление у мужчины 21 года в одно и то же время и на одной и той же стороне тела. Видимо, некоторые проявления акросклероза можно отнести к формам ОС, и поэтому мы включили ее в классификацию ОС.

## Неиндуративные формы ограниченной склеродермии

Гаджимурадов М.Н., Хачалов Г.Б., Ганиев К.Д., Муслимов М.О.  
Республиканский кожно-венерологический диспансер, Махачкала

Тяжесть и последствия склеродермии предопределены сроками ее диагностики и лечения. Несвоевременная идентификация этого заболевания ведет к необратимым косметическим и физическим дефектам, инвалидности. В динамике развития очаги склеродермии проходят три стадии: эритемы, уплотнения и атрофии. Особенностью ОС является ее клиническая многоликость. Многообразие клинических форм и вариантов ОС, а также наличие стертых (абортных) проявлений болезни, разная степень вовлечения в патологический процесс кожи и подлежащих тканей затрудняет ее диагностику. Практическим врачам трудно идентифицировать склеродермию, не сопровождающуюся уплотнением кожи. В этой работе мы приведем их описание. Поверхностная «сиреневая» форма бляшечной склеродермии (Гужеро) напоминает клинически АПП, но имеет едва заметное поверхностное уплотнение. Один из синонимов АПП — атипичная неуплотненная сиреневая склеродермия — указывает на отсутствие уплотнения у АПП. В отличие же от склероатрофического лишена кожа в очаге ОС Гужеро розовато-сиреневая с более интенсивной окраской на границе очага. Склероатрофический лишень (САЛ) Цумбуша (синоним: болезнь белых пятен, каплевидная склеродермия) рассматривают как заболевание, близкое по клинике к ограниченной поверхностной «сиреневой» склеродермии, но не полностью ей тождественно. Некоторые авторы (КогоуФ., MontgomeryG., Машкилейсон А.Л.) считают САЛ самостоятельной формой заболевания, другие — промежуточной формой между красным плоским лишаем и склеродермией, третьи — одним из клинических вариантов ограниченной склеродермии. Клиническая картина выражается в появлении снежно-белых пятен, либо папул диаметром 1 — 3 мм. В начале своего развития они имеют красноватую окраску, иногда окружены едва заметной цианотичной каемкой. В центре папулезных элементов может быть западение. Иногда наблюдается фолликулярное расположение пятен. Локализуются высыпания на шее, груди, плечах, половых органах, реже — спине и животе. Высыпания существуют длительно, имеют склонность к спонтанному разрешению — после них остается гипопигментная атрофия или амеланотическое пятно. Описана также буллезная форма САЛ. Разновидностью САЛ является ее бляшечная форма с очагами, достигающими по размеру нескольких сантиметров, с округлыми или неправильными очертаниями. Кожа в таких очагах истончена, легко собирается в складки по типу смятой папиросной бумаги. Кожный рисунок в пятнистых очагах сглажен. В некоторых случаях на поверхности пятен выявляются фолликулярные роговые пробки коричневатого-грязного цвета. Обычно САЛ не сопровождается субъективными ощущениями. Так, Д.П. Кочетов (1975 г.) обращает внимание на сложность дифференциальной диагностики САЛ с атрофической формой красного плоского лишая и при этом считает важным диагностическим признаком САЛ именно отсутствие зуда в очагах поражения. Б.А. Беренбейн (1989 г.) также указывает,

что у женщин в области наружных половых органов могут быть узелковые высыпания САЛ, напоминающие папулы красного плоского лишая.

## Ограниченная склеродермия: индуративно-атрофическая и АПП

Гаджимурадов М.Н., Хачалов Г.Б., Кажлаева Л.Н.  
Республиканский кожно-венерологический диспансер, Махачкала

Ограниченная склеродермия (ОС) — серьезная медицинская и социальная проблема. В отличие от системной склеродермии (ССД), при которой в процесс вовлекаются различные органы, ОС «ограничивается» поражением только кожи. По данным L.Weibel et. al (2011 г.) с момента заболевания до выставления верного диагноза продолжительность составляет от нескольких месяцев до нескольких лет, а терапия начинается спустя в среднем два месяца после этого. Проблема своевременной диагностики и лечения ОС обусловлены клиникой заболевания: начинается обычно исподволь, без каких-либо субъективных ощущений и нарушения общего состояния; в ранние сроки отмечаются лишь единичные очаги. Многообразие клинических форм и вариантов ОС, а также наличие стертых (абортных) проявлений болезни, разная степень вовлечения в патологический процесс кожи и подлежащих тканей затрудняют ее диагностику. В этой работе мы приведем клинические особенности атрофодермии Пазини-Пьерини (АПП), ее дифференциальную диагностику с классической формой ОС. Индуративно-атрофическая форма в описании некоторых авторов фигурирует как типичная, классическая бляшечная форма. Поражение кожи при этом проходит несколько последовательных фаз — отек, индурация и атрофия. Процесс начинается с появления розово-красного с фиолетовым оттенком пятна округлой формы, почти без уплотнения, с сиреневым ободком по периферии. В дальнейшем в области пятна развивается уплотнение, которое может быть поверхностным или проникает глубоко в дерму, иногда до фасций и мышц. В зоне очагов кожа имеет бело-желтоватую окраску, напоминающую цвет слоновой кости. На коже при индуративно-атрофической форме нет волос, отсутствуют потовые и салоотделение, чувствительность ослаблена. Из субъективных ощущений наблюдаются легкие парестезии. Очаг может увеличиваться в размере до 1 — 20 см. Периферический рост бляшки и появление новых очагов обычно происходят медленно и не сопровождаются субъективными ощущениями. В очагах и прилежащих участках кожи могут возникать пигментация и телеангиоэктазии. Дальнейшая эволюция очагов склеродермии состоит в исчезновении сиреневого кольца, постепенном рассасывании уплотнения и возникновении атрофии, однако кожа при этом не напоминает папиросную бумагу и не так легко собирается в складку, как при первичной атрофии. В ряде случаев, особенно при рано начатом лечении очаг бляшечной склеродермии может исчезнуть, не оставляя атрофии. Атрофодермия Пазини-Пьерини (АПП) (синонимы: внезапная атрофическая склеродермия, дисхромическая и атрофическая форма бляшечной склеродермии, плоская атрофическая морфея, идиопатическая атрофия кожи) — редкий дерматоз, характеризующийся медленно прогрессирующим поверхностным склероатрофическим изменением кожи. Эту разновидность склеродермии чаще наблюдают у молодых женщин. Высыпания в виде сиренево-фиолетовых пятен, с гладким, слегка западающим центром локализуются на туловище, обычно на спине.

Иногда вокруг пятна видно сиреневое кольцо. Для этой формы характерно отсутствие уплотнения. В ряде случаев наблюдается гиперпигментация. Мы наблюдали АПП, сочетающуюся с псориазом. По данным И.В.Хамаганова, случай одновременной манифестации склеродермии и псориаза встречается редко. Учитывая, что сама АПП традиционно считается сравнительно редким заболеванием, случай ее одновременного существования с псориазом можно отнести к казуистически редким. Отличие АПП от бляшечной склеродермии состоит в следующих признаках: 1) локализация преимущественно на спине, вдоль позвоночника; 2) дисхромия очагов поражения в виде сиренево-фиолетовой или сиренево-коричневой окраски элементов, возникающей изначально и сохраняющейся пожизненно; 3) отсутствие стадийности заболевания (эритема — уплотнение — атрофия); 4) незначительно выраженные признаки склерозирования и атрофии кожи; 5) медленное, в течение нескольких лет, прогрессирование заболевания; 6) отсутствие зоны периферического роста в виде сиреневого кольца.

### **Дифференциальный диагноз себорейного дерматита с псориазом**

Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Бассе Ф.Б.  
Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва

Себорейный дерматит (СД), отличаясь нозологической самостоятельностью, имеет клиническое сходство с рядом дерматозов. Диагностические трудности наиболее часто возникают при отличии СД от псориаза (ПС), особенно в связи с существованием различных клинических разновидностей этих дерматозов, в частности, при локализации патологического процесса только на волосистой части головы. Внешняя схожесть этих дерматозов усиливается при себопсориазе, когда псориаз развивается на фоне себореи. При этом сочетанном дерматозе клинической и гистологической картине присущи черты и псориаза, и себореи. В связи с изложенным заслуживают внимания клиничко-диагностические дифференциальные критерии СД и ПС, которые могут быть использованы во врачебной практике с целью улучшения диагностики названных дерматозов. Реализация этой цели основывается на сравнительном анализе клиничко-морфологических проявлений СД и ПС у 40 больных. Себорейный дерматит часто начинается в первые недели жизни, а обострения его — обычно в подростковом и юношеском возрасте. Обычный псориаз возникает приблизительно с одинаковой частотой в детском, подростковом и зрелом возрасте. Касаясь клиничко-патоморфологических проявлений, следует отметить серовато-желтоватые, оранжевые чешуйки у больных СД и серебристые, чаще сухие и обильные десквамации при ПС. Эритема при СД с желтоватым оттенком, а у больных с ПС розовато-красноватая. Инфильтрация высыпаний у больных СД обычно поверхностная, инфильтрация псориатических папул и бляшек достаточно выраженная. Излюбленная локализация высыпаний при СД: на в/ч головы, заушные складки, лоб, нососщечные и носо-губные складки, предгрудинная и межлопаточная области. При ПС сыпь чаще располагается на коже головы, в области локтевых и коленных суставов, а также в области крестца. Наследственность при СД прослеживается не всегда, а у больных псориазом она наблюдается довольно часто. Если при СД улучшение отмечается в основном в летнее время, при ПС сезонность более выражена: выделяют зимние и летние

формы. Ногти у больных СД не поражаются, а при псориазе их изменения выражены: онихолизис, подногтевой гиперкератоз, изменение цвета, часто симптом наперстка (точечные вдавления). Изоморфная реакция Кебнера у больных СД не прослеживается, а при псориазе она характерна для прогрессирующей стадии. Субъективные симптомы: зуд, ощущение дискомфорта отмечаются при СД. У больных ПС они недостаточно выражены и наблюдаются не так часто.

### **Опыт клинической классификации атопического дерматита**

Завадский В.Н.  
Ярославская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Ярославль

Атопический дерматит (АтД) имеет клинические стадии или формы течения. Их особенности образно отражены в первоначальных, исторических названиях этого дерматоза: «атопическая экзема» [Willan, 1808], «нейродермит» [Brocq, 1891], «преморбидное» состояние — «аллергический экссудативный диатез». В настоящее время принят единый термин «атопический дерматит» (L20 по МКБ-10). Однако смысл этого термина нередко сужают до представления о диффузном поражении кожи типа «диффузного нейродермита» [Cosa a. Cooke, 1923]. Причем ограниченный нейродермит рассматривают как отдельное заболевание. Европейская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСИ, 2001) предложила термин «атопическая экзема/дерматит». Разнобой в терминологии несколько дезориентирует практического врача. Принятая у нас классификация по возрасту указывает на стадийность, но не раскрывает ее клиническую сущность.

Цель работы — разработка клинической классификации АтД. Задача — использовать в клинической классификации общепринятую и привычную для дерматологов и педиатров терминологию. Объект исследования — больные АтД дети разного возраста, подростки и взрослые, мужского и женского пола; всего 174 человека.

Методы исследования — клинические: описание кожного покрова и исследование общего состояния больных.

Результаты. На основании многолетнего наблюдения за течением АтД у больных разного возраста — от раннего детского до зрелого — была создана и апробирована клиническая классификация АтД. Начальная стадия: Аллергический экссудативный диатез. Возраст младенческий. Дермографизм красный. Стадия/форма: Атопическая экзема. Возраст любой. Дермографизм красный. Варианты: по типу любой экземы («истинной», себорейной, микробной, герпетической). Поражение ограниченное или распространенное. «Спонтанные» рецидивы (аутоиммунный процесс). Стадия/форма: Нейродермит. Возраст любой. Дермографизм белый или смешанный. Поражение диффузное, распространенное или ограниченное (очаговое — в местах «излюбленной» локализации). Может «экзематизироваться» (аутоиммунный процесс). NB: Системная патология указывается по нозологическому принципу. Например: Сопутствующий гастродуоденит, панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей и т.п. Сопутствующий вегетоневроз. Сопутствующая атопическая бронхиальная астма. Обсуждение. Кожная симптоматика зависит от нейровегетативных и микроциркуляторных расстройств. У одних больных она сопровождается сухостью кожи и зудом (в стадии «нейродермита»), у других — экссудацией («экзематозная» стадия/форма). Общий диагноз — АтД. Но тактика врача — с учетом разной клинической стадии/формы — будет не однозначной.

Вывод. Предлагаемая клиническая классификация АтД позволяет точнее охарактеризовать состояние пациента и обосновать дифференцированный подход к его лечению и реабилитации.

## **Щадящая пульс-терапия atopического дерматита**

Завадский В.Н.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

При atopическом дерматите (АтД), согласно современным данным, формируется аутоиммунный процесс. В коже образуются фиксированные иммунные комплексы, нарушается дифференцировка нулевых Т-хелперов в сторону Th2, возникают нейровегетативные и микроциркуляторные расстройства с очаговым или диффузным поражением кожи. Глюкокортикостероидные препараты, применяемые локально, значительно уменьшают или устраняют патологию, что указывает на их патогенетическое действие. Вместе с тем, частая «мазевая терапия» — обременительна и не вполне эффективна, особенно при обширных поражениях кожи.

Цель исследования — улучшение качества жизни пациентов при социально значимом заболевании — atopическом дерматите (АтД). Задача исследования — разработка и апробация метода щадящей пульстерапии АтД, которая позволит проводить лечение: а) редко (1 раз в месяц и реже) и одномоментно, б) является безопасной и эффективной.

Метод и его обоснование. Поставленная задача выполнима при использовании метода (известного и применяемого во всем мире): внутрикожного введения в очаги, не чаще 1 раза в месяц, малых доз глюкокортикостероида (бетаметазон, 7 мг), обладающего пролонгированным действием. Его месячная доза (7 мг) сопоставима с суммарной дозой наружных глюкокортикостероидных средств, а эффект несравнимо выше за счет депонирования препарата в коже. Бетаметазон специально предназначался для внутрикожно-внутриочагового введения. Он действует как локальный иммуномодулятор, обеспечивая дифференцировку нулевых Th в сторону Th1 и нормализуя продукцию соответствующих интерлейкинов. Надо заметить, что некоторые врачи назначают бетаметазон в качестве обычного системного глюкокортикостероида: внутримышечно, с короткими интервалами. С учетом этого обстоятельства первоначальная, специальная, инструкция была заменена на универсальную — для всех системных глюкокортикостероидов, — с общими, стандартными предостережениями. Вместе с тем, в инструкции по-прежнему выделена рекомендация по внутрикожному, внутриочаговому введению бетаметазона при atopическом дерматите (и при ряде других дерматозов).

Методика. Содержимое ампулы бетаметазона (1 мл) разводится в шприце физ. раствором до 3—5 мл и вводится инсулиновым шприцом (игла диаметром 0,3—0,33 мм) внутрикожно в очаги поражения. Некоторым детям — в зависимости от возраста, веса и пораженности кожи — вводили только пол-ампулы препарата. Повторная процедура — через 1 месяц; в дальнейшем — реже, по состоянию кожи. При тяжелом течении АтД, по типу диффузного нейродермита, применяли (только взрослым) триамцинолон, 40 мг, по такой же методике. Объект наблюдения: 122 больных АтД мужского и женского пола, из них 95 человек в возрасте 18—40 лет и 27 человек в возрасте 9—17 лет.

Результаты. Быстрое, за 3—4 дня, улучшение у всех больных, без использования мазей и каких-либо других препаратов. После второй процедуры, через 1 месяц, установилась почти полная и

продолжительная ремиссия, около полутора месяцев. Процедуры требуется повторять, но каждый раз необходимость возникает все реже. В дальнейшем, для поддержания ремиссии, рекомендуется периодически (по состоянию кожи) использовать кортикостероидную мазь или крем, а также принимать изотонические солевые ванны и проводить УФО («преформированные курортные факторы»). Диета зависит от состояния желудочно-кишечного тракта и от другой общей патологии. Побочных эффектов от лечения не наблюдалось. Обсуждение. Введение в очаги глюкокортикостероида соответствует представлению об АтД как об аутоиммунном заболевании. А малые дозы и большие интервалы между процедурами не дают оснований для гормонофобии.

Вывод. Предлагаемый метод удобен и эффективен. Может использоваться для лечения АтД у взрослых, подростков и детей старшего возраста.

## **Медико-социальная характеристика детей, страдающих буллезным эпидермолизом**

Заторская Н.Ф., Поткаев Н.Н., Поршина О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Буллезный эпидермолиз представляет собой одну из актуальных проблем дерматовенерологии. В настоящее время изучены генетические аномалии, вызывающие различные типы буллезного эпидермолиза. Эти исследования положены в основу методик пренатальной диагностики заболеваний из группы БЭ, угрожающих будущему ребенку инвалидностью или летальным исходом. Данное заболевание не включено в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. До настоящего времени стандарты медицинской помощи пациентам, страдающим орфанными заболеваниями, Министерством здравоохранения РФ не утверждены. Норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги (за счет средств федерального бюджета) по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача лекарственными препаратами, ИМН, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, в 2012 году составляет 604 рубля (Федеральный закон от 30.11.2011 г. № 357-ФЗ). Между тем расчетная стоимость курса лечения пациента с буллезным эпидермолизом на 1 месяц составляет от 100 до 250 тыс. рублей и выше. Компенсируются затраты на лечение как из личных средств граждан, так и из городского бюджета.

Целью исследования явилось изучение медико-социальных особенностей семей, воспитывающих детей, страдающих буллезным эпидермолизом. В исследовании был использован социологический метод. Единицей наблюдения явилась семья ребенка с буллезным эпидермолизом. Все родители (законные представители) детей дали информированное добровольное согласие на участие в анкетировании. Исследование проводилось способом анкетирования с учетом рекомендаций по проведению медико-социологических исследований, предложенных А.В. Решетниковым с соавт.(2003 г.). Анкета содержала следующие разделы: паспортная часть, социально-общественные характеристики семьи, удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи больному ребенку. В анкетировании приняли участие 20 семей, воспитывающих детей с буллезным эпидермолизом и проживающих в г. Москве.

Возраст детей варьировал от 4 до 17 лет и составил в среднем 13,7 года. Анализ полученных данных показал, что в полных семьях воспитывалось  $\frac{3}{4}$  пациентов. Гендерный состав детей с БЭ характеризовался преобладанием девочек — 70%. Проживали в отдельной благоустроенной квартире 100% семей, однако 90% высказали желание улучшить жилищные условия. Только в 30% семей у ребенка была отдельная комната. 80% семей считало, что заболевание ребенка ухудшило общее материальное положение семей. Осведомленными о форме буллезного эпидермолиза у своих детей оказались 70% респондентов, причем около трети из них указали, что получили полную информацию от своего лечащего врача, большинство же — от консультантов различных медицинских организаций, в том числе зарубежных. Большинство родителей (60%) были уверены в благоприятном исходе заболевания при условии постоянного ухода и лечения, 20% — испытывали надежду на улучшение состояния ребенка, 10% — считали ситуацию безнадежной. Остальные респонденты затруднились дать ответ на этот вопрос. Медицинские проблемы беспокоили 100% опрошенных, из них более половины отмечали сложности в выборе средств наружного лечения своего ребенка. Треть семей испытывала затруднения при выборе медицинской организации для лечения ребенка. Удовлетворенность качеством медицинской помощи среди семей, имеющих детей с буллезным эпидермолизом, составила 70%. У всех детей отмечены разной степени проблемы в быту — трудности с самостоятельным приемом пищи, гигиеническими процедурами, выполнением домашних обязанностей. Кроме медицинских проблем, семьи отмечали психологические проблемы у детей — 20%, юридические — 10%. Таким образом, результаты выполненного исследования позволили сформировать подробную медико-социальную характеристику детей, страдающих БЭ, а также их семей. Семьи, воспитывающие детей с врожденным буллезным эпидермолизом, имеют целый ряд медико-социальных проблем, решение которых требует комплексного решения.

### **Особенности атопического дерматита у детей, сочетанного с дисплазией соединительной ткани**

Карпова Е.Б.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель и задачи. Выявить особенности течения атопического дерматита (АД), протекающего на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей.

Материалы и методы. Обследованы 141 ребенок в возрасте от 3 месяцев до 18 лет с атопическим дерматитом, 109 из них имели признаки дисплазии соединительной ткани и составили группу наблюдения, 32 ребенка без признаков ДСТ вошли в группу сравнения. Соотношение девочек и мальчиков — 1:1. В контрольную группу I были включены 30 детей без АД, имеющих признаки ДСТ, в контрольную группу II — условно здоровые. АД диагностировался по критериям Hanifin, Rajka (1980) в соответствии с научно-практической программой «Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика» (2000). Тяжесть синдрома ДСТ определяли по

критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985).

Результаты. Анализ клинических признаков АД у больных, имеющих признаки соединительнотканной дисплазии, показал достоверное ( $p < 0,05$ ) преобладание распространенных форм с поражением более 5% площади кожи и большую частоту их выявления, чем у детей группы сравнения, то есть без ДСТ. Показатель среднего количества фенотипических диспластических признаков имел достоверные различия в зависимости от обширности поражения кожи и был наибольшим ( $10,75 \pm 1,41$ ) при диффузной форме АД (против  $6,84 \pm 1,03$  при ограниченной;  $p < 0,05$ ). Множественные фенотипические диспластические признаки у индивида наиболее часто регистрировались при распространенных и диффузных формах АД. Поэтому их можно рассматривать как прогностически неблагоприятные признаки развития распространенных (более 5% поражения площади кожи) форм АД, сочетанного с ДСТ. Инфильтрация и лихенификация в очагах поражения у больных АД свойственна преимущественно пациентам с большим количеством внешних признаков соединительнотканной дисплазии. Приведенные данные позволяют предположить возможность влияния соединительнотканной дисплазии на формирование более тяжелых форм АД, характеризующихся пролиферативными изменениями в коже, которые наиболее свойственны длительно протекающему заболеванию. Анализ течения АД выявил достоверное учащение рецидивов с большей их длительностью у больных с признаками несостоятельности соединительной ткани. Интенсивность кожного зуда в группе больных с мезенхимальной несостоятельностью оценивалась как слабая в 1,5 раза реже, чем в группе сравнения и в 4 раза чаще как сильная. Отмечена прямая корреляция количества фенотипических признаков ДСТ у детей с выраженностью зуда, что дает основание для предположения о возможности влияния соединительнотканной неполноценности на формирование более тяжелых форм АД, приводящих к более интенсивному восприятию и оценке субъективных ощущений. Одним из значимых показателей тяжести АД является частота рецидивов и продолжительность ремиссий заболевания. Проведенное наблюдение позволило установить, что среди больных, у которых частота обострений АД не превышала 2—3 раз в год, количество внешних признаков несостоятельности соединительной ткани было несколько меньшим, чем у пациентов с непрерывно-рецидивирующим течением ( $9,7 \pm 4,4$  против  $10,6 \pm 4,9$ ). Тенденция к увеличению количества внешних диспластических признаков также прослеживается в группе больных, в анамнезе которых отсутствовали указания на длительные (более 1,5 лет) ремиссии, по сравнению с пациентами, указавшими на них ( $10,7 \pm 5,0$  и  $8,9 \pm 4,2$ ).

Выводы. К особенностям клинических проявлений атопического дерматита, протекающего на фоне дисплазии соединительной ткани, следует отнести высокую частоту непрерывно-рецидивирующих вариантов течения и увеличение продолжительности рецидивов, отсутствие стойких ремиссий, большую частоту распространенных и диффузных форм поражения кожи с преобладанием в очагах пролиферативных морфологических изменений, а также отчетливым кожным зудом, коррелирующими с выраженностью и количеством признаков мезенхимальной несостоятельности.

## **ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

### **К вопросу о влиянии поведенческих факторов на распространение сифилиса**

Абесадзе Г.А., Поршина О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Инфекции, передаваемые половым путем, это социально обусловленная патология. Особенностью контингента больных является прежде всего девиантное сексуальное поведение (вступление в половые связи с малознакомыми людьми, пренебрежение средствами индивидуальной защиты и контрацепции, частая смена половых партнеров). Значительную часть больных ИППП в Российской Федерации составляют лица без определенного места жительства, не работающие. Возрастной состав больных неограничен, однако преимущественная часть их приходится на возраст от 20—29 лет, на втором месте — от 15—17 лет и от 30—39 лет, соотношение заболевших среди мужчин и женщин примерно одинаковое. Наиболее существенной из ИППП по своим последствиям для человека и общества является сифилис. В последние годы особая значимость сифилитической инфекции связана с рядом проблем, в том числе с широким распространением инфекции среди населения репродуктивно активного возраста (Малыгина Н.С., 2010).

Целью нашего исследования была оценка распространенности факторов поведенческого риска среди пациентов, больных сифилисом, состоящих на диспансерном учете в филиале «Крылатский». Для достижения поставленной цели нами была проведена ретроспективная (с 2007 по 2012 г.) оценка анамнестических сведений, полученных из амбулаторных карт больных сифилисом, состоявших и состоящих на диспансерном учете у врачей-дерматовенерологов филиала «Крылатский». Нами было проанализировано 67 амбулаторных карт, из них 32 мужчины, 35 женщин. Было установлено, что средний возраст заболевших составлял 26,5 года. Подавляющее большинство (62) пациентов указало, что не имеет постоянного места работы. Поведенческие риски оценивались по наличию у пациентов вредных привычек: злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков (в том числе эпизодическое), наличие беспорядочных половых связей. В результате обработки полученных данных нами было определено наличие рискованного поведения у 48 заболевших из 67. Злоупотребляли алкоголем 29 человек, имели опыт употребления внутривенных наркотиков 6, беспорядочные половые связи в анамнезе имелись у 13 пациентов. Сочетание двух и более рисков имели 11 человек. Полученные сведения подтверждались наличием сопутствующей инфекционной патологии. Так, все пациенты, указавшие на употребление наркотиков, страдали вирусными гепатитами, у 5 человек был выявлен положительный тест на ВИЧ-инфекцию. Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод о необходимости проведения тщательного индивидуального консультирования по вопросам рискованного поведения в каждом случае установления диагноза венерического заболевания. В настоящее время существует необходимость в убеждении пациентов в добровольном обследовании на другие инфекции, в первую очередь на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты.

### **Частота выявления ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков в Российской Федерации в 2009—2011 гг.**

Воробьев М.В.

Ивановская городская клиническая больница им. Куваевых, Иваново

Актуальность. Изучение частоты выявления ВИЧ-инфекции в настоящее время является актуальной темой не только для государства, но и для всего человечества. Особую актуальность представляет изучение частоты выявления ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Поскольку, по оценкам международных экспертов, не менее 1% населения в разных странах употребляет инъекционные наркотики и 5—8% из них мужчины моложе 30 лет [WHO, 2006].

Материал и методы. Методом описательной статистики проведен анализ форм федерального статистического наблюдения № 11 «Сведения о заболеваниях наркологами расстройств» за 2009—2011 гг.

Целью исследования явилось установление частоты распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Результаты и их обсуждение. По данным официальной статистики, лишь в 2010 г. в специализированных наркологических учреждениях страны было выявлено 350,9 тыс. больных наркоманией, что составило 246,5 на 100 тыс. населения страны. В 2010 году по сравнению с 2009 годом данный показатель уменьшился на 1,9% относительно 2011 года — на 3,7%, составив 237,5 на 100 тыс. населения. Среди федеральных округов (ФО) наиболее высокая частота распространения наркомании в 2011 году прослеживалась в Сибирском, Уральском и Дальневосточном ФО, в которых показатели составили 343,5 — 287,0 — 283,9 на 100 тыс. населения соответственно. Наиболее низкие показатели наблюдались в Северо-Кавказском и Центральном федеральных округах (ЦФО), соответственно 181,1 и 283,52 на 100 тыс. населения. За последние три года анализируемого периода число впервые выявленных потребителей внутривенных наркотиков остается на достаточно высоком уровне. К примеру, число потребителей внутривенных наркотиков, установленных впервые в жизни, составило 25,7 на 100 тыс. населения. По сравнению с предыдущими годами произошло незначительное снижение (с 28,7 в 2009 г. и 28,6 в 2010 г.). В ранговой таблице среди территорий Центрального федерального округа Ивановская область занимает восьмое место, где заболеваемость, обусловленная потреблением внутривенных наркотиков, за последние три года уменьшилась в 1,4 раза, хотя число потребителей при этом выросло на 33,3%. Из территорий ЦФО наиболее неблагополучными по данной ситуации остаются Костромская, Воронежская и Курская области, хотя Ивановская область также входит в десятку наиболее неблагополучных. Известно, что потребление инъекционных наркотиков чревато повышенным риском заражения не только гепатитами и другими инфекциями, но и ВИЧ-инфекцией. К примеру, лишь в 2011 году из общего числа потребителей инъекционных наркотиков в целом по России имели ВИЧ-положительный статус 15,1% наркоманов, по ЦФО и Ивановской области — 12,2 и 13,3% соответственно. В Ивановской области доля ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркоманов было выше в 1,1 раза, чем в целом по округу. На 8 территориях ЦФО

произошел рост доли ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков. При этом в Ивановской области произошло незначительное снижение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о неутешительной ситуации по частоте распространения наркоманий, особенно опиийной. Росту потребления инъекционных наркотиков в свою очередь следовал рост инфицированности ВИЧ — среди потребителей инъекционных наркотиков, что может негативно отразиться на здоровье не только потребителей, но и близких им людей.

### **Особенности микробиоценоза уrogenитального тракта женщин с хламидийной инфекцией**

Егорова Ю.В., Нестеров А.С.

Областной кожно-венерологический диспансер (стационар), Ульяновск

Согласно данным ВОЗ (2007), хламидийная инфекция уrogenитального тракта является одним из самых распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, и одной из предотвратимых причин бесплодия, особенно среди женщин.

Цель работы. Изучить особенности микробиоценоза уrogenитального тракта женщин с хламидийной инфекцией. Всем пациенткам, вошедшим в дизайн исследования (182 женщины с уrogenитальным хламидиозом), проведено бактериоскопическое и бактериологическое исследование уrogenитального тракта. Установлено, что в группе обследованных с уrogenитальным хламидиозом не встречались женщины с I и II степенью чистоты влагалищного содержимого, в группе сравнения (52 женщины) этот показатель составил —  $34,6 \pm 5,1\%$ . Женщины с III степенью чистоты влагалищного содержимого выявлены в  $37,4 \pm 13,2\%$  случаев (68 пациенток) в основной группе и  $59,6 \pm 6,4\%$  (31 человек) в группе сравнения ( $p < 0,05$  и *Bifidobacterium* spp.  $> 10^3$  КОЕ/мл соответственно). Диагностированы значительные изменения представителей рода *Lactobacillus* spp. — доминантного симбионта микробиоценоза влагалища. Видовой спектр лактобацилл, выделенных у женщин с уrogenитальным хламидиозом, был представлен: *L. acidophilus* (33,3%), *L. rhamnosus* (20,6%), *L. plantarum* (18,9%), *L. fermentum* (15,8%), *L. casei* (11,4%). У здоровых женщин группы сравнения лактобактерии были представлены следующими видами: *L. acidophilus* (46,1%), *L. fermentum* (34,6%), *L. rhamnosus* (11,5%), *L. plantarum* (5,8%), *L. casei* (1,9%). Показатель микробной обсемененности (ПМО) *Lactobacillus* spp., выделенных из цервикального канала, был в 3,4 раза меньше, чем у здоровых женщин. Следовательно, при уrogenитальном хламидиозе происходило снижение частоты встречаемости доминантной микрофлоры на фоне увеличения ассоциативных симбионтов. Таким образом, изучение видового состава микрофлоры влагалища у женщин с уrogenитальным хламидиозом показало, что при контаминации половых путей *S. trachomatis* происходит значительное нарушение микробиологической системы, проявляющееся достоверным изменением количественного и видового состава микроорганизмов влагалищного и цервикального биотопов.

### **Клинико-микробиологическая эффективность комплексной терапии хронического бактериального простатита с сопутствующим субъективно-асимптомным уретритом**

Забилов К.И., Мусаков В.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Цель исследования. Оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм ведения больных хроническим бактериальным простатитом с сопутствующим субъективно асимптомным уретритом.

Задачи исследования. Оценить эффективность комплексной терапии хронического бактериального простатита с сопутствующим субъективно асимптомным уретритом с использованием левофлоксацина.

Материалы и методы. Обследование 120 больных хроническим бактериальным простатитом; клинические, микробиологические, молекулярно-биологические и инструментальные методы обследования.

Результаты исследования. При обследовании 120 больных хроническим бактериальным простатитом у 26 (21,6%) при использовании ПЦР в реальном времени и НАСБА в клиническом материале уретры выделены *S. trachomatis* — у 3, *M. genitalium* — у 1, *U. urealyticum* — у 2 больных. По данным микробиологического исследования у 15 (55,4%) из 26 больных обнаружены грамположительные (*Staphylococcus* spp.) и/или грамотрицательные (*E. Coli*) микроорганизмы. Полученные данные наряду с результатами микроскопического исследования (число лейкоцитов в клиническом материале уретры составило от 5 до 30 в поле зрения) позволили диагностировать сопутствующий субъективно асимптомный уретрит. В секрете предстательной железы у 2 (7,69%) из 26 больных хроническим бактериальным простатитом в сочетании с субъективно асимптомным уретритом обнаружены *S. trachomatis*, и у 1 (3,85%) — *U. urealyticum*. При оценке характера клинического течения хронического бактериального простатита в сочетании с субъективно асимптомным уретритом установлено, что средние показатели суммарных баллов боли, нарушения акта мочеиспускания и качества жизни у данных больных были достоверно выше по сравнению с больными без признаков уретрита. В составе комплексного лечения больных хроническим бактериальным простатитом с сопутствующим субъективно асимптомным уретритом использовали левофлоксацин по 500 мг однократно в сутки в течение 14 дней. При контрольном обследовании элиминация внутриклеточных возбудителей отмечена у всех пациентов, а грамположительных и/или грамотрицательных микроорганизмов — у 16 (61,5%) больных. Повышение качества жизни по данным шкалы NIH-CPSI, отсутствие воспалительных изменений в секрете предстательной железы, нормализация объема предстательной железы, по данным трансректального ультразвукового исследования, нормализация акта мочеиспускания отмечены у 20 (76,9%) из 26 пациентов.

Выводы. Подтвердить или опровергнуть гипотезу о значении возбудителей *S. trachomatis*, *U. urealyticum* в развитии хронического

бактериального простатита по результатам проведенных исследований не представляется возможным, ввиду их обнаружения как в материале уретры, так и в секрете простаты. В комплексной терапии хронического бактериального простатита с сопутствующим субъективно асимптомным уретритом левофлоксацин продемонстрировал высокую антимикробную активность.

### **Анализ клинико-иммунологических и цитологических результатов у пациенток с урогенитальной микоплазменной инфекцией**

Загртинова Р.М., Боголюбская А.Л., Шевчук И.Д., Кузнецова И.Г.  
Республиканский кожно-венерологический диспансер Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, Ижевск  
Цель. Оценить влияние микоплазменной инфекции на состояние слизистой шейки матки и обосновать включение иммуномодулятора в комплексное лечение урогенитального микоплазмоза.  
Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 92 пациентки с микоплазменной инфекцией мочевого тракта. Средний возраст больных составил  $28,3 \pm 5$  лет. Большая часть наблюдавшихся пациенток — 56,5% предъявляли жалобы на жжение в области наружных половых органов, обильные выделения с неприятным запахом и зуд. При физикальном исследовании признаки подострого уретрита наблюдались у 60,8% женщин, цервициты — у 29,5%, эктопия шейки матки у 40,2%, хронический двусторонний сальпингофорит вне обострения был выявлен у 26,0%. Помимо общепринятых анализов крови и мочи всем пациенткам проводилась бактериоскопия мазков, для выявления *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* и *urealyticum* материал, взятый из уретры и церви-кального канала, исследовался методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), а для выявления *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma* дополнительно проводилось бактериологическое исследование с определением чувствительности их к антибиотикам. У всех больных оценивались показатели клеточного, гуморального иммунитета и проводилось цитологическое исследование мазков. В результатах онкоцитологии диагноз дисплазия 1 степени был выставлен у 40,2% обследованных, дисплазия 3 ст. — у 9,8%, цервицит — у 21,7% женщин, у 29,3% — цитограмма была без особенностей. В гуморальном звене общего иммунитета выявлено повышение уровня Ig E в 1,6 раза у 41,3% пациенток, что свидетельствует об аутоиммунной составной заболеваемости. Показатели других иммуноглобулинов находились в пределах нормы. Снижение индекса завершенности фагоцитоза имело место у 50% больных, снижение количества активных фагоцитов у 59,8% наблюдавшихся. Низкий иммунорегуляторный индекс отмечался у 79,3% человек. Выявлены изменения при анализе CD-клеток: снижение относительного и абсолютного содержания CD3 и CD4 было у 21,7% пациенток, повышение количества В-лимфоцитов у 10,9%. У половины обследованных наблюдалось повышение циркулирующих иммунных комплексов. Терапия антибиотиками назначалась в зависимости от чувствительности микро-, уреоплазм к препаратам. У всех женщин микоплазмы были чувствительны к доксициклину, поэтому им был назначен юнидокс солутаб — 3,0 г на курс лечения. Кроме этого, все пациентки получали антипротозойные препараты (внутри таблетки трихопол или орнидазол-веро — 5,0 г), местное лечение (свечи бетадин или тержинан) и иммуномодулятор — аминофалгидразид (ректальные свечи галавит по 100 мг № 10). Результаты. После курсового лечения жалобы на зуд и жжение исчезли практически у всех женщин. Полная элиминация микро-

уреоплазм, по данным повторных бактериологических исследований и ПЦР, произошла у 77,2% женщин. У оставшихся 22,8% пациенток в ПЦР анализах сохранялась *Ureaplasma parvum*, это та часть пролеченных, у которых не лечились половые партнеры. После лечения при повторном цитологическом обследовании у женщин с диагнозом дисплазия 1 ст. и цервицит цитограмма стала без особенностей. Больные с диагнозом дисплазия 3 ст. были направлены на консультацию к гинекологу-онкологу в Республиканский онкологический диспансер.

Выводы. У 70% наблюдаемых нами больных микоплазменная инфекция сопровождалась воспалительными явлениями нижних отделов мочеполовых путей, в 45% случаев выявлена дисплазия шейки матки различной степени. После комплексного лечения с включением иммуномодулятора восстановились показатели иммунограммы: повысилось количество активных фагоцитов, нормализовались индекс завершенности фагоцитоза и содержание Т— и В-лимфоцитов.

### **К вопросу течения современного сифилиса (факты и домыслы)**

Коган А.И., Кладова А.Ю., Мелкумян Э.М.

Филиал «Бирюлевский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

При анализе заболеваемости сифилисом за последние годы ясно вырисовывается картина роста его скрытых форм. Число заболевших скрытыми формами сифилиса из года в год не проявляет тенденции к снижению, а наоборот, заметно возрастает. По нашим данным, за последние 2 года в общей структуре заболеваемости сифилисом его скрытые формы продолжали резко доминировать и составили в 2011 году — 70%, а в 2012 году — 82%. Известно, что примерная картина наблюдалась и в других округах Москвы. Это обязывает нас в какой-то мере понять и осмыслить причины этого явления. Те факторы, которые обычно принято приводить в данных обстоятельствах для объяснения (беспорядочное применение антибиотиков, самолечение, запоздалое обращение к врачам и др.), не дают полного понимания и правильной оценки сложившейся ситуации. Мы провели анализ анамнеза многих наших больных и лишь примерно в 35% случаев можно было установить какую-либо зависимость с выявленным для объяснения интересующего нас явления. Хорошо известно, что в прошлом были периоды, когда сифилис протекал достаточно остро и бурно. Клиницисты имели возможность наблюдать в те годы нередкие случаи злокачественного течения сифилитической инфекции. При этом у ряда больных развивались глубокие тканевые изъявления, порой доходящие даже до некроза, а вся картина болезни характеризовалась агрессивностью развития общего патологического процесса. В последние годы подобные формы сифилиса практически вовсе не встречаются. Наоборот, сегодня мы констатируем в повседневной практике совершенно противоположную тенденцию, когда смело можно утверждать о доброкачественном течении современного сифилиса. Ныне мы постоянно имеем дело с очень мягким, как бы стертым течением заболевания. Большинство случаев особенно раннего скрытого сифилиса сегодня выявляются абсолютно случайно, обычно специалистами разных профилей в поликлиниках, консультациях и больницах в основном при серологических исследованиях крови. Все эти больные, как правило, не предъявляют никаких специфических жалоб. При этом многие из них категорически отрицают прием

каких — либо антибиотиков в последние годы, а также наличие до заболевания любых высыпаний на коже и видимых слизистых. Характерно, что многие больные поначалу воспринимают свой диагноз с явным непониманием и даже сомнением. По-видимому, у целого ряда пациентов сегодня заболевание может начинаться сразу как скрытый сифилис. Допустимо также, что и такое понятие, как обезглавленный сифилис, в сегодняшней клинической практике может иметь место. Поэтому мы считаем нужным акцентировать внимание врачей на необходимость более широкого исследования крови на сифилис у всех больных. При сборе анамнеза у больных со скрытыми формами заболевания следует подробнее интересоваться возможными приемами антибиотиков в разное время, наличием в предшествующий период каких-либо кожных высыпаний, в том числе и быстро переходящих. Мы считаем важным обратить внимание на то, как влияют на течение сифилитической инфекции современные продукты питания, а именно те, в которых содержатся в определенной доле антибиотики (особенно мясо и курятина). Сам факт роста скрытых форм сифилиса в последние годы настоятельно требует от нас дальнейшего изучения и осмысления этого своеобразного явления, с тем чтобы выйти на ясное понимание его причин.

## **Аутоантитела к белкам нервной системы у больных нейросифилисом**

Лосева О.К., Устьянцев Ю.Ю., Шульгина И.Г., Жиангерова О.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Повышение уровня аутоантител к различным белкам нервной системы считают предвестником развития патологии той или иной структуры или симптомом уже развившейся патологии. С целью выявления изменений уровня содержания ауто-АТ к различным белкам нервной системы нами был использован ЭЛИ-нейротест, разработанный проф. А.Б.Полетаевым (2008) и выполняемый в Иммунологическом центре «Иммункулос». В нашем предыдущем сообщении (XXX Рахмановские чтения 2013) были представлены результаты обследования с помощью этого теста 2 групп: 1) больных поздним нейросифилисом и 2) пациентов с серорезистентностью. Было показано, что в обеих группах повышение уровня различных ауто-АТ имело место, но было более выраженным у больных нейросифилисом. Значимые изменения содержания ауто-АТ соответствовали наблюдаемой клинической картине и результатам инструментальных исследований. В настоящем разделе работы мы поставили целью сравнение двух групп больных поздним нейросифилисом — менингovasкулярным с преимущественно сосудистой патологией (инсульты) и паренхиматозным, с выраженными психическими нарушениями. С помощью ЭЛИ-нейротеста были обследованы 10 больных поздним нейросифилисом — по 5 в каждой группе. Первая группа состояла из пациентов с проявлениями менингovasкулярного нейросифилиса в виде сосудистой церебральной патологии. Все они закончили специфическую терапию от 1 до 4 лет назад; 4 из 5 имели нерезко выраженную остаточную неврологическую симптоматику. Пациенты второй группы страдали психическими нарушениями в форме бреда, галлюцинаций, неадекватного поведения и получали специфическую терапию в психиатрической больнице в период исследования ЭЛИ-тестов (3 человека) либо вскоре после окончания лечения. Результаты. В первой группе у больных, перенесших инсульт, достоверное повышение отмечалось по уровню ауто-АТ к белку NF— 200, который является специфическим белком аксонов. Рост

уровня ауто-АТ к нему сопровождается процессы дегенерации нервных волокон. Можно указать также на достоверное (в части случаев пограничное) повышение ауто-АТ к серотониновым рецепторам (5-HT-R), что связывают с нарушениями в эмоциональной сфере, например состоянием депрессии. Третий из повышенных показателей — это уровень ауто-АТ к белку GFAP. Это специфический белок филаментов астроцитов. Рост антител к нему сопровождается аномально активной пролиферацией клеток астроглии (глиоз), что вполне ожидаемо после перенесенного нарушения мозгового кровообращения. У пациентов второй группы обращает на себя внимание повышенный уровень ауто-АТ к ацетилхолиновым рецепторам (ACh-Rc), широко представленным в различных отделах ЦНС, в вегетативных ганглиях и других структурах (синокаротидная зона, мозговой слой надпочечников, скелетная мускулатура и др.). Диапазон действия этих рецепторов очень широк, начиная от регуляции вегетативных функций и кончая когнитивными. Можно указать также на значительно менее выраженное повышение ауто-АТ к белкам GFAP и MBP. Последний — это основной белок миелина, который поддерживает компактность миелиновых оболочек. Основная функция миелина — быстрое проведение нервного импульса по аксонам, которые он окружает. Кроме того, он выполняет структурную, защитную и трофическую функции.

Выводы. 1. У больных поздним нейросифилисом, как с картиной сосудистой патологии, так и при психических нарушениях (т.е. поражении паренхимы головного мозга), наблюдаются достоверные изменения уровня ауто-АТ к некоторым белкам нервной системы — как общие для обоих вариантов патологии (в частности, GFAP, свидетельствующий о развитии глиоза), так и различные (в частности ACh-Re, указывающий на патологию ацетилхолиновых рецепторов, что выявлено в группе пациентов с психическими расстройствами). 2. Повышение уровня ауто-АТ у больных нейросифилисом, получивших специфическое лечение, указывает на необходимость разработки возможных путей коррекции выявленных изменений.

## **Эпидемиологические аспекты сифилитической инфекции по материалам Республики Татарстан**

Мавлютова Г.И., Юсупова Л.А.  
Казанская государственная медицинская академия, кафедра дерматовенерологии и косметологии, Казань

Цель. Клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости сифилисом в Республике Татарстан (РТ) с 1902 по 2012 гг.

Материалы и методы. Ретроспективную оценку заболеваемости населения и проявлений эпидемического процесса проводили путем оценки данных, полученных из форм государственной статистической отчетности (№ 5, 9, 34, 65), годовых отчетов ГУАЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» (1970—2012), материалов докладов о заболеваемости сифилисом в Казанской губернии и Татарской Автономной Советской Социалистической Республики (ТАССР) (1902—1925).

Результаты. Нами был проведен сравнительный анализ заболеваемости сифилисом населения РТ в различные эпидемиологические периоды, начиная с 1902 г. до настоящего времени. В начале XX века (1902—1914) заболеваемость сифилисом в Казанской губернии была стабильно высокой (593,0—442,0 на 100 тыс. населения), но ниже среднероссийского уровня в 2,3 раза. После гражданской войны заболеваемость в ТАССР снизилась по сравнению с довоенным периодом, оставаясь ниже федеральной в

2,5—3 раза. Заразные формы составляли 60,0%, третичный сифилис — 35,0% заболевших. Среди горожан преобладали первичная и вторичная форма, инфекция распространялась преимущественно половым путем, бытовое заражение происходило только в 2,0% случаев. В сельской местности третичная форма выявлялась в 45,4% случаев, более половины пациентов инфицировались бытовым путем. Статистическая отчетность о венерических заболеваниях в СССР в 30-е гг. прошлого века (вплоть до 1940 г.) не публиковалась. Начиная с 1940 г. заболеваемость сифилисом в ТАССР четко коррелировала с российскими показателями, оставаясь несколько ниже. Вспышки регистрировались в 1945—1946 и 1950—1951 гг., далее последовал длительный межэпидемический период (1952—1970) с самыми низкими за столетие интенсивными показателями (0,69) и резким уменьшением числа больных третичной формой. Во время следующего подъема (1970—1980) с пиком заболеваемости 22,1 (1972) коэффициент дисперсности составил 6,7. В этот период было зарегистрировано 5 178 случаев приобретенного сифилиса с преобладанием заразных форм (84,7%). В сельской местности проживали 9,0% больных. Удельный вес беременных, больных сифилисом, колебался в пределах 1,0—5,0%. Диагностировались поздние формы врожденного сифилиса. В 1981—1991 гг. наблюдался период низкой заболеваемости с максимальным показателем 7,6. В 1992 г. в РТ начался подъем заболеваемости, которая за 5 лет увеличилась в 90,8 раза, превышая в 1994—1995 гг. федеральные показатели. С 1992 по 2012 гг. инфицировалось около 2,0% населения РТ. Основную часть в структуре заболевших составили лица 20—29 лет (43,0%). В период эпидемического распространения инфекции (1992—1996) первичный сифилис был установлен в 35,3%, вторичный сифилис кожи и слизистых в 49,0%, скрытый ранний — в 15,4% случаев. Во время снижения заболеваемости (1997—2012) доля первичного сифилиса снизилась в 3,4 раза, вторичного сифилиса кожи и слизистых в 2 раза, за счет увеличения раннего скрытого в 2,1 раза. Зарегистрировано 522 случая скрытого позднего сифилиса, причем 502 (95,9%) из них — в период с 2000 по 2012 гг. Поражение нервной системы выявлено у 104, внутренних органов — у 26 пациентов. Заболеваемость сельского населения увеличилась в 8,0 раз, беременных — в 3,8 раза. Выявлено 102 случая раннего врожденного сифилиса, из них с поражением кожи и слизистых — 31,0%, поздняя форма не диагностировалась. На сегодняшний день исходный уровень заболеваемости превышен в 10 раз, а максимальные показатели вспышки 70-х г. — в 1,3 раза. Выводы. Заболеваемость сифилисом в РТ была ниже, чем в России, только в начале XX в. За последние 60 лет можно выделить 4 периода эпидемического процесса: резервация инфекции со стабильно низкими показателями (1952—1970); подъем заболеваемости (1970—1980); межэпидемический период (1980—1990); эпидемическое распространение инфекции (1992—2012).

### **Результаты обследования пациентов с сохраняющейся позитивностью РМП после окончания специфического лечения в Городском центре по снятию с учета больных сифилисом**

Магарышкина О.В., Дарижапова В.Н., Стоянова Г.Н.  
Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва

В 2012 году в Городском центре по снятию с учета (ГЦСУ) проконсультировано 745 пациентов. 480 пациентов из них — это пациенты, у которых сохранилась высокая степень позитивности

РМП (3+ — 4+) после проведенного специфического лечения. 87 пациентам (18,1%) из 480 после консультации в ГЦСУ рекомендована и проведена в ВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко диагностическая спинномозговая пункция. Все направленные на пункцию пациенты осмотрены смежными специалистами: невролог, окулист, терапевт, ЛОР. Из 87 пациентов, направленных на пункцию, у 67 (77%) при осмотре смежными специалистами специфической патологии не выявлено. После проведения пункции из 67 пациентов, у которых не была выявлена специфическая патология, в 8 случаях (12%) был установлен диагноз асимптомный нейросифилис. Из них 1 пациент с первоначальным диагнозом А51.3 ; 5 — А.51.5; 2 — 53.0. У 29 из направленных на пункцию пациентов (30,2%) после обследования смежными специалистами выявлена патология, которая специалистами ГЦСУ была расценена как специфическая. Неврологом такая патология обнаружена у 21, окулистом — у 13, ЛОР — у 2 пациентов, совместно окулистом и неврологом — у 9 пациентов. Из этих 29 пациентов после проведения спинномозговой пункции у 5(17,24%) установлен диагноз нейросифилис: 2 случая асимптомного нейросифилиса, 3 — нейросифилис с симптомами. Из 3 пациентов с установленным диагнозом нейросифилис с симптомами: менингovasкулярный сифилис 2 и артофия зрительного нерва — 1. Диагноз асимптомный нейросифилис установлен у 1 пациента с первоначальным диагнозом А.51.5 и у 1-го — А.53.0. У 3 пациентов с диагнозом нейросифилис с симптомами первоначальный диагноз был А.51.5, у одного из них сопутствующим диагнозом была ВИЧ инфекция. Все пациенты, у которых после проведения диагностической спинномозговой пункции установлен диагноз нейросифилис, получили в прошлом полноценные курсы специфического лечения. Поэтому факт, проведенного специфического лечение нельзя рассматривать как 100% гарантию полной излеченности. Вышеприведенные данные еще раз напоминают дерматовенерологам о необходимости обследования смежными специалистами пациентов с сохраняющейся высокой степенью позитивности РМП. Чем раньше это обследование происходит, тем выше вероятность своевременной диагностики нейросифилиса. Что в свою очередь дает возможность корректировать методы специфического лечения и исключать механическое назначение дополнительных курсов лечения. Адекватное, своевременно проведенное лечение позволит исключить инвалидизацию пациентов, изменит качество их жизни.

### **Особенности обследования мигрантов Восточного округа г. Москвы в условиях модернизации**

Маляренко Е.Н.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

В постановлении главного санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко отмечена ситуация в таких, наиболее привлекательных для мигрантов в плане получения работы, субъектах Российской Федерации, как Москва и Московская область. Именно здесь работа по освидетельствованию иностранных граждан поставлена неудовлетворительно и количество обследованных непропорционально ниже, чем в других территориях с более низкой экономической привлекательностью и с меньшим количеством мигрантов. Так, в 2011 году в г. Москва обследовано менее 25 тыс. человек, тогда как квота на выдачу иностранным гражданам разрешений на работу составила 128 803 человека,

т.е. свыше 100 тыс. мигрантов остались необследованными. Аналогичная ситуация сложилась и в Московской области, где было обследовано чуть более 30 тыс. человек, при квоте 108 090. В связи с этим особенно актуальным является привлечение миграционных потоков к обследованию на ИППП в государственных медицинских учреждениях г. Москвы. В Восточном округе г. Москвы, который отличается высокой концентрацией трудовых мигрантов, находится 3 филиала МНПЦДК ДЗМ — Вешняковский, Щелковский и Первомайский. Для снижения порога доступа мигрантов к качественному обследованию у специалистов был предпринят ряд организационных мероприятий. Так как мигранты не входят в программу госгарантий и не имеют, как правило, постоянной регистрации в г. Москве, медицинская помощь, в том числе и по освидетельствованию на ИППП/ВИЧ, им оказывается на платной основе, но при доступной стабильной стоимости, которая подтверждена договором платных услуг. Для оптимизации процесса в филиалах созданы регистратуры платных услуг, где обученный медперсонал не только предоставляет информационные услуги, но и достаточно быстро направляет поток пациентов на обследование. Для преодоления языкового барьера работа регистратуры и врачей происходит с использованием современной компьютерной техники, что позволяет избежать долгих переговоров и недопонимания между врачом и пациентом. Важным фактором является то, что мигранты в одном учреждении не только качественно и достоверно обследуются на ИППП, но и имеют возможность пройти добровольное освидетельствование на ВИЧ с получением сертификата государственного образца. Несмотря на то, что обследование иностранных граждан в филиалах МНПЦДК ДЗМ Восточного округа было начато только в июле 2012 г., медицинские осмотры за прошедший период прошли более 3 тыс. человек с ежемесячным ростом посещений. Таким образом, при рациональном использовании современных технологий государственные специализированные учреждения дерматовенерологического профиля являются наиболее привлекательными для прохождения достоверного обследования на ИППП/ВИЧ иностранными гражданами

### **Применение параметров местной противoinфекционной защиты для прогнозирования развития репродуктивных нарушений при урогенитальных заболеваниях микробной этиологии**

Михайлова Е.А., Пострелко М.Д., Воронина Л.Г., Жеребятьева О.О., Шерман Ю.Ф.

Оренбургский областной центр планирования семьи, Оренбургский областной кожно-венерологический диспансер, Оренбург

Актуальность прогнозирования репродуктивных нарушений при урогенитальных микробных воспалениях обусловлена тревожной ситуацией, связанной с увеличением частоты бесплодных браков во всем мире, достигшей 15%.

Цель исследования — определить факторы прогнозирования развития вторичного бесплодия у женщин и мужчин при урогенитальных заболеваниях микробной этиологии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 86 пациентов, перенесших урогенитальную инфекцию (контроль излеченности) или имеющих латентную урогенитальную инфекцию (46 мужчин и 40 женщин), проходивших обследование в Оренбургском областном

центре планирования семьи, Областном кожно-венерологическом диспансере и Областном перинатальном центре. В исследование были включены женщины с ненарушенным 28—30-дневным менструальным циклом. Забор исследуемого цервикального отделяемого проводили в первую фазу менструального цикла, а именно — на десятый день, во избежание контаминации мукосы компонентами крови или тканей эндометрия, поскольку по данным литературы, во второй фазе менструального цикла наблюдается закономерное повышение концентрации интерлейкина 1 бета (ИЛ-1β), интерферона гамма (IFN-γ) и фактора некроза опухоли альфа (TNF α), связанное с физиологическим прорывом фолликула и не отражающее патологический процесс. В качестве биологической жидкости у мужчин исследовали эякулят, а у женщин — цервикальное отделяемое на десятый день менструального цикла. Для исследования параметров местного иммунитета определяли уровень интерлейкина 1 бета и интерферона гамма. В результате исследования было установлено, что содержание интерлейкина 1 бета больше  $38,8 \pm 3,8$  пг/мл и одновременное содержание интерферона гамма больше  $8,1 \pm 0,5$  пг/мл позволяет прогнозировать формирование репродуктивных нарушений.

Выводы. Определена возможность скринингового обследования большого количества пациентов обоего пола для раннего прогнозирования нарушений фертильности. Своевременная диагностика формирующегося бесплодия по уровню интерлейкина 1 бета и интерферона гамма позволяет предпринять определенные мероприятия по предупреждению развития запущенных форм заболевания и их осложнений, что значительно улучшит качество рационального лечения и снизит материальные затраты на терапию.

### **Нейросифилис: современные особенности течения**

Стоянова Г.Н., Доля О.В., Левощенко Е.П., Спицина Е.Г., Кулешов А.Н. Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва

Значимость сифилиса нервной системы (НС) как междисциплинарной проблемы приобретает в настоящее время особую актуальность, что, в свою очередь, предусматривает комплексное ведение данной категории пациентов врачами различного медицинского профиля: дерматовенерологами, неврологами, психиатрами, офтальмологами, оториноларингологами и др. Однако основной поток больных сосредотачивается в ВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко. За период с января по июнь 2012 г. нами наблюдались 43 случая НС. Возраст больных колебался от 30 до 79 лет. Среди заболевших преобладали мужчины. В большинстве своем это неработающие граждане, жители г. Москвы. Следует отметить, что среди наших больных преобладают пациенты, имеющие те или иные клинические проявления специфического поражения нервной системы (преимущественно менинговаскулярная форма НС). Однако особенностью современного НС является преобладание стертых, атипичных, малосимптомных форм течения заболевания. В то же время среди наблюдаемых нами случаев НС имела место и яркая манифестация заболевания с тяжелыми клиническими проявлениями (9 человек). В большинстве рассматриваемых случаев (39 пациентов) диагноз НС устанавливался по результатам проведенного в ВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко клинико-лабораторного обследования. И лишь в небольшом количестве случаев (4), а именно у больных, переведенных из психиатрического, неврологического и терапевтического отделений ЛПУ г. Москвы, уже имелся выставленный

диагноз НС. Диагностика сифилитического поражения нервной системы возможна лишь с учетом неврологических симптомов и обязательных специфических патологических изменений в спинномозговой жидкости. Различные формы поражения нервной системы при сифилисе могут проявляться разнообразными психоневрологическими расстройствами, в том числе астеническими, лабильностью эмоциональной сферы, личностными изменениями, нарушениями зрения и слуха, нарастанием когнитивных нарушений, отсутствием критики к своему поведению, эпилептиформными расстройствами, делириозными и сумеречными нарушениями сознания, аффективными расстройствами, развитием очаговой симптоматики с параличами и парезами черепно-мозговых нервов, гемиплегией и параплегией, а также другими психопатологическими неврологическими симптомами, что, безусловно, утяжеляет течение и прогноз заболевания.

### **Оптимизация терапии пациентов с папилломавирусной инфекцией аногенитальной области**

Юсупова Л.А., Юнусова Е.И., Данилова О.В.  
Казанская государственная медицинская академия, Казань

Проблема терапии заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), в последние годы привлекает особое внимание в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя. В связи с этим оптимизация комплекса лечебных мероприятий при папилломавирусной инфекции (ПВИ) аногенитальной области женщин является актуальной проблемой. Цель. Оптимизация терапии больных с рецидивирующей папилломавирусной инфекцией аногенитальной области.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 46 женщин с рецидивирующей ПВИ аногенитальной области в возрасте от 18 до 43 лет, с давностью заболевания от 4 месяцев до 2 лет. При осмотре выявлены множественные кондиломы с экзофитным ростом и локализацией в периаанальной области, на наружных половых органах, во влагалище. При исследовании соскобов из урогенитального тракта методом ПЦР наиболее часто (в 71,7% случаев) верифицировались ВПЧ низкого онкогенного риска (в основном 6-й и 11-й типы). Высокого канцерогенного риска 16-й и 18-й типы ВПЧ выделялись в 15,2% случаев. Больные были разделены на две группы (по 23 женщины в каждой). Пациенткам первой группы назначалась комбинированная терапия, включающая деструктивное лечение поражений и использование препарата с противовирусным и иммуномодулирующим действием — изопринозин по 2 таблетки (1 г) 3 раза в сутки в течение 28 дней (14 дней до деструкции и 14 дней после деструкции). Пациенткам второй группы в комплексное лечение был дополнительно включен иммуномодулятор с противовирусной активностью генферон, свечи в дозе 500 000 МЕ 2 раза в сутки вагинально со дня деструкции в течение 10 дней.

Результаты. В ходе клинико-лабораторного мониторинга больных в течение 10—12 месяцев было установлено, что у пяти пациенток в первой группе определялись ДНК ВПЧ, из них у двух отмечались появления вегетаций. Во второй группе ДНК ВПЧ выделялись у трех пациенток, клинических проявлений ПВИ зарегистрировано не было. После удаления вегетаций период заживления у пациенток в первой группе составил 10—12 дней, во второй группе (благодаря включению в комплексную терапию

препарата генферон, содержащего кроме интерферона  $\alpha$ -2b, таурин и анестезин) он сократился в среднем до 6 дней. Пациенты второй группы отмечали после деструкции значительно меньше дискомфорт, боль и жжение.

Выводы. Согласно полученным данным, комплексная терапия больных с рецидивирующей папилломавирусной инфекцией аногенитальной области, включающая локальную деструкцию в сочетании с препаратами иммуномодулирующего действия показала высокую терапевтическую эффективность. Использование в лечении этих больных генферона позволяет не только повысить клинико-этиологическую результативность терапии, но и добиться более качественной реабилитации этих пациентов.

### **Этиопатогенетические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных**

Филлиппова В.С., Разнатовский К.И.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург

Введение: В настоящее время установлено около 50 видов грибов – возбудителей онихомикозов и на долю дерматомицетов приходится около 90% всех грибковых заболеваний ногтей. Заболеваемость онихомикозами среди населения варьирует, она определяется различными факторами, включая пол и возраст, состоянием сосудистой, нервной, эндокринной и иммунной систем.

Цель исследования: Изучить этиопатогенетические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 83 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 19 до 62 лет, в том числе 39(47%) женщин и 44(53%) мужчин, из них 48(57,8%) больных имели половой путь инфицирования ВИЧ; 35(42,2%) пациентов заразились ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков. Количество СД4 лимфоцитов определяли методом проточной цитофлуориметрии с помощью моноклональных антител. С целью выявления онихомикозов проводили клинико-лабораторное обследование ВИЧ-инфицированных больных, включающее микроскопию и культуральную диагностику.

Результаты: Онихомикоз стоп наблюдался у 17(20,5%) ВИЧ-инфицированных больных; онихомикоз кистей - у 8(9,6%). При проведении культуральной диагностики онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных в 10 культурах обнаружены дерматомицеты; в 11 культурах – не дерматомицеты (дрожжи; нитчатые недерматомицеты) и в 3 культурах - ассоциации *Trichophyton rubrum* + *Aspergillus* spp.; *Candida* spp. + *Fusarium* spp.; *Trichophyton rubrum*+ *Candida* spp. Среди дерматомицетов преобладал *Trichophyton rubrum*, он выделен в 7 культурах; *Trichophyton mentagrophytes* идентифицирован в 3 культурах. Среди недерматомицетов преобладала *Candida* spp. – в 7 культурах, в меньших степенях, выделены *Aspergillus* spp.- в 1 культуре, *Cladosporium* spp.- в 1 культуре, *Penicillium* spp.- в 1 культуре, *Fusarium* spp. – в 1 культуре. Онихомикозы в большинстве случаев (48%) наблюдались у ВИЧ-инфицированных больных, имеющих СД4 < 200 кл/мкл, в меньшей степени при СД4 200-500 кл/мкл (36%) и СД4 > 500 кл/мкл (16%) соответственно.

Вывод: Основными возбудителями онихомикозов являлись недерматомицеты (дрожжи; нитчатые недерматомицеты) и с ростом иммуносупрессии увеличивалась частота возникновения онихомикозов.

## ИНЪЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОСМЕТОЛОГИИ

### Мониторинг состояния кожи и объективизация результатов лечения в косметологии. Ультразвуковое исследование кожи

Безуглый А.П., Потехаев Н.Н., Бикбулатова Н.Н., Белков П.А.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и  
косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Клиника  
«АНТА-Мед», Москва

Эффективность косметологических процедур часто является предметом дискуссий. Во многом это обусловлено тем, что основным методом оценки является визуальный осмотр пациента и словесное описание динамики клинической картины. Даже тщательное фотографирование с соблюдением стандартизированных протоколов поверхности кожи не всегда дает объективную информацию. Субъективная оценка нередко и усложняет отношения врача и пациента в косметологической клинике. Объективность и доказательность являются приоритетами в современной косметологии. Необходимость объективного анализа эффективности и безопасности методов косметологической коррекции с помощью неинвазивных методов исследования кожи не вызывает сомнений у большинства специалистов. Более того, ведущие фармацевтические и косметические концерны активно проводят испытания с целью объективной оценки эффективности лекарств и косметики. Сегодня в арсенал методов, используемых врачами-косметологами, входит огромное количество процедур — лазеры, химические пилинги, дермабразия, высокочастотное электромагнитное излучение (радиочастотный лифтинг), интенсивный пульсирующий свет, вакуум, электрические токи и др. Однако при демонстрации эффективности методов лечения многие производители и продавцы применяют в основном маркетинговые приемы с использованием весьма скудных научных данных. Несмотря на многообразие объективных способов неинвазивного исследования кожи и накопленный солидный научный багаж, эти методы довольно редко используются на практике. Неинвазивные методы дают возможность не только исследовать кожу *in vivo*, не повреждая и не изменяя ее структуру и функции, но и изучать ее состояние в динамике. Наиболее популярными в дерматологии и косметологии являются дерматоскопия, ультразвуковое сканирование кожи и конфокальная микроскопия. Оптические методы обладают высокой разрешающей способностью и точностью, кроме того простота и доступность дерматоскопии способствует популяризации этих методов. Оптические методы идеальны для наблюдения динамики внешних изменений на коже, но свет проникает в кожу на ограниченную глубину — до сосочкового слоя дермы, поэтому оптические методы дают возможность наблюдать за морфологическими изменениями только в эпидермисе и в верхней части дермы. Ультразвуковое исследование с частотами 22, 30, 75 и 100 МГц, которые проникают в ткани человека до 10–12 мм, позволяет оценить морфологическую картину кожи в целом, включая эпидермис, дерму и подкожную жировую клетчатку. Целью данного исследования являлось изучение возможностей высокочастотного ультразвукового сканирования при исследовании кожи в практике врача косметолога. Проводили ультразвуковое исследование кожи у 20 пациентов с акне, изучали особенности распределения интрадермальных имплантов у 12 пациентов, исследовали кожу у 35 пациентов с рубцовыми изменениями кожи.

В нашей работе мы применяли цифровую систему ультразвуковой визуализации кожи DUB 22-75 производства Taberna pro medicum (Германия) с датчиками 22 и 75 МГц. Аксиальное разрешение датчиков составляло 72 и 21 мкм соответственно. При сканировании с частотой 22 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 10 мм, а при сканировании с частотой 75 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 4–6 мм. При анализе полученных ультразвуковых изображений кожи пациентов определяли количественные параметры: толщину эпидермиса и дермы, размеры сканируемых образований в зоне интереса, акустическую плотность эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки. В процессе работы удалось количественно оценить развитие и регресс элементов угревых высыпаний, рубцовых изменений кожи, а также выявить ряд осложнений после введения препаратов для контурной пластики. Выводы: ультразвуковое сканирование высокого разрешения с частотами 22 МГц и 75 МГц позволяет объективизировать внутренние изменения в эпидермисе, дерме и подкожной жировой клетчатке. Ультразвуковой мониторинг кожи с учетом количественных данных значительно повышает достоверность комплексной оценки эффективности лечения в косметологии.

### Фракционный состав коллагена кожи крыс после инъекций 1% гиалуроновой кислоты

Кононова Н.Ю., Данилова О.В., Чернышова Т.Е.  
Ижевская государственная медицинская академия, Санаторий  
«Металлург», Ижевск

Цель исследования — изучение динамики количества фракционного состава коллагена кожи крыс после инъекций 1% гиалуроновой кислоты.

Материал и методы: для проведения эксперимента беспородные белые крысы — самки были разделены на 2 группы: 1 группа — 24 крысы со средней массой 190,9±23,0 г, 2 группа — 24 крысы со средней массой 294,5±43,4 г. Возраст крысы определяется ее массой тела, поэтому в 1 группе крысы были 1–1,5-годовалые, во 2-й группе возраст крыс был 2–2,5 года. Всем крысам одновременно под эфирным наркозом были проведены 20 внутривенных инъекций 1% гиалуроновой кислоты («TOSKANI Laboratory») папульным способом на участке 6 см<sup>2</sup> в левую реберную область туловища, который накануне был гладко выбрит. По 6 крыс из каждой группы составили контрольные образцы, которым папульным методом вводили физраствор. Крыс из обеих групп выводили из эксперимента через сутки, на 3, 10, 21-й дни, забирая кусочки кожи и подкожных структур в месте введения 1% гиалуроновой кислоты. Контрольную группу крыс вывели из эксперимента на 21-й день. Определение фракций коллагена проводилось следующим образом: ткань взвешивали и готовили гомогенат, добавляя раствор 0,2M NaCl; нейтральносолеорастворимый коллаген (НСРК) экстрагировали 0,2M NaCl при t 4 °C в течение 24 ч. После этого гомогенат центрифугировали и надосадочную жидкость использовали для определения НСРК. Далее к осадку добавляли цитратный буфер pH=3,6; перемешивали и оставляли при t 4 °C на 24 ч, получая при этом экстракт цитраторастворимого коллагена (ЦПК). К экстрактам приливали концентрированную соляную кислоту в таком объеме, чтобы ее конечная концентрация была равна 6N, после этого

подвергали гидролизу при  $t$  106 °С в течение 6 ч в запаянных ампулах. По содержанию гидроксипролина в гидролизатах судили о содержании растворимых фракций коллагена — НСРК и ЦРК. Оставшийся осадок гидролизировали в 6н НСl при  $t$  106 °С в течение 6 ч в запаянных ампулах. О величине нерастворимого коллагена судили по содержанию гидроксипролина в гидролизате. Концентрацию фракций коллагена выражали в миллимолях гидроксипролина на 1кг сухой ткани (ммоль/кг). Гидроксипролин определяли по методу П.Н. Шараева и соавт (1990).

Результаты и обсуждения: состояние метаболизма коллагена в различных органах и тканях определяется взаимодействием процессов анаболизма и катаболизма. На преобладание синтетических процессов указывает увеличение содержания суммарного коллагена и его НСРК и нерастворимой фракции. Катаболические процессы приводят к повышению концентрации свободного гидроксипролина, коллагенолитической активности и ЦРК, а также к снижению суммарного коллагена в тканях. Уровень пептидосвязанного гидроксипролина отражает одновременно степень распада и скорость биосинтеза коллагена (Л.И.Слущкий, 1969; В.В.Серов, А.Б.Шехтер, 1981; Бутолин Е.Г., 1982; В.Б.Спиричев и соавт., 1984; П.Н.Шараев, 2001). В нашем опыте в первой группе крыс уровень общего коллагена в тканях не изменялся ( $p > 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, а во второй группе достоверно ( $p < 0,05$ ) снижался за счет повышения фракции ЦРК и свободного гидроксипролина уже к 10-у дню эксперимента. Повышение этих показателей отражает увеличение скорости распада коллагенов в тканях, что особенно выражено во 2 группе ( $p < 0,05$ ), очевидно, за счет распада «зрелого» коллагена. Содержание свободного гидроксипролина в 1 группе незначительно возрастает к 21-у дню ( $p < 0,05$ ), а во 2 группе происходит значительный рост уже на 3-й день, увеличиваясь в 2 раза к 21-у дню ( $p < 0,01$ ). В первой группе к 10-у дню происходит незначительное повышение НСРК и нерастворимого коллагена ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой и сохраняется на этом уровне до 21-го дня. Во второй группе уже к 3-у дню повышается уровень НСРК, увеличиваясь к 10 и 21-у дню ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой.

Вывод: в данном исследовании обнаружено усиление распада коллагена в тканях крыс на введение 1% гиалуроновой кислоты за счет «зрелого» коллагена, что подтверждается уровнями фракций коллагена, что особенно выражено во второй группе.

## Способы применения миноксидила в лечении андрогенетической алопеции

Рябова В.В., Черных Т.В., Кошкин С.В., Евсеева А.Л.  
Кировская государственная медицинская академия, Киров

Андрогенетическая алопеция — это поредение волос у генетически предрасположенных мужчин и женщин. Причиной развития андрогенного облысения считается повреждающее воздействие тестостерона и его дериватов на фолликулы волос, расположенные в лобно-теменной области. Традиционно для местного лечения андрогенетической алопеции используют миноксидил, механизм действия которого связан с улучшением микроциркуляции и трофики волосных луковиц, стимуляцией перехода волосных фолликулов в фазу анагена. Инъекционное введение лекарственных средств позволяет осуществлять «адресную» доставку, поскольку волосные фолликулы локализируются в дерме. Мезотерапия — метод эстетической медицины, представляющий собой множественные внутрикожные микроинъекции активных веществ в проблемную зону.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности инъекционного способа применения миноксидила у пациентов с андрогенетической алопецией.

Методы исследования: под нашим наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 25 до 42 лет с андрогенетической алопецией. При трихоскопическом исследовании отмечали увеличение количества волос в фазе телогена в лобно-теменной области и снижение индекса анаген/телоген, количество vellusных волос более 30%. Были выделены 2 группы по 13 человек. Пациентам обеих групп проводили общую фармакотерапию (витамины, микроэлементы, биогенные стимуляторы). В первой группе использовали спрей «Алерана» с 5% миноксидилом по 1 мл 2 раза в день. Пациенты второй группы получали еженедельные сеансы мезотерапии, которые включали сосудистый этап с элементами капиллярномезотерапии и собственно трихологический сеанс. Для проведения сосудистого этапа использовали препараты, улучшающие микроциркуляцию (гинго билоба, зеленый чай, центелла азиатика, рутин + экстракт мелилота). Для проведения трихологического сеанса — 2% миноксидил. Мезотерапевтические сеансы проводились еженедельно (6-8 процедур), затем 1 раз в 2 недели (4-6 процедур). Результаты оценили через 3 месяца терапии. Все пациенты отмечали прекращение выпадения, улучшение качества и структуры волос. При трихоскопическом исследовании положительная динамика (уменьшение количества vellusных и истонченных волос) была отмечена в обеих группах, однако во второй группе плотность волосных фолликулов на квадратный сантиметр, диаметр волос и их общее количество было больше. Таким образом, инъекционное применение миноксидила — один из наиболее эффективных методов терапии пациентов с андрогенетической алопецией.

## Биоревитализация как метод профилактики и лечения возрастных изменений кожи

Юцковская Я.А., Наумчик Г.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии, Владивосток

Старение кожи — естественный процесс, однако, обнаруживая первые признаки возрастных изменений на лице, мы стараемся бороться с ними. В основе процесса старения лежит постепенное накопление дефектов в молекулах ДНК, нарастающая дезорганизация физиологических процессов в клетке, которые, в конце концов, приводят организм к гибели. Одной из задач эстетической медицины является поиск новых эффективных методов коррекции признаков старения. Биоревитализация — направление в эстетической медицине, призванное содействовать восстановлению или омоложению организма. На сегодняшний день востребованными являются препараты, которые активно и комплексно воздействуют на патогенетические звенья старения.

На наш взгляд, один из таких препаратов — оригинальный комбинированный препарат Гиалуаль, в состав которого кроме гиалуроновой кислоты входит сукцинат натрия.

Сукцинат, являясь субстратом в цикле Кребса, который происходит в митохондриях, непосредственно влияет на производство АТФ, выполняет функции регулятора физиологических и биохимических процессов, активизирует тканевое дыхание. Кроме того, сукцинат натрия обладает мощными антиоксидантными свойствами.

Исследование препарата проводилось на нескольких учебных базах ведущих медицинских вузов.

В рамках договора с ООО «Юрия Фарм», Украина, на базе ООО «Профессорская клиника Юцковских», г. Владивосток, была проведена постклиническая апробация препарата Гиалуаль с различным содержанием нестабилизированной гиалуроновой кислоты в сочетании с сукцинатом натрия.

Обследовано 12 практически здоровых волонтеров в возрасте от 30 до 50 лет, которым осуществлялось введение имплантов Гиалуаль с целью восстановления уровня влажности кожи, повышения ее эластичности. Использовалась общепринятая техника введения гелевых структур (линейная, папулярная).

Результаты исследования оценивались клинически и посредством неинвазивных методов морфо-функциональной диагностики кожи (корнеометрия (аппарат «Скин-О-Мат», Cosmotomed, Германия), ультразвуковое сканирование кожи — специализированным ультразвуковым дерматологическим сканером DUB TPM (Германия) с датчиком 22 МГц, исследование показателей увлажненности, жирности, эластичности и pH (аппарат Soft plus, Italy), до процедуры, после 2-й процедуры и через 2 недели после 3-й процедуры.

Результаты проведенного исследования показали, что Гиалуаль согласно клиническому наблюдению не оказывает общего воздействия на организм. Клинический эффект развивается непосредственно после первой процедуры. Препарат удобен в применении, вводится достаточно легко, равномерно распределяется в тканях. Клиническая эффективность и субъективная оценка врача и пациента достаточно высоки.

В ходе исследования был выявлен следующий допустимый побочный эффект:

- точечное кровотечение в зоне инъекции, проходящее самостоятельно через некоторое время после инъекции — у 3 пациенток (23,00%).

Дальнейшее наблюдение за пациентами в течение 1 месяца осложнений не выявило.

Ультразвуковое сканирование кожи, корнеометрия, профилометрия подтвердили высокую эффективность процедуры. Через 2 недели после 3-й инъекции введенный препарат в дерме не определялся, отмечалось увеличение толщины, акустической плотности дермы, с равномерным распределением эхосигнала и линейным, компактным расположением волокон. Признаков инфильтрации, изменения сосудистого рисунка не выявлено.

Анализ полученных данных корнеометрии в динамике при применении препарата показал повышение влажности кожи на 36%. Показатели профилометрии свидетельствуют о разглаживании микрорельефа кожи. Обработка полученных данных при обследовании пациентов на аппарате Soft plus в динамике доказывает улучшение физических и химических свойств кожи в результате инъекции препаратов линии Гиалуаль.

Таким образом, постклиническая апробация препарата Гиалуаль подтвердила высокую эффективность данного препарата для восстановления уровня влажности кожи, повышения ее эластичности, усиления метаболических процессов в коже, усиления синтеза структурных белков кожи. Клиническая эффективность препарата сохранялась у всех обследованных пациентов.

Применение препарата Гиалуаль для редермализации показано для эффективной ре-лизации anti-age-программ.

## КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИНТЕНСИВНОГО ДЕЙСТВИЯ

### Косметические средства anti-age: тренды в ингредиентах и законодательство

Пучкова Т.В.

Российская парфюмерно-косметическая ассоциация, Москва

Потребность в эффективных косметических средствах категории anti-age стимулирует научный мир к активному изучению процессов взаимодействия известных ингредиентов с кожей и поиску новых активных веществ. При этом эффективно используются ингредиенты различного происхождения: синтетические, биотехнологические и натуральные.

К 2013 году сформировалось несколько категорий косметических средств интенсивного действия, которые решают проблемы как коррекции внешних признаков старения кожи лица и тела, так и профилактики возникновения возрастных изменений. Современный подход заключается в правильном комбинировании ингредиентов обеспечивающих и достаточную эффективность, и хорошие потребительские свойства, привлекающие покупателей. Существует ряд критериев, по которым косметолог может правильно подобрать и рекомендовать косметические средства для своих клиентов.

Может ли косметика интенсивного действия быть натуральной? Рынок ингредиентов позволяет выбрать и скомпоновать достаточно интересные и действенные растительные комплексы, придающие косметике новые функциональные свойства, но в то же время позволяющие ей считаться натуральной.

Довольно часто в косметике категории anti-age используют фармакологические ингредиенты. Каким образом законодательство регулирует рынок таких средств? Современное законодательство Европы, США, России и Азии различно и особенности маркировки и регистрации средств anti-age являются объектом пристального внимания.

### Опыт терапии гиперпигментации

Буравкова А.Г., Демьянова О.Б.

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

Гиперпигментация — изменение цвета кожи в случае, когда имеется контраст с основным. Наиболее часто встречаются меланиновые гиперпигментации, являющиеся косметическим дефектом, ухудшающим качество жизни пациентов.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность применения топического средства в виде крема «Меланатив».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов (12 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 20 до 62 лет с очагами гиперпигментации. У 6 пациентов высыпания локализовались на коже лица и тыла кистей, у 5 — на тыле кистей, у 3 — на коже лица. Взаимосвязь образования гиперпигментации с инсоляцией отмечали 7 пациентов, с посещением солярия — 2, с применением декоративной косметики — 2, поствоспалительная пигментация выявлена у 3. Всем пациентам 1 раз в сутки после предварительного очищения кожи назначали оригинальный комбинированный крем «Меланатив» («Гленмарк Фармасьютика Лтда»), содержащий  $\alpha$ -арбутин, гликолевую кислоту и дипальмитат койевой кислоты. Длительность лечения составила 1 месяц. Контрольные осмотры пациентов проводили 1 раз в 7 дней в

течение 2 месяцев. По истечении 1 месяца применения крема «Меланатив» полное исчезновение пигментации зафиксировано у 8 пациентов, значительное уменьшение — у 3, и уменьшение — у 3 пациентов. У 11 пациентов наблюдалось визуальное улучшение качественных характеристик кожи (текстуры, увлажненности). Побочные эффекты отмечены у 1 пациента в виде легкого жжения и умеренной эритемы в первые минуты после нанесения крема. Это не потребовало отмены препарата, так как носило проходящий характер.

Выводы. Крем «Меланатив» является эффективным препаратом в терапии гиперпигментации, обладает высокой эффективностью, хорошей комплаентностью и высокой безопасностью.

### Как развивается рынок косметических средств anti-age-2013

Дычева-Смирнова А.

МВА Стокгольмской Школы Экономики

Статистика говорит, что к 2020 году до 20% населения мира будет представлено популяцией людей свыше 60 лет, ныне треть населения США и Европы — старше 45 лет.

Денис Коупланд в небезызвестной книге «Поколение ИКС» писал, что мы тратим молодость, чтобы заработать деньги, а в старости тратим деньги для того, чтобы купить молодость. В этих словах вся квинтэссенция принципов маркетинга косметики anti-age. Для одних это борьба с визуальными признаками старения, для других — это изменение качества жизни. Однако все сводится к языку цифр: продукцию anti-age в прошлом году купило 90 млн американцев... Поэтому практически все, что появляется в индустрии красоты в последние пять лет имеет загадочный атрибут anti-age. В России этот сектор парфюмерно-косметической продукции начали выделять, как самостоятельный с 2002 года. Потенциальная аудитория этой продукции — 16 млн россиян. Еще 8 млн уже покупают косметику anti-age или психологически готовы к ее покупке, а 30% представителей среднего класса в опросах жалуются на страх старости.

### Функциональная диагностика кожи и подбор индивидуальных косметических средств

Щукина Е.В.

Косметологическая лечебница «Институт Красоты», Москва

Интерес к инструментальным методам диагностики кожи растет с каждым годом. Диагностика кожи становится одним из самых эффективных средств, которое обеспечивает не только увеличение продаж косметики и косметологических услуг, но и индивидуальный подход к клиенту. С целью исследования эффективности использования инструментального метода и оценки качества косметических средств, на основе дисперсии эластина, произведенной ООО «Синап», в лаборатории по Изготовлению косметических средств Института красоты была разработана серия косметических композиций: гель очищающий, увлажняющий и защитный крем для жирной увядающей кожи. Обследованы две группы пациенток по 10 человек в каждой в возрасте от 29—52

лет, которые для домашнего ухода в течение 30 дней использовали серию косметических композиций с эластином (опытная группа) и косметические средства без эластина (контрольная группа). Как опытная, так и контрольная серия состояли из очищающего геля, увлажняющего крема и защитного крема.

Результаты оценивали клинически и лабораторно. Лабораторную оценку результативности средств проводили при помощи диагностического прибора «Скин-О-Мат» немецкой фирмы «Cosmotmed», который позволил определить сальность, влажность и кислотно-щелочное равновесие кожи лица пациентов по показателям себуметрии, корнеометрии и pH-метрии. Сальность кожи измеряли в области лба, щек, спинки носа, подбородка. Измерение влажности кожи проводили в области лба, щек, подбородка. Кислотно-щелочное состояние кожи оценивалось в области лба, щек и подбородка. Измерение проводили до начала исследования и в последующие 30 дней с 10-дневным интервалом между измерениями. За 10 минут до измерения пациентов помещали в комнату с постоянной температурой (21° С) и влажностью (40-60%).

Результаты были обработаны по правилам медицинской статистики, при помощи программы BioStat 2008 Pro v5.2.5.0. Установлено, что влажность кожи пациентов опытной группы достоверно увеличилась на всех протестированных зонах лица в среднем на 18%. У пациентов контрольной группы через 30 дней после начала исследования влажность кожи также увеличилась, но менее значительно — на 9%. В опытной группе сальность практически не изменилась (в пределах ошибки опыта). В контрольной группе лабораторно увеличение сальности было подтверждено только у трех пациенток. Значимых колебаний pH не было отмечено в обеих группах (pH в пределах нормы). Полученные нами результаты дают основания считать серию композиций с эластином для домашнего ухода за увядающей жирной кожей действенной. Лабораторная оценка результативности средств при помощи диагностического прибора «Скин-О-Мат» немецкой фирмы «Cosmotmed» была адекватна поставленным задачам. Имела четкие диагностические критерии. Принципы измерений и их связь с физиологическими характеристиками научно обоснованы и понятны врачу. Метод воспроизводим и эффективен.

## ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

### Комплексное лечение угревой болезни

Башмалух Н.В.

Клиника эстетической медицины «Классика», Оренбург

Цель работы: изучить эффективность влияния лазерной энергии в сочетании с микротоковой терапией и наружным лечением при лечении акне. Задачи: отобрать группу из 20 пациентов с различной степенью тяжести акне.

Материалы и методы: неодимовый лазер (Nd:YAG) с длиной волны 1064 нм системы Fotona SP Dynamis, аппарат для микротоковой терапии Bio Ultimate Gold. Все пациенты были предварительно обследованы на предмет сопутствующей патологии. Первой группе из 10 пациентов (контроль) проводилось только дерматологическое лечение наружными средствами. Второй группе из 10 пациентов (опыт) было проведено лечение акне Nd:YAG лазером в сочетании с микротоковой терапией. На первом этапе всем пациентам рекомендовалась экстракция открытых и закрытых комедонов, пустул. В этот же день проводилось лечение по следующей схеме: лазерное лечение сканером по всей площади кожи лица и микротоковая терапия по программе биомаска антиакне. Лазерное лечение проводилось трехдневными циклами: 3 дня подряд — 3 дня перерыв — 3 дня подряд. Количество циклов определялось индивидуально для каждого пациента в зависимости от степени тяжести течения заболевания. Микротоковая терапия проводилась через день № 10. Неудовлетворительные результаты были получены у двух пациентов с узлово-кистозной формой акне тяжелой степени, где понадобилось назначение системных ретиноидов.

Выводы: 1) отмечался выраженный положительный результат от проведенного курса лечения (новые высыпания не появлялись после первого цикла процедур). 2) данная схема лечения эффективна для акне легкой и средней степеней тяжести. 3) выраженный эстетический результат (разрешились высыпания и вторичные эритематозные пятна, элементы постакне при пальпации стали более эластичными).

### Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система для диагностики заболеваний кожи

Бородкин А.В., Лощенов М.В.

ЗАО «БИОСПЕК», Москва

Флуоресцентная диагностика (ФД) с применением фотосенсибилизирующих препаратов является одним из наиболее перспективных направлений в современной дерматологии для выявления предраковых заболеваний кожи и злокачественных новообразований на ранних стадиях. Метод характеризуют высокая диагностическая достоверность и возможность получения количественных результатов в режиме реального времени. Однако широкому развитию такого подхода мешает недостаток, связанный с условиями проведения диагностического сеанса: необходимость полного «затемнения» кабинета для получения точных результатов. Стробоскопическая методика позволяет устранить этот недостаток. Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система состоит из набора мощных светодиодов, излучающих в синем (405 нм), зеленом (530 нм) и красном (630 нм) диапазонах спектра. За счет конфокального расположения источников света,

возбуждающих флуоресценцию, удалось избавиться от теней и бликов, которые могли исказить флуоресцентную картину и этим самым затруднить проведение диагностики. Светодиоды формируют равномерно распределенное по площади излучение с диаметром пятна 8 см на расстоянии 10 см от исследуемого участка. Каждое по отдельности излучение используется для возбуждения флуоресценции в новообразованиях, а при помощи высокочувствительной монохромной камеры регистрируется распределение флуоресценции в длинноволновой области спектра (начиная с 660 нм). За счет последовательной комбинации возбуждающего излучения и оптического отклика исследуемого участка система позволяет значительно точнее определить границы новообразования. Для объективной оценки получаемой флуоресцентной картины все флуоресцирующие участки кожи (потенциальные новообразования) окрашиваются в красный цвет, а окружающие области оставлены без изменения. Апробация системы показала высокую диагностическую эффективность при минимальных концентрациях фотосенсибилизаторов.

### Перспективы применения импульсного излучения для фотодинамической терапии заболеваний кожи

Васильченко С.Ю., Лощенов В.Б., Иванова М.С., Ахтямов С.Н., Васенова В.Ю., Кузьмин С.Г.

ЗАО «БИОСПЕК», Институт общей физики, Москва

Флуоресцентная диагностика (ФД) и фотодинамическая терапия (ФДТ) являются неинвазивными методами диагностики и лечения различных заболеваний как онкологического, так и неонкологического генеза. В работе представлены результаты применения импульсного излучения для ФДТ заболеваний кожи: кератозы (17 пациентов), длительно незаживающие гнойные раны (11 пациентов), трофические язвы (8 пациентов)). Схема сеанса ФДТ включала аппликацию 10%-го раствора препарата Аласенс® (5-аминолевулиновая кислота) с последующим облучением импульсным или комбинированно импульсным-непрерывным излучением с использованием установки «УФФ-630/675-01-БИОСПЕК». Контроль накопления препарата и ФДТ осуществлялся методами флуоресцентной спектроскопии с применением волоконно-оптического спектроанализатора «ЛЭСА-01-БИОСПЕК». Показано, что применение импульсного излучения значительно увеличивает эффективность ФДТ, а также уменьшает болевой синдром при облучении. Также было установлено, что комбинированное применение импульсного и непрерывного излучения позволяет развить фотодинамический эффект в более глубокие слои биоткани. Работа поддержана Правительством Москвы.

### Применение лазера «Яхрома-Мед» в лечении бородавок

Ведерникова И.С., Рябова В.В., Кошкин С.В., Черных Т.В.

Кировская государственная медицинская академия, Киров

В последнее время специалисты уделяют большое внимание вопросам лечения папилломавирусной инфекции человека. Это связано с неуклонным ростом ее распространенности и доказанным участием в развитии новообразований. В настоящее время не существует

терапии, полностью удовлетворяющей и врача, и пациента. Лазерная деструкция является одной из наиболее эффективных методик, оптимально сочетающих хирургические эффекты с минимальным термическим повреждением нормальной кожи при достаточно глубоком проникновении излучения в ткани. К преимуществам лазерных технологий относят безопасность, удобство в работе, быструю реабилитацию пациентов. Под нашим наблюдением находились 115 пациентов с бородавками, из них: 40 с обыкновенными бородавками (группа 1); 48 с подошвенными (группа 2); 27 с плоскими (в т.ч. на красной кайме губ) (группа 3). Возраст пациентов варьировался от 18 до 66 лет, длительность заболевания от 1 месяца до 4 лет. Для удаления вирусных образований кожи применяли лазерный аппарат на парах меди «Яхрома — Мед». Процедуры проводили амбулаторно. Перед деструкцией выполняли инфильтрационную анестезию 2% раствором ультракаина. При наличии выраженного гиперкератоза (подошвы), избытки кожи удаляли медицинским скальпелем. Деструкцию осуществляли бесконтактным способом в непрерывном режиме работы аппарата, сканирующими движениями световода (длина волны 578 нм — желтая, мощность 1,2 Вт). Время воздействия составляло от 30 сек до 2 минут в зависимости от размеров элемента. Лечение подошвенных бородавок проводили на смешанной длине волны (511 нм + 578 нм); мощность — 3,2 Вт в непрерывном режиме. При необходимости проводили повторное облучение до полного удаления патологической ткани. Для ускорения эпителизации использовался гель «Эгаллохит». Результаты лечения оценивали по радикальности удаления, срокам эпителизации, частоте появления побочных эффектов (через 72 часа, 14 суток и 6 месяцев). В первой группе через 72 часа после деструкции отек сохранялся у 5 человек (12,5%), у всех пациентов появились серозные корочки; через 14 суток у всех пациентов наступила полная эпителизация, у 2 (5,0%) сохранялась незначительная гиперемия. Во второй группе через 72 часа отек и мокнутие сохранялись у 7 человек (14,6%). Через 14 суток у всех пациентов наступила полная эпителизация, у 4 (8,3%) в месте воздействия образовался рубец. В третьей группе: через 72 часа после деструкции у 15 (55,5%) человек в очаге наблюдали серозную корочку; через 14 суток: у всех пациентов — полная эпителизация. Окончательный результат терапии оценили через 6 месяцев. Полная деструкция новообразования отмечена у 104 пациентов (90,4%). Рубец образовался у 4 человек из второй группы, что составило 3,5% от общего количества пациентов. В третьей группе у 1 пациента отмечена поствоспалительная гиперпигментация, что от общего количества составило 0,87%. Таким образом, наше наблюдение показало высокую эффективность лазера на парах меди «Яхрома Мед». Преимуществами данного метода является минимальный риск образования рубцов и травмирования окружающих тканей. Процедура непродолжительна по времени, бескровна, легко выполнима в амбулаторных условиях. Учитывая хорошую переносимость процедуры и отсутствие возрастных противопоказаний, лазерная деструкция является приоритетной для лечения бородавок.

### **Объективный метод оценки тяжести течения и эффективности лечения у больных акне**

Галкина Е.М., Долотов Л.Е., Утц С.Р., Давыдова А.В.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Акне является одним из самых распространенных кожных заболеваний, которое поражает около 85% лиц пубертатного и 25% активного

репродуктивного возраста. Наиболее часто поражаются те участки кожи, которые имеют большое количество сальных желез — это лицо, верхняя часть груди и спина. Распространенность и тяжесть высыпаний в данных зонах 92%, 45% и 61% соответственно. В патогенезе акне выделяют следующие составляющие: генетическая предрасположенность, повышенная секреция андрогенов, гиперпродукция кожного сала с измененными химическими свойствами, гиперкератоз, размножение *Propionibacterium acnes* в сально-волосяных фолликулах с последующим развитием в них воспаления.

Целью исследования явилась разработка метода визуализации поражения кожи у больных акне и оценка эффективности его применения для определения результатов лечения.

Материалы и методы. В настоящее время существует несколько классификаций выраженности проявлений поражения кожи при акне, однако количественное определение степени выраженности патологического процесса по-прежнему остается нерешенной проблемой. Чаще для этого используют прямую визуальную оценку или снимки, сделанные фотоаппаратурой со стандартными вспышками. Однако оба этих метода субъективны, следовательно, клиническая оценка отдельных элементов на коже и оценка степени тяжести данного заболевания не точны. В данном исследовании оценивалась интенсивность аутофлуоресценции кожи у больных акне с использованием электронного фотографического устройства «Селкол». Измерялось пространственное распределение флуоресценции эндогенных порфиринов кожи. Выявляемое интенсивное красное люминесцентное излучение отчасти связано с высоким содержанием протопорфирина IX, продуцируемого *Propionibacterium acnes* в открытых комедонах и воспаленных фолликулах. Обработка полученных изображений производится в программе ImageJ в ручном режиме для определения оптимального алгоритма. Под наблюдением находились 40 пациентов (24 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 19 до 23 лет с легкой и средней степенью тяжести акне. Оценка степени тяжести производилась на основе классификации G.Plevig, M. Kligman, (2004). Больные были поделены на 2 группы по 20 человек каждая. Первая группа получала только наружную терапию изотретиноином в сочетании с эритромицином. Вторая группа получала системные антибактериальные препараты (доксациклин) совместно с наружным лечением. Флуоресцентное фотографирование производилось на 1, 3, 6-й неделе лечения. Результаты. За 6 недель лечения в обеих группах наблюдалось улучшение клинической картины. Однако в первой группе, получавшей монотерапию наружными средствами, выраженность флуоресценции оказалась интенсивнее, чем во второй группе, где применялось также и системное лечение.

Вывод. Численное инструментальное определение интенсивности аутофлуоресцентного свечения высыпаний при акне помогает оценивать степень тяжести данного заболевания и эффективность проводимого лечения. Применение к клинической практике метода оценки интенсивности флуоресцентного свечения с использованием электронного фотографического устройства «Селкол» является эффективным, безопасным, способствует получению адекватной оценки степени тяжести процесса и возможной коррекции проводимой терапии.

### **Применение лазеротерапии синим светом (405 нм) в комплексном лечении акне**

Галкина Е.М., Утц С.Р., Райгородский Ю.М.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Акне является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи. В патогенезе заболевания существенную роль играет фолликулярный гиперкератоз, который способствует застою себума, выделяемого в большом количестве сальными железами с повышенной чувствительностью к андрогенам. На сегодняшний день фототерапия синим светом (405 нм) является одним из новых и эффективных методов лечения акне. Известно, что *Propionibacterium acnes* выделяют копропорфирин 3, активация которого под действием голубого спектра приводит к образованию в бактериальной клетке свободного кислорода, разрушающего данную бактерию.

Цель исследования — оценка эффективности лазеротерапии акне синим светом (405 нм) в качестве монотерапии и в составе комплексного лечения.

Материалы и методы. Для лечения мы использовали лазерное физиотерапевтическое устройство с излучением в фиолетовой области спектра «Лазурит» (Саратов). Обследовано 43 пациента в возрасте от 18 до 26 лет с легкой и средней степенью тяжести акне (оценка степени тяжести производилась на основе классификации G.Plewig, M. Kligman (2004). Длительность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 4 лет, средний возраст пациентов составил 22 года. Больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 15 пациентов, которые получали стандартные методы лечения (наружные антибиотики, бензоил пероксид, витамины). Во 2-ю группу — 13 пациентов, получавшие системные антибиотики (клиндамицин в дозе 300 мг 1 раза в сутки в течение 14 дней) в сочетании с фототерапией синим светом. В 3-й группе пациенты (15 человек) получали монотерапию синим светом. Все сеансы фототерапии проводились 2 раза в неделю в течение 4 недель по 15 минут. В результате проведенной терапии в 1-й группе полный регресс высыпаний наступил у 1 (6%) пациента, у 7 (48%) пациентов наблюдалось значительное улучшение клинической картины, у 6 (40%) пациентов — умеренное улучшение, у 1 (6%) пациента отсутствие эффекта от лечения. Во 2-й группе у 10 (80%) человек наступил полный регресс высыпаний, у 3 (20%) человек отмечалось значительное улучшение. В 3-й группе полный регресс заболевания был достигнут у 6 (40%) человек, у 5 (30%) отмечалось значительное улучшение, у 3 (24%) пациентов — улучшение, и лишь в одном случае (6%) клиническая картина осталась без видимой динамики. Для оценки эффективности лечения производилось исследование аутофлуоресценции кожи в области высыпаний с использованием электронного фотографического устройства «Селкол». Фотографирование производилось на 1-й, 2-й и 4-й неделях лечения. В результате на фотографиях, сделанных на 1-й неделе исследования, у всех пациентов исследуемых групп отмечалось интенсивное красное свечение в области комедонов, папуло-пустулезных высыпаний. На 4-й неделе интенсивность красного свечения практически отсутствовала у пациентов 2 группы, была минимальной у пациентов 3 группы сравнения. У пациентов 1 группы имелись участки красной флуоресценции той же интенсивности, что на 1-й неделе исследования.

Результаты. Полный регресс заболевания был достигнут только у тех пациентов, которые получали фототерапию синим светом (405 нм) (2 и 3 группы сравнения). При этом на фоне лечения изменялась интенсивность красной флуоресценции в области высыпаний. Максимальное ее уменьшение было достигнуто в 2 группе, получавшей комбинированную терапию системным антибиотиком в сочетании и фототерапией. Заключение. Анализируя полученные данные можно сделать вывод, что лазеротерапия синим светом (405 нм) является эффективным, безопасным методом лечения акне. Это доказывает инструментальный метод визуализации, основанный на

выявлении красного свечения, интенсивность которого напрямую зависит от количества *P. acnes*. Это свидетельствует о том, что лазерная терапия способна встать в один ряд с классическими методами лечения акне.

## Функциональные показатели кожи у пациентов с акне vulgaris и акне rosacea

Давыдова А.В., Моррисон А.В., Утц С.Р., Галкина Е.М.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Среди дерматозов, вызывающих максимальный психологический дискомфорт и социальную дезадаптацию, акне и розацеа занимают особое место. Цель исследования — провести комплексную оценку функционального состояния кожи (кислотность, жирность, влажность, эластичность) у пациентов с акне vulgaris и акне rosacea.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с диагнозом эрите-матозно-папулезная стадия розацеа (I группа) в возрасте от 26 до 45 лет, среди которых было 4 (13%) мужчины и 26 (87%) женщин. Давность заболевания на момент первичного обращения составляла от 0,5 до 20 лет. 30 пациентам был поставлен диагноз акне II степени тяжести (II группа), (возраст — от 18 до 26 лет, из них лиц мужского пола 20%, женского — 80%). Продолжительность заболевания составляла в среднем 2,5 года. Всем пациентам была проведена комплексная оценка функциональных параметров кожи на аппарате «Soft Plus v 1.2.3» (компании Callegari S.p.A, Италия) с последующей компьютерной обработкой результатов тестирования. Получены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между исследуемыми показателями пациентов с акне и розацеа.

Результаты. Исходя из параметров себуметрии, пациенты всех групп наблюдения были разделены согласно типу кожи на сухой, нормальный и тип, склонный к жирности. В нашей выборке больных с эритематозно-папулезной стадией розацеа с типом кожи, склонной к жирности, — 50%, немного в меньшем количестве наблюдался сухой тип — 37,5%, нормальный тип был отмечен у 12,5% обследованных. У пациентов с акне II степени тяжести в 87% случаев выявлен тип кожи, склонный к жирности и в 13% — нормальный тип кожи. По данным кутометрии не отмечалось выраженного изменения показателей эластичности кожи ни в одной из групп. При проведении корнеометрии отмечалось изначальное снижение параметров гидратации независимо от группы наблюдения в среднем на 10%. Исследование значений pH кожи у пациентов с акне II степени тяжести колебалось в среднем от 6,2 до 5,5, а у пациентов с эритематозно-папулезной стадией розацеа — от 5,9 до 4,5. Достоверных статистически значимых гендерных различий у пациентов с акне и розацеа не выявлено. Выводы: У пациентов с акне vulgaris по сравнению с акне rosacea наблюдается повышение показателей себуметрии (в норме 100—220 мкг/см<sup>2</sup>), которые в среднем составили 245 мкг/см<sup>2</sup>. У 87% больных с акне II степени тяжести наблюдалось смещение слабокислого в норму pH в щелочную сторону, тогда как у 80% пациентов с эритематозно-папулезной стадией розацеа показатели pH сохраняли нормальное значение. Пациентам с эритематозно-папулезной стадией розацеа и акне II степени тяжести рекомендуется комплексное обследование с определением параметров функциональных показателей кожи не только для дальнейшего назначения системной терапии, но и правильного подбора средств базового ухода.

## **Сравнительная оценка состояния микроциркуляторного русла кожи лица у больных розацеа с использованием лазерной доплеровской флоуметрии**

Давыдова А.В., Моррисон А.В., Утц С.Р., Галкина Е.М.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Существенную роль в патогенезе розацеа многие исследователи отводят нарушениям регионального кровоснабжения и микроциркуляции, в основе которых лежит эндотелиальная дисфункция, приводящая к спазму сосудов, усиленному тромбообразованию и ускоренной адгезии лейкоцитов к эндотелию. Цель исследования: изучение показателей локального кровотока в областях пораженной и непораженной кожи лица на различных стадиях розацеа в сравнении с показателями микроциркуляции кожи здорового человека методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с учетом топографо-анатомических особенностей периферийного кровоснабжения биотканей.

Материалы и методы. Аппаратом ЛДФ, разработанным нами совместно с кафедрой оптики и биофотоники ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», обследованы 20 человек (контрольная группа) в возрасте от 20 до 56 лет без признаков поражения кожи, с относительно стабильной центральной гемодинамикой и нормальными показателями, отражающими реологические свойства крови. Аппарат ЛДФ имеет два источника излучения в красном ( $650 \pm 30$  нм) и в ближне-инфракрасном ( $805 \pm 50$  нм) диапазонах спектра. Регистрация излучения осуществлялась четырьмя приемными волокнами, расположенными на расстояниях 1, 2, 3 и 4 мм от освещающего волокна. Состояние сосудов микроциркуляторного русла исследовали в четырех точках кожи лица — в середине лба, в области центра щеки справа и симметричной точке щеки слева и области подбородка. Сравнение полученных показателей проводили с данными локального кровотока в областях пораженной и непораженной кожи 20 больных розацеа в возрасте от 26 до 57 лет с эритематозно-телеангиэктатической (15%), эритематозно-папулезной (60%), эритематозно-папулезно-пустулезной (25%) формами розацеа, без сопутствующего демодекоза. Рассчитывали среднее значение показателя микроциркуляции, его среднеквадратическое отклонение и коэффициент вариации.

Результаты: сравнение основных показателей микроциркуляции, зарегистрированных в коже центральной области щеки справа и слева методом ЛДФ, не выявило достоверных статистических различий между ними. ПМ справа составил  $12,39 \pm 0,21$  перф. ед., а слева —  $12,38 \pm 0,16$  перф. ед. ( $p > 0,05$ ). Коэффициент асимметрии для ПМ составил 0,009, что свидетельствует об отсутствии различий. Значения основных параметров микроциркуляции крови кожи лица варьировались в довольно широких пределах. Значения показателя микроциркуляции (ПМ) в коже лба колебались от 7,68 пф. ед. до 12,16 пф. ед., составляя в среднем  $9,92 \pm 0,54$  пф. ед., в области центра правой щеки — от 9,5 до 15,29 пф. ед., в среднем —  $12,39 \pm 0,21$  пф. ед., в области центра левой щеки — от 8,97 до 15,80 пф. ед., в среднем —  $12,38 \pm 0,16$  пф. ед., а в области подбородка — от 4,63 до 9,22 пф. ед. в среднем —  $6,93 \pm 0,54$  пф. ед. При увеличении численного значения среднего квадратического отклонения ( $\sigma$ ) повышается активность функции регуляторных механизмов. А коэффициент вариации (К), соотношение  $\sigma/\text{ПМ} \times 100\%$ , характеризует активность сосудов микроциркуляторного

русла и определяет в основном процентный вклад вазомоторного компонента в общую модуляцию тканевого кровотока. Чем он выше, тем больше вазомоторная активность сосудов. При сравнении показателей микроциркуляции контрольной группы и больных розацеа выявлено повышение объемной скорости капиллярного кровотока в области пораженной кожи лица. Числовые значения данного параметра при эритематозно-телеангиэктатической форме составили в среднем  $18,42 \pm 0,58$  пф. ед., при эритематозно-папулезной и эритематозно-папулезно-пустулезной формах —  $19,35 \pm 0,46$  пф. ед. Для индивидуализации лечения розацеа рекомендуется выполнять диагностику состояния микроциркуляции кожи лица пациентов посредством доплерографического исследования с оценкой скорости кровотока, распределения эритроцитов в зондируемом объеме ткани и изменения перфузии.

## **Патогенетическое обоснование фототерапии акне**

Демина О.М.  
Факультет усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии, Москва

Цель: изучить показатели неспецифической резистентности и клеточных факторов у больных тяжелыми формами акне и оценить их динамику при фототерапии.

Материалы и дизайн исследования: 78 больных акне vulgaris, подразделенные на две группы: I — основная — пациенты (58; 74,4%), получавшие фототерапию, ее вариант — фотодинамическую терапию (ФДТ) с активацией эндо- и /или экзогенных фотосенсибилизаторов (ФС) — в качестве экзогенного ФС применяли производное 5-АЛК. Для проведения ФДТ использовали светодиодное видеофлуоресцентное устройство, длина волны 630 нм, мощность 40 мВт. Облучение пораженных участков кожи проводили при плотности энергии 36 Дж/см<sup>2</sup>. II группа — контрольная — (20; 25,6%), получали традиционное лечение.

Методы исследования: общеклинические, иммунологические, спектрофотометрический, метод статистического анализа.

Результаты и выводы: выявленный у больных акне до лечения дисбаланс показателей иммунитета свидетельствует о развитии сочетанной вторичной иммунологической недостаточности. В результате курсовой ФДТ произошла нормализация показателей фагоцитоза, а также достоверная коррекция параметров IL-1 $\alpha$  и VEGF. На основании анализа полученных результатов больных акне показано, что клиническая ремиссия и значительное улучшение на фоне ФДТ было достигнуто у 96,6%, что подтверждает наличие у данного вида терапии существенного иммуномодулирующего, противовоспалительного и регулирующего уровень сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) эффектов.

## **Использование лазера при возрастных изменениях кожи**

Жукова О.В., Котенко К.В., Мухина Е.С.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Со временем кожа, как и другие органы, подвергается старению. Этот сложный биологический процесс связан с истощением биоресурсов организма. Его изучение выходит за рамки косметологии как раздела дерматологии и затрагивает целый ряд специальностей. Помимо коррекции инволюционных изменений кожи, основной задачей современной косметологии является предупреждение развития ее преждевременного старения. Одной из причин снижения эластичности, плотности и тонуса молодой кожи является снижение с возрастом концентрации собственной гиалуроновой кислоты, вызывающее дегидратацию. У женщин с 30-35 лет начинает снижаться уровень гиалуроновой кислоты в коже. Кроме возрастного старения, на это влияют воздействия ультрафиолетовых лучей, перенесенных болезней, агрессивного пилинга или резкого снижения веса. Признаками возрастных изменений кожи являются появление новых и увеличение глубины старых морщин, уменьшение толщины, плотности и тонуса кожи, увеличение ломкости кровеносных сосудов. Биоревитализация — это метод восполнения запасов гиалуроновой кислоты в тканях, один из наиболее доступных и простых способов нехирургического омоложения кожи и коррекции морщин. Применение лазерной биоревитализации не требует специальной подготовки зоны воздействия, не имеет противопоказаний и реабилитационного периода, не вызывает осложнений, побочных эффектов и аллергических реакций, а результаты видны уже после первых процедур. Нами были изучены особенности гистологических, ультраструктурных и ультрасонографических характеристик инволюционно измененной кожи в процессе применения лазерной биоревитализации, проведена оценка переносимости и терапевтической эффективности метода на основании полученных результатов.

Цель работы: изучить динамику параметрических показателей кожи при использовании низкоинтенсивного атермического лазера в сочетании с гелем низкомолекулярной гиалуроновой кислоты у группы женщин от 30 до 70 лет с признаками старения кожи лица. Материалы и методы: в данное исследование были включены 40 женщин с инволюционными изменениями кожи лица в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст 46 лет). Пациенткам был проведен курс процедур лазерной биоревитализации в сочетании с нанесением геля низкомолекулярной гиалуроновой кислоты. Методика проводилась согласно протоколу. Курс составил 10 процедур с интервалом в 7 — 10 дней. Анализ результатов проводился с учетом субъективных оценок, параметрических показателей кожи (рН-метрия, себометрия, корнеометрия, эластометрия, визиосканирование, ультразвуковое сканирование), данных конфокальной лазерной сканирующей микроскопии в стандартизированных точках до и после проведенного курса биоревитализации.

Результаты и обсуждение: побочных эффектов в процессе проведения процедур не выявлено, переносимость методики хорошая, эффективность на субъективном уровне большинством пациенток оценена как очень высокая. Данные, полученные при неинвазивных методах диагностики, показали тенденцию к нормализации показателей кожи, таких как рН, уровень липидов, степень гидратации, эластичности, шелушения, неровности рельефа, гладкости и выраженности морщин, плотности дермальных структур. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия у всех пациенток показала увеличение толщины рогового слоя, уменьшение на его поверхности количества чешуек (высокорелактерных частиц), при этом архитектура и нормальная структура клеток на всех уровнях сканирования не нарушалась. Распределение структур при сканировании дермы было равномерным.

Выводы: использование низкоинтенсивного атермического лазера в сочетании с нанесением геля низкомолекулярной гиалуроновой

кислоты у группы женщин является безопасной и достоверно эффективной методикой биоревитализации инволюционно измененной кожи лица.

## **Сравнительная оценка эффективности омоложения кожи лица после воздействия лазерами: эрбиевого и на парах меди**

Ключарева С.В., Данилов С.С., Пономарев И.В., Селиванова О.Д. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург

Сегодня огромное количество эпидемиологических и лабораторных данных свидетельствуют о том, что солнечное излучение и другие источники УФ-радиации играют основную роль в появлении таких изменений кожи, как морщины, дряблость, пятнистая пигментация различной формы и цвета, телеангиоэктазии. Эти проявления на коже вызывают повышенный интерес к методам предупреждения и лечения подобных состояний.

Целью работы являлась оценка лечебного эффекта лазерного прибора на парах меди «Яхрома-Мед», длина волны 578 нм. «Яхрома-Мед» генерирует одновременно излучение двух длин волн: зеленой (511 нм), которая сильно поглощается меланином, и желтой (578 нм), которая совпадает с пиком поглощения оксигемоглобином. Зеленый свет применяется для воздействия на пигментированные образования, а желтый — на сосудистые образования. Этот лазер характеризуются высокой мощностью и очень коротким импульсом продолжительностью 20-30 нс. Интервал между импульсами — 60 мкс. Мощность на выходе световода до 2 Вт. Диаметр светового пятна на коже пациента — 600 мкм. И Fractional™ Sellas с длиной волны 1550 нм, в котором используется система «выборочного распределения лучей», псевдохаотичный процесс формирования микроотечек с итоговым равномерным нанесением заданного количества зон на область обработки.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 36 пациентов, в возрасте от 35 -60 лет, группа А — 18 человек, получавших терапию в виде импульсного воздействия на кожу «Яхрома-Мед» 1,2 ВТ , 0,1 сек., выполнялось две процедуры с интервалом 2 недели. Анестезия перед процедурой не требовалась. Группа В — 18 человек — проведение процедур, 3-6 сеансов, 160-256 ррА/10 мж в режиме Stamp + прохождение Moving, с интервалом 4 недели. Результаты терапии оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), которая считается наиболее чувствительным и воспроизводимым методом для клинической оценки старения кожи, подвергающейся воздействию солнечного излучения. ВАШ с фиксированными конечными точками, обозначающими концы поля исследования, использовались при оценке по фотографической шкале. Исследователь оценивал уровень морщин в области гусиной лапки (латеральная пери-орбитальная область) и общее старение лица в целом, вследствие воздействия солнечного излучения (наличие телеангиэктазий, гиперпигментации). Оценка проводилась в начале исследования и после 3, 6, 9 и 12 месяцев лечения. Также использовалась цветная фотография лица, включая прицельное фотографирование области гусиной лапки. Для измерения толщины и плотности кожи использовался датчик; Dermascan С с разрешением 20 МГц (Cortex Tech-nology, Hadsund, Дания) с постоянным моментом вращения. Показания снимались на коже лба, в области надпереносья. С помощью ультразвукового датчика были измерены следующие величины: толщина эхо-входа (глубина проникновения; сигнала), папиллярные сосочки (эхо-ненасыщенная

полоса), ретикулярная дерма (эхо-насыщенная полоса), волосистая часть колеи головы. После 3 месяцев исследования, предварительные анализы не показали сколько-нибудь значительных различий в какой-либо из групп. Эксплоративный статистический анализ показал при ультразвуковом исследовании увеличение плотности дермы ( $P = 0,02$ ) и уменьшение четких морщин, измеренных профилометрией ( $P = 0,01$ ) в группе А и В. Тем не менее, наблюдалось значительное различие между группами ( $P = 0,06$ ) после первой процедуры. Среднее изменение по ВАШ показало значительное улучшение при оценке исследователем состояния четких морщин в области гусиной лапки ( $P = 0,015$ ), а также при оценке общего состояния кожи лица ( $P = 0,025$ ) в группе А. При добровольных самооценках отмечалось значительное улучшение общего состояния кожи ( $P = 0,031$ ). При этом, по данным фотографирования обнаружено значительное улучшение после 12 месяцев исследования по всем параметрам в обеих группах, описывающим кожные изменения, связанные с воздействием солнечного излучения ( $P < 0,05$ ).  
Заключение. Настоящее исследование показывает, что лазерное воздействие может улучшать клинические признаки и структуру кожи, стареющей из-за воздействия солнечного излучения. При этом положительная динамика наступает быстрее (после первой процедуры) после воздействия на кожу аппаратом на парах меди «Яхрома-Мед», но в целом отдаленные наблюдения показали, что и после воздействия на кожу прибором Sellas результаты оцениваются как положительные.

### **Частота развития осложнений после лазерных косметических процедур и их коррекция**

Ключарева С.В., Нечаева О.С., Шумская О.Г.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра дерматовенерологии, Санкт-Петербург

Косметология — молодая специальность, которая активно развивается преимущественно в области инвазивных методик (различные высокоэнергетические лазерные системы, механическая дермабразия, плазменная шлифовка, пилинги и т.д.). Причины возникновения осложнений можно разделить на две большие группы. 1. Обусловленные несоблюдением пациентом рекомендаций врача по тактике ведения послеоперационной лазерной раны. 2. Обусловленные нарушением принципов и тактики рационального использования косметической процедуры (неадекватный выбор метода лечения, неправильный расчет режимов).

Целью нашего исследования явилось: проанализировать частоту развития ранних осложнений и эффективность их коррекции препаратом «Эгаллохит» (который содержит 10% эпигаллокатехин-3-галлата) при косметологических процедурах омоложения: фраксель-методика; фотоомоложение; эпиляция волос. Доказано, что препарат Эгаллохит подавляет активность киназ и факторов роста, передающих сигналы усиления синтеза коллагена, подавляет синтез провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО), что приводит к уменьшению воспалительных эффектов (эритемы и зуда) связанных с термическим поражением кожи. Под нашим наблюдением находилось более 1 тысячи пациентов, прошедших подобные процедуры. В исследовании приняли участие лица обоего пола в возрасте от 18 до 59 лет. Отбор больных для включения в программу исследования производился среди пациентов, самостоятельно обратившихся в клиники Санкт-Петербурга. Далее были сформированы группы пациентов с использованием критериев

включения (исключения), подобранных случайным образом (использование метода рандомизации) с участием контрольной группы. Таким образом, было выделено 338 человека: 92 пациента прошедших фраксель-методику по поводу увядающей кожи лица, 68 пациентов получала терапию — фотоомоложение по поводу старения кожи, 114 пациентов, прошедших лазерную эпиляцию волос, 64 пациента — контрольная. У всех пациентов сразу после процедуры проводилась визуальная оценка состояния кожи. Оценивалось появление эритемы и отека.

Методы исследования: получение информации — данные клинического наблюдения (объективный метод). Анкетирование (субъективный метод). Методики: качественный и количественный анализ вероятности возникновения осложнений в процессе лечения и после него в группах сравнения, в зависимости от использованного метода. Текущая оценка результатов — регистрация возможных вариантов осложнений в группах сравнения. Представление результатов — сравнительная оценка частоты встречаемости изучаемых явлений в группах испытуемых, представляемая в абсолютных и относительных единицах в первый день наблюдения. Таблица 1 Частота развития осложнений после косметических процедур в группах сравнения Процедура/п 338 Эритема Отек Абс. число /% Абс.число /% Фраксель— п 92 92 100 86 93 Фотоомоложение п 68 64 94 44 65 Лазерная эпиляция волос п 114 98 86 45 39 По данным таблицы 1 отмечается значительный процент появления ранних осложнений в виде эритемы в 100% случаев после фраксель-методики и отека до 94% при мезотерапии, при лазерной эпиляции волос, что подтверждает необходимость применения срочных медикаментозных высокоэффективных методов терапии этих проявлений. Далее все пациенты получали наружно крем Эгаллохит (по схеме: сразу после процедуры, затем 1 раз на следующий день и на 2—5-й день если была необходимость при распространенных очагах поражения — нижние конечности после эпиляции волос). Все пациенты отметили улучшение после нанесения наружного средства: гиперемия и отек значительно уменьшились через 2-6 часов у 78%, практически разрешились через 12 часов у 98%, что подтвердило правильность нашего выбора в ведении пациентов после косметических процедур в практике врача косметолога.

Заключение. В ходе наших исследований было еще раз подтверждено, что при проведении различных агрессивных методик на коже (высокоэнергетические лазерные процедуры и т.д.) практически в 100% случаев развиваются ранние осложнения, среди которых преобладают отек и гиперемия кожи. Эти осложнения развиваются сразу после процедуры и могут сохраняться до 10 дней, принося пациентам значительные неудобства как косметические, так и психологические. Косметологи, зная эти проблемы, всегда назначали наружно увлажняющие препараты, но теперь, зная результаты исследований, можно применять препарат Эгаллохит его как профилактику ранних осложнений после косметических процедур.

### **Применение инфракрасного полихроматического света в комплексной терапии зудящих дерматозов**

Круглова Л.С., Бабушкин А.М., Шарапова Е.Н., Шустов С.А., Ракша Д.А.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

На сегодняшний день целесообразность использования преформированных и природных физических факторов в комплексном лечении и с целью профилактики обострений

хронических заболеваний кожи не вызывает сомнения. Применение различных физиотерапевтических методов прежде всего направлено на нормализацию нейро-гуморальной регуляции иммунологической реактивности, повышение адаптивных и компенсаторных возможностей организма, улучшение кровообращения и метаболизма в коже. У взрослых пациентов с ограниченно-локализованной формой нейродермита очень часто отмечается торпидное, резистентное к традиционной фармакотерапии течение кожного процесса, а различной интенсивности зуд в значительной степени снижает качество их жизни. В связи с этим, разработка и использование альтернативных методов лечения является весьма актуальной задачей. Под нашим наблюдением находилось 16 пациентов с ограниченным нейродермитом, средний возраст составил  $24,3 \pm 2,4$  года, продолжительность заболевания —  $1,1 \pm 0,5$  года. Кожный процесс преимущественно локализовался на лице, задней поверхности шеи, верхних конечностях, в аногенетальной области и был предшествен очагами со сравнительно четкими границами из слившихся папул сероватого цвета на фоне инфльтрации и лихенизации, эксфолиациями и незначительным скрытым шелушением. Все больные получали антигистаминные и седативные препараты, наружные индифферентные, негормональные средства и пайлер — терапию: инфракрасный полихроматичный, линейно поляризованным светом в волновом диапазоне от 400 до 2000 нм. Так как длина его волн выше, чем у УФ-облучения, а энергетический диапазон ниже, чем у лазерного излучения, это обуславливает физиологичность воздействия и достаточную безопасность для организма в целом. Поляризованный свет проникает на глубину до 2,5 см, стимулирует регенеративные процессы, улучшает кровообращение, обладает противовоспалительным и противозудным эффектом. Процедуры проводились 5 раз в неделю, продолжительностью по 2 минуты на поле (6-10 полей по 5 см), курс — 15-20 процедур. Эффективность оценивалась с учетом клинической симптоматики, субъективных данных: зуд, сухость, болезненность, чувство стягивания в очагах поражения. К концу лечения у большинства больных (87,5%) отмечалась положительная динамика в отношении объективных и субъективных симптомов заболевания. Так, снижение индексов ДИШС и Пруриндекс составило более 90%. Таким образом, использование пайлер-света в комплексном лечении больных нейродермитом является альтернативным, достаточно эффективным и безопасным методом.

### **Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия заболеваний кожи. Новое оборудование, новые фотосенсибилизаторы**

Лощенов В.Б.  
ЗАО «БИОСПЕК», Институт общей физики, Москва

В настоящем докладе рассматриваются как технические аспекты, связанные с разработкой современного оборудования для флюоресцентной диагностики (ФД) и фотодинамической терапии (ФДТ) заболеваний кожи, так и новые подходы в диагностике и лечении, предполагающие использование фотосенсибилизаторов (Фс) для ФД и ФДТ в форме наночастиц. В рамках первого направления представлена аппаратура для ФД и ФДТ, позволяющая существенно повысить точность и эффективность диагностических и терапевтических процедур (в частности, стробоскопические устройства для ФД и импульсные источники для ФДТ заболеваний

кожи). Рассматриваются способы обезболивания места облучения и способы защиты эпидермиса при гипертермическом воздействии. Второе направление затрагивает возможности применения разрешенных к клиническому использованию Фс (металлокомплексы фталоцианинов) в форме наночастиц. Рассматриваются потенциальные преимущества и недостатки такого подхода.

### **Комбинированные фармакофизиотерапевтические методы в коррекции инволюционных изменений кожи лица**

Мухина Е.С., Жукова О.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Одним из приоритетных направлений применения методов аппаратной физиотерапии в косметологии является использование сочетанных и комбинированных методик, преимущества которых обусловлены взаимопотенцированными эффектами физических факторов и фармакофизиотерапевтических методик. На сегодняшний день биоревитализация кожи является одним из наиболее эффективных способов борьбы с признаками старения, однако инвазивность методики, побочные эффекты обуславливают поиски новых безопасных и атравматичных методов. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 29 до 50 лет (средний возраст составил  $32,8 \pm 4,1$  года) с различной степенью выраженности признаков старения (II-III степенью тяжести по Глоагу). Всем пациентам проводилось комбинированное лечение, включающее лазеротерапию с помощью аппарата Vitalaser 500 (лазер класса 3В, длина волны 785 нм, оптическая выходная мощность лазерных диодов 490 мВт (7 x 70мВт), интенсивность 100 мВт/см<sup>2</sup>, диапазон рабочих температур 0 °С до 30 °С) и ультрафонофореза геля низкомолекулярной гиалуроновой кислоты Hyalurpure Lifting Gel (Германия). Процедуры лазеротерапии и ультрафонофореза проводились без временного интервала. Курс состоял из 10 процедур, через день. До лечения основные показатели, отражающие увлажненность кожи, были значительно снижены. Так, увлажненность кожи в среднем по группе составила  $56,2 \pm 5,8\%$  при норме более 75%. Трансэпидермальная потеря влаги (ТЭПВ) до лечения в среднем составила 28 мл см<sup>2</sup>/ч. После применения комбинированного фармакофизиотерапевтического метода отмечалось достоверно значимое улучшение показателей увлажненности кожи. Так, увлажненность кожи была  $72,3 \pm 4,5\%$ , ТЭПВ —  $15,1 \pm 1,8$  мл см<sup>2</sup>/ч. Таким образом, применение низкоинтенсивной лазеротерапии и ультрафонофореза низкомолекулярной гиалуроновой кислоты является высокоэффективной методикой коррекции инволюционных изменений кожи лица, что в совокупности с неинвазивностью и простотой осуществления позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике.

### **Лечение больных профессиональным аллергическим дерматитом кистей низкоинтенсивным лазерным излучением**

Чистяков Н.Д., Малькова Н.Ю.  
Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Санкт-Петербург

Профессиональный аллергический дерматит — занимает ведущее место среди профессиональных заболеваний кожи.

Цель работы — повышение эффективности лечения больных профессиональным аллергическим дерматитом кистей с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения. В процессе выполнения работы решались следующие задачи: обоснование интенсивности использования низкоинтенсивного лазерного излучения, обоснование использования метода лазеропунктуры (ЛП) для лечения больных профессиональным аллергическим дерматитом кистей.

Материал и методы. Лечение 17 больных с диагнозом профессиональный аллергический дерматит кистей проводилось амбулаторно после поликлинического обследования у дерматолога-профпатолога, консультации терапевта, невропатолога, отоларинголога, окулиста, гинеколога для женщин. Лечение проводилось с использованием прибора «АЛП-01-Латон», регистрационное удостоверение ФСР № 2008/03937 от 29.12. 2008 г. Лазерным излучением красной области спектра длиной волны 630—670 нм, мощностью излучения на выходе световода 5 мВт при диаметре пучка излучения 1,5 мм воздействовали на точки акупунктуры (ТА). Курс лечения состоял из 12—15 процедур. Процедуры проводились ежедневно 5 раз в неделю. Воздействие лазерным лучом на каждую ТА не превышало 10—15 сек. Время действия на точки ушной раковины 5—10 сек. Воздействие лучом лазера проводилось после нахождения и обозначения всех выбранных для данного случая ТА. Всем пациентам проводили симптоматическое наружное лечение с применением только индифферентных средств.

Полученные результаты. Обоснование интенсивности лазерного излучения установлено экспериментальным путем. В процессе лечения больных после первых 2—3 процедур отмечалось небольшое обострение кожного процесса с последующим выраженным улучшением после 8—9 процедур. В результате проведенного лечения низкоинтенсивным лазерным излучением 17 больных с диагнозом профессиональный аллергический дерматит кистей улучшилось общее состояние пациентов, нормализовался сон, исчезли жалобы на зуд, кожные высыпания, отмечалось клиническое выздоровление — высыпания на коже кистей разрешились. Осложнений, побочных эффектов, требующих прекращения лечения ЛП, не отмечалось. Учитывая сохраняющуюся повышенную чувствительность кожи к вызвавшему заболевание промышленному аллергену, для предупреждения возникновения рецидивов заболевания показано рациональное трудоустройство — работа без контакта с аллергеном, вызвавшим развитие профессионального аллергического дерматита кистей.

Выводы. 1. Лазерное излучение красной области спектра длиной волны 630—670 нм, мощностью излучения на выходе световода 5 мВт при диаметре пучка излучения 1,5 мм при воздействии на ТА может быть использовано при лечении профессионального аллергического дерматита кистей. 2. Методика ЛП проста, безопасна, не вызывает побочных эффектов и осложнений.

### **Комбинированная УФВ (311нм)-терапия в лечении распространенного вульгарного псориаза**

Шарапова Е.Н., Круглова Л.С., Жукова О.В., Бабушкин А.М.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер, Москва, Ханты-Мансийск

На сегодняшний день лечение псориаза является одной из самых актуальных проблем дерматологии, что обусловлено широкой распространенностью дерматоза с неуклонным ростом заболеваемости, особенно среди молодых людей, увеличением развития тяжелых форм, значительным отрицательным влиянием на качество жизни пациентов. Принципиальный выбор метода и объема терапевтических мероприятий при псориазе зависит, прежде всего, от тяжести процесса. «Золотым» стандартом лечения распространенных форм вульгарного псориаза является UVB — 311нм фототерапия. На основании критериев доказательной медицины метотрексат относится к эффективным препаратам «второй линии» при среднетяжелом и тяжелом псориазе. Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов — 11 женщин и 7 мужчины в возрасте от 29 до 60 лет с диагнозом: вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, тяжелое течение: индекс PASI в среднем по группе составил  $34,6 \pm 6,5$  балла. У всех пациентов процесс носил торпидный характер, что выражалось в отсутствии эффективности от традиционной медикаментозной терапии. Перед началом терапии все пациенты прошли тщательное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование грудной клетки, консультации смежных специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог). Комплексное лечение включало: инъекции метотрексата в дозе 2,5 мг/сутки 1 раз в неделю на протяжении 4 недель, UVB -311 нм — терапию и наружное применение адьювантных топических средств. Процедуры фототерапии проводились с помощью аппарата Waldmann 7001 K без определения МЭД. Начальная доза UVB составляла  $0,1 — 0,3 \text{ Дж/см}^2$ , в зависимости от типа кожи. Следующая процедура проводилась, при отсутствии эритемы, на  $0,1-0,2 \text{ Дж/см}^2$  больше, чем предшествующая при 3-разовой методике облучений. Курс составил от 15 до 22 процедур, в среднем по группе —  $18,6 \pm 2,3$  процедуры с суммарной дозой облучения —  $19,8 \pm 4,5 \text{ Дж/см}^2$ . В результате комплексного лечения у 12 пациентов (66,7%) было достигнуто клиническое излечение — снижение индекса PASI составило 95% и более, у 3 (16,7%) — значительное улучшение — редукция индекса PASI составила 94 — 75% и у 3 пациентов (16,7%) наблюдалось улучшение процесса — снижение индекса PASI на 74 — 50%. Ни в одном клиническом случае в процессе мониторинга не было выявлено каких-либо побочных эффектов или осложнений от применения комбинированной методики, что говорит о достаточно высокой безопасности метода. Отдаленные результаты наблюдения показали, что у большинства пациентов 55,6% — период ремиссии составил один год и более, у 38,9% — более полугода. Таким образом, комбинированное применение метотрексата и UVB 311нм — терапии в лечении больных с тяжелой формой вульгарного псориаза является высокоэффективным (83,3%), безопасным, патогенетическим методом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль над заболеванием.

### **Комплексный подход к лечению подошвенных бородавок**

Шустов С.А., Жукова О.В., Круглова Л.С., Полев А.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Подошвенные бородавки — доброкачественные образования в эпидермисе подошвенной поверхности стопы, возникшие в

результате инфекции, вызванной ДНК вирусом папилломы человека (ВПЧ). В связи с тем, что подошвенные бородавки в отличие от другой локализации чаще приводят к появлению болевого синдрома, характеризуются плотной структурой, наличием гиперкератоза и отличаются частыми рецидивами, актуальным остается вопрос о разработке новых, в том числе сочетанных фармако-физиотерапевтических методов лечения данной патологии. Интерфероны, являясь факторами внутриклеточной противовирусной защиты, широко применяются для лечения заболеваний, вызванных ВПЧ. Препараты  $\alpha$ -интерферона обладают противовирусной, противоопухолевой и иммуномодулирующей активностью. Одним из самых распространенных и простых в выполнении физических методов лечения подошвенных бородавок является криотерапия, основанная на действии низких температур и приводящая к некрозу тканей. Так, под нашим наблюдением находилось 22 пациента в возрасте от 12 до 42 лет, с диагностированными подошвенными бородавками в количестве от 1 до 3 элементов и с давностью заболевания от 2 месяцев до 1 года, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по всем основным параметрам. В I группе (10 пациентов) подошвенные бородавки удалялись методом криодеструкции на аппарате Erbo Cryo Derm (жидким азотом по типу жесткого массажа в течение 20—30 сеанс, 3-4 сеанса через 2—4 дня). У 12 пациентов II группы очаги первоначально обкалывались препаратом  $\alpha$ -интерферона в разовой дозе 1000 млн ед по 500 млн ед в очаг на курс 10 процедур, инъекции проводились через день. После курса инъекций  $\alpha$ -интерферона подошвенные бородавки подвергались криодеструкции. Через 2 месяца после проведенного лечения у 7 пациентов (70%) первой группы отмечался рецидив заболевания. В то время как у 11 пациентов (92%) II группы наблюдалось полное излечение подошвенных бородавок, при этом 2 пациентам криодеструкция не понадобилась. Надо отметить, что у данных пациентов давность заболевания составила 2-4 месяца и наблюдалось по одному клиническому элементу. Рецидивирование процесса во II группе наблюдалось только у одного пациента (8%). Таким образом, местное лечение подошвенных бородавок с помощью инъекций  $\alpha$ -интерферона в сочетании с криотерапией, является достаточно эффективным методом лечения, позволяющим повысить качество жизни пациентов, в связи с чем данный метод следует рекомендовать к широкому применению в клинической практике.

## **Магнитофорез в терапии хронических дерматозов**

Шустов С.А., Ракша Д.А., Круглова Л.С.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Нейродермит — воспалительное заболевание кожи, характеризующиеся хроническим, постоянно рецидивирующим течением с преобладанием в клинической картине эритематозно-лихеноидных элементов и выраженным зудом. Многочисленными исследованиями было показано, что у больных нейродермитом

значительно выражены нарушения высшей нервной деятельности и сосудистой регуляции, что проявляется слабостью и патологической инертностью раздражительного и тормозного процессов, а также снижением подвижности корковых процессов. При этом прослеживается прямая зависимость между тяжестью кожного процесса и функциональными нарушениями нервной системы. Большое патогенетическое значение в развитии нейродермита придается вегетососудистым нарушениям. Терапия больных нейродермитом имеет два основных направления: устранение имеющихся нарушений в органах и системах и совершенствование методов лечения, направленных на пролонгирование ремиссий и предупреждение рецидивов. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с диагнозом ограниченный нейродермит, из них 14 женщин (56%) и 11 мужчин (44%), в возрасте от 21 до 57 лет (средний возраст составил  $34,6 \pm 2,1$  года), с давностью заболевания от 2 месяцев до 7 лет. Все пациенты получали комплексное лечение, включающее магнитофорез активированного цинка пиритионата. Использовался низкочастотный аппарат Магнитер АМТ-02, параметры воздействия: амплитуда индукции 10 мТл, частота пульсирующего магнитного поля 50 Гц. Время воздействия на одно поле — 3 минуты, суммарное время не более 25 минут. Процедуры проводились ежедневно, на курс — 15. При анализе вегетативной реактивности по данным КИГ у 87% больных выявлено избыточное повышение тонуса симпатической нервной системы, что подтверждалось повышением индекса напряжения более чем в 3 раза по сравнению с нормой. У 13% больных наблюдалось сбалансированное состояние регуляторных систем вегетативной нервной системы при нормальных значениях показателей кардиоинтервалографии (КИГ). После комплексного лечения у пациентов с исходной гиперсимпатикотонией отмечалось снижение симпатических влияний, это подтверждалось достоверно значимым улучшением показателей КИГ: повышением Моды  $0,79 \pm 0,03$  ( $p < 0,01$ ) и вариационного размаха  $Ax — 0,31 \pm 0,01$  ( $p < 0,001$ ), снижением  $A\alpha — 23,84 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ) и индекса напряжения (ИН) —  $74,5 \pm 3,8$  ( $p < 0,001$ ). До лечения у пациентов отмечался зуд различной интенсивности: от сильно выраженного до нестерпимого. Интенсивность зуда оценивалась с помощью международного индекса BRS (Behavioral Rating Scores): минимальное значение — 0 баллов (отсутствие зуда), максимальное — 8 баллов. До лечения индекс BRS в среднем по группе составил  $7,04 \pm 0,15$  балла, что соответствует высокой интенсивности. Уже после 3-4 процедур магнитофореза отмечалось снижение индекса BRS на 38%, а к концу лечения снижение составило 96% —  $0,24 \pm 0,06$  балла. Оценка физического, психоэмоционального состояния пациентов, а также комфортности проводимого лечения оценивалась с помощью индекса качества жизни — ДИКЖ. До лечения интегральный индекс ДИКЖ у всех, находившихся под наблюдением больных был значительно повышен и составил в среднем по группе  $16,3 \pm 1,5$  балла. К концу лечения ДИКЖ улучшился на 87% и составил  $2,1 \pm 0,4$  балла. Таким образом, комплексное лечение, включающее магнитофорез активированного цинка пиритионата, является высокоэффективным, патогенетически направленным методом лечения больных ограниченным нейродермитом, что подтверждается данными КИГ и высоковалидных индексов BRS и ДИКЖ.

## ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ

### **Диспансерное наблюдение пациентов, страдающих atopическим дерматитом: ренессанс, основанный на доказательствах**

Андреева К.В., Жучков М.В., Тарасова М.А., Сонин Д.Б.  
Городская поликлиника № 2, Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань

Начиная с 1984 года на территории РФ осуществлялся постепенный переход ко всеобщей диспансеризации населения. Под диспансеризацией понимался интегральный метод профилактики, включавший в себя целый комплекс организационно-методических и лечебно-диагностических мероприятий: профилактические осмотры населения, диспансерное наблюдение больных и лиц, наиболее подверженных тем или иным заболеваниям кожи и подкожной клетчатки (Деменков А.Н., 1989). Начиная с этого периода времени, было опубликовано значительное количество нормативных документов, регулирующих порядок, сроки, категории подлежащие осмотрам, кратность таких осмотров, а также объемы лечебно-диагностических процедур, проводимых соответствующим категориям пациентов. Последним явился Приказ МЗ СССР № 770 от 30.05.1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», вобравший в себя информацию относительно сроков, объемов и качественных характеристик диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. К сожалению, в настоящее время это фактически единственный нормативный документ, регулирующий вопросы диспансерного наблюдения за больным дерматовенерологического профиля. Одной из 43 гетерогенных групп диспансерного наблюдения обозначены пациенты, страдающие «зудящими дерматозами», и в т.ч. atopическим дерматитом (АД). Безусловно, объем «лечебно-оздоровительных мероприятий» обозначенный в отношении данной нозологии, безнадежно устарел и требует со стороны органов законодательной власти серьезного пересмотра, но кратность проведения диспансерных осмотров в документе приобретает сегодня особую значимость. АД является сегодня одним из немногих хронических дерматозов, превентивная терапия которого снижает среднегодовое количество обострений и статистически достоверно пролонгирует клинко-иммунологическую ремиссию заболевания (Florin I., 2005). Действительно, элиминационные мероприятия (Hanifin J.M., 2000), перманентная терапия различными эмолентами (Bellanti J., 2003) и/или некоторыми топическими ингибиторами кальцинейрина (Sidbury R., 2009) продемонстрировали свою незыблемую эффективность в качестве терапевтических модальностей, значимо снижающих частоту обострений у данной когорты больных в достаточно крупных мета-анализах (Lotti T., 2009). Именно поэтому в настоящее время особое значение приобретают мероприятия, направленные на повышение приверженности пациентов к выполнению подчас очень обременительных превентивных мероприятий. Не умоляя значимость так называемых «школ для пациентов», стоит не забывать, что, «выпускаясь» из такой школы, больные зачастую остаются предоставлены сами себе. Именно поэтому не менее важным «рычагом» менеджмента atopического дерматита является система диспансерного наблюдения данной категорией больных, предусматривающая периодическое наблюдение врача-дерматолога и контроль со стороны последнего за правильностью выполнения превентивных мероприятий. В ГБУ РО ОККВД в настоящее время реализуется двухэтапная система наблюдения за пациентами

атопическим дерматитом, когда после первичного посещения «Аллергошколы» пациенты попадают под диспансерное наблюдение. В ходе последнего производится коррекция и оценка правильности выполнения превентивных мероприятий: качество и эффективность элиминационных мероприятий, качество, кратность и объем терапии, направленной на ремоделирование эпидермального барьера и мантии Маркионины, интермитирующей терапии топическими ингибиторами кальцинейрина. При ретроспективном анализе эффективности такого рода мероприятий отмечается значительные различия в количестве среднегодовых обострений АД у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, по сравнению с некомплаентными больными, отказавшимися от такового. Резюмируя вышесказанное, стоит отметить, что в отношении большинства других хронических дерматозов не получены убедительные доказательства возможности с помощью тех или иных мероприятий предотвратить обострение заболевания. Исключения, пожалуй, составляют перманентная терапия ингибиторами ФНО-альфа при псориазе (Philipp A., 2006), применение физико-химических хромофоров при центробежной эритеме Биетта (но не при других формах кожной красной) (Duna G., 2010), супрессивная терапия аналогами нуклеозидов при HSV-ассоциированной идиопатической многоформной эксудативной эритеме (Naafs B., 2008) и др. Именно поэтому сегодня как никогда актуален ренессанс системы диспансерного наблюдения пациентов, страдающих некоторыми «контролируемыми» дерматозами.

### **Новые формы первичной медицинской документации для лабораторий дерматовенерологической службы города Москвы**

Калугина Е.Ю., Сюч Н.И., Гульязева Н.И., Махнева Н.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» в целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в учреждениях здравоохранения, приведения медицинской документации к единой системе стандартов бланков, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждений здравоохранения, был утвержден перечень и образцы форм первичной медицинской документации, в том числе бланков направлений на лабораторные исследования и результатов лабораторных исследований. Однако вышеуказанный приказ признан утратившим силу Приказом Минздрава СССР от 5 октября 1988 г. № 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». После отмены приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 не было издано нового альбома образцов учетных форм. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030» носит лишь информационно-разъяснительный характер о проведении работы по подготовке нового «Альбома форм учетной медицинской документации». С момента выхода вышеуказанного письма никаких новых нормативных актов, регламентирующих применение форм учетно-отчетной документации, не опубликовано. Однако в процессе реорганизации

дерматовенерологической службы города Москвы возник вопрос о необходимости разработки новых форм первичной медицинской документации, в том числе для лабораторной службы. Основной причиной послужило разнообразие форм бланков направлений на лабораторные исследования, используемых в работе. Часть лабораторий использовала образцы бланков, утвержденные приказом МЗ СССР от 04.10.1980г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (отменен приказом МЗ СССР от 05.10.1988г. № 750), другая часть разрабатывала собственные бланки направлений. Цель. Разработка и внедрение унифицированных (от лат. unio — единство и facere — делать — приводить к единой форме, системе, единообразию) форм запросов (медицинской документации) для современных лабораторных технологий.

Материалы и методы. Для разработки новых форм бланков направлений на лабораторные исследования за основу были приняты образцы бланков, применявшиеся ранее (приказ № 1030) с учетом современных требований, предъявляемых Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 15189-2009 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности». Результаты. Разработано более 30 форм учетно-отчетной документации для лабораторной службы. Составлен реестр разработанных форм, в котором отражена информация о наименовании формы, внутренней кодировке, формате и виде (бланк, журнал) документа, а также сроках хранения документов. За основу кодировки форм принята номенклатура клинических лабораторных исследований в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.02.2000 г. № 64 «Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований».

Выводы. Разработка и внедрение унифицированных форм медицинской документации в лабораториях дерматовенерологической службы города Москвы — один из важных шагов на пути к повышению качества лабораторных исследований и реализации направлений концепции развития лабораторной службы ГБУЗ г. Москвы «МНПЦДК ДЗМ». Речь идет об организации централизованных лабораторных исследований, о повышении уровня стандартизации и внедрении лабораторной информационной системы в лаборатории филиалов, ставшие частью единой структуры.

## **Региональный опыт улучшения качества стационарной дерматологической помощи**

Померанцев О.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Одним из важных (разделов) условий оказания специализированной дерматологической помощи является работа стационаров. Существующие региональные медико-экономические стандарты требуют пересмотра, так как реальные сроки лечения, необходимые для полного клинического выздоровления, в 44,0% случаев не совпадают с рекомендованными в МЭС. Оценки качества медицинской помощи дерматологическим больным в условиях стационара с круглосуточным пребыванием была проведена по специально составленной программе, включающей в себя такие критерии качества медицинской помощи, как своевременность и полнота обследования, адекватность обследования, своевременность и обоснованность назначенного лечения, правильность и точность

постановки диагноза в соответствии с МКБ-10 и др. [Клименко Г.Я. и соавт., 2010]. Проблема оценки параметров качества медицинской помощи выступает одной из ведущих. Для решения этой проблемы было предложено: 1 этап — формирование электронной базы данных по каждому законченному случаю лечения дерматологических больных в круглосуточном стационаре; 2 этап — формирование групп больных с учетом нозологических форм и электронной базы данных; 3 этап — разработка и реализация индивидуальных и групповых программ по ликвидации выявленных дефектов и улучшению качества оказания медицинской помощи дерматологическим больным в условиях круглосуточного стационара; 4 этап — осуществление оценки эффективности индивидуальных и групповых программ, направленных на улучшение качества медицинской помощи дерматологическим больным; 5 этап — компьютерный мониторинг качества медицинской помощи дерматологическим больным, прошедших лечение в условиях круглосуточного стационара. Проведенные исследования показали, что существующая система статистической отчетности медицинских организаций, включающая плановые сетевые показатели работы, нуждается в совершенствовании, т.к. позволяет получать сведения о работе медицинских учреждений только по окончании года. Одной из основных задач отечественного здравоохранения и медицинской науки на современном этапе является повышение эффективности и доступности медицинской помощи путем внедрения в медицинскую практику современных организационных и высокоэффективных лечебно-диагностических технологий [Перхов В.И., 2009]. Виды высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) определены в соответствии с приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 812 от 28.12.2007 г. В программу ВМП включены такие тяжелые и торпидно протекающие дерматозы, как: псориаз, атопический дерматит, распространенные формы красного плоского лишая, акантолитическая пузырчатка, склеродермия. Организация специализированной помощи данной категории пациентов включает разработку организационно-правовых мероприятий, обоснование формирования потоков госпитализируемых больных, выбор и проведение дифференцированной терапии в зависимости от тяжести кожного процесса, разработку и использование утвержденных медицинских технологий и стандартов лечения, что имело высокую медицинскую и социальную результативность [Гришаева Е.В. и соавт, 2009].

## **Некоторые аспекты взаимодействия филиала «Бирюлевский» МНПЦДК ДЗМ с районными военкоматами при обеспечении призыва в ЮАО**

Попов И.В., Кладова А.Ю., Демина Е.Н., Шаулина О.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Согласно совместному приказу Министра обороны РФ и Министерства здравоохранения РФ № 240/168 от 23.05.2001 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» в возрасте 15 лет молодые люди обязаны встать на учет в военном комиссариате по месту прописки. При наличии жалоб, дерматологической патологии в анамнезе призывники направляются медицинской комиссией военкоматов в филиал с запросом о проведении обследования и заполнении акта состояния здоровья призывника. На диспансерном

учете в подростковом кабинете филиала «Бирюлевский» МНПЦДК ДЗМ на конец 2012 года состояло 2043 юноши призывного возраста, их них 245 человек в возрасте 15-17 лет (12%) и 1798 человек в возрасте 18-27 лет (88%). В структуре заболеваемости преобладал атопический дерматит — 1193 (58,4%) человека (136 и 1057 человек соответственно), второе место занимал вульгарный псориаз — 426 (20,85%) состоящих на учете (51 и 375 человек соответственно), следом шли хроническая экзема и витилиго 170 (21 и 149) и 80 (20 и 60) человек (8,32% и 3,92%) соответственно, конглобатные угри диагностировались у 68 (3,39%) больных (1 и 67 человек). Также в структуре заболеваемости присутствовали такие заболевания, как алопеция, ихтиоз, крапивница, красный плоский лишай, невусы, параспориоз, склеродермия, буллезный эпидермолиз, многоформная экссудативная эритема, дерматит Дюринга, различные васкулиты, их доля в общей структуре не превышала 1,57%. Касательно вопросов организации и обеспечения призыва на воинскую службу филиал «Бирюлевский» долгое время взаимодействует с Царицынским и Даниловским военными комиссариатами города Москвы. По запросам военных комиссариатов в 2012 году в филиале обследование прошли 218 человек, из них по 88 (40,4%) человек в возрасте 18-27 лет, 130 (59,6%) человек в возрасте 15-17 лет. В структуре заболеваемости наибольшее значение имел атопический дерматит — 102 (46,8%) акта, диагноз псориаз был выставлен в 44 (20,2%) актах, витилиго — в 16 (7,3%) актах, хроническая экзема — в 15 (6,6%) актах, конглобатные угри — в 10 (4,6%) актах. Ихтиоз и аллергический дерматит были отмечены в 4 (1,8%) актах. В 3 (1,4%) актах упоминались крапивница, невус и отрубевидный лишай. Склеродермия была указана в 2 (0,9%) актах, также как и себорейный дерматит и алопеция. По 1(0,5%) акту было заполнено на случай выставленного диагноза пиодермии, красного плоского лишая, ониходистрофии, дисгидроза, аногенитальных бородавок, педикулеза волос и раннего скрытого сифилиса. Таким образом, можно сделать вывод, что среди лиц допризывного и призывного возраста, состоящих на диспансерном учете и направленных на обследование районными военными комиссариатами, значительно преобладали атопический дерматит, вульгарный псориаз занимал второе место в структуре заболеваемости, определенное значение в общей доле имели хроническая экзема, витилиго и конглобатные угри. Данные заполненных актов обследования состояния здоровья призывников подтверждают преобладание указанных заболеваний в общей структуре дерматовенерологической заболеваемости у лиц допризывного и призывного возраста.

### **Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в России в 2009—2011 гг.**

Романова О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. Болезни кожи и подкожной клетчатки занимают существенную часть в структуре заболеваемости человека. Так, по данным статистического наблюдения в пределах 6,0% населения Российской Федерации страдает заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Среди заболеваний кожи происходит неуклонный рост аллергических заболеваний, в частности атопического дерматита (АД) и экземы, во всех возрастных группах населения. К тому же атопический дерматит является одним из наиболее распространенных

заболеваний кожи, особенно среди аллергодерматозов детского населения.

Материал и методы исследования. Методом описательной статистики проведен анализ заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопическим дерматитом, по данным форм Федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» за 2009—2011 гг. Целью исследования явилось определение основных тенденций по заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопическим дерматитом в 2011 году.

Результаты исследования: Заболеваемость всеми болезнями кожи и подкожной клетчатки в России в 2011 году составила 6140,2 на 100 000 населения, против 6319,0 в 2009 году, атопическим дерматитом — 456,9 против 479,6 в 2009 году. Среди болезней кожи и подкожной клетчатки в 2011 году впервые выявлено 4756,0 на 100 000 населения, что составило 77,5%. Из случаев заболеваемости атопическим дерматитом впервые в 2011 году выявлено 241,8 на 100 000 населения, что составило 52,9% от общей заболеваемости атопическим дерматитом. У детей в возрастной группе от 0 до 14 лет заболеваемость всеми болезнями кожи и подкожной клетчатки в целом по стране в 2011 году составила 10883,6, в то время как еще в 2009 году была 11295,3 на 100 000 соответствующего населения. Следовательно, за последние три года случаи заболеваний всеми болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей выросли на 20,8%. Показатель заболеваемости атопическим дерматитом у детей в 2011 году составил 1841,9 на 100 000 соответствующего населения, в начале анализируемого периода был равен 1903,1. При этом за анализируемый период случаи заболеваний атопическим дерматитом у детей выросли на 67,6%. Снижение показателя заболеваемости атопическим дерматитом у детей при этом объясняется с возросшей рождаемостью. Известно, что появление элементов сыпи на коже является сигналом о нарушении функций различных органов и систем (нервной, эндокринной, иммунной, пищеварительной и др.). Кожная патология отличается чрезвычайным многообразием как клинических проявлений, так и характером течения. Поэтому частота развития болезней кожи определяет социальную значимость проблемы, что требует определенных усилий в профилактике их развития.

### **Роль миграционных потоков в поддержании неблагоприятной эпидемиологической ситуации по социальным инфекциям**

Уфимцева М.А., Струин Н.Л., Бочкарев Ю.М., Струина Н.Н., Гурковская Е.П.

Уральская государственная медицинская академия, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, Екатеринбург

Согласно Постановлению Правительства РФ № 892 от 03.11.2011 квота разрешений на работу иностранных граждан в Российской Федерации (РФ) составляет 1 745 584 человека. По данным ФМС фактически на территории РФ находится от 3 до 5 млн. мигрантов, более того, согласно экспертному мнению, эта цифра достигает 9,5 млн. человек. В 2011 г. прошли медицинское освидетельствование лишь 1 070 887 мигрантов. Свердловская область — крупнейший промышленный центр с активными миграционными потоками. В 2011 г. в данном субъекте Федерации поставлено на учет

иностранцев по месту пребывания — 257 856, прошло мед. освидетельствование — лишь 58313. Таким образом, существует значительное число необследованной уязвимой группы населения. Интенсивный показатель заболеваемости сифилисом мигрантов в Свердловской области составил в 2011 г. 671, в 2012 г. — 427 случаев на 100 тыс. обследованных, ВИЧ-инфекцией — 117 и 115 на 100 тыс. обследованных соответственно. Можно предположить, что с учетом нелегальных миграционных потоков фактическая заболеваемость данного контингента социальными инфекциями значительно превышает официально зарегистрированную. В РФ утверждены директивные документы, ограничивающие нахождение в стране больных социальными инфекциями иностранных граждан. Так, основаниями для отказа в выдаче либо аннулировании разрешений пребывания мигранта (наличие разрешения на работу, временное проживание или вида на жительство) на территории РФ, являются в том числе, наличие заболеваний, представляющих опасность для населения в соответствии с Перечнем инфекционных заболеваний, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 02.04.2003 г. № 188. Еще одной причиной, влияющей на возможность ограничения пребывания иностранцев на территории РФ является п.5 ст. 27 № 114-ФЗ, согласно которому въезд в РФ иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается в случае, если иностранный гражданин или лицо без гражданства не представили полис медицинского страхования, действительный на территории Российской Федерации, — до его представления. Однако данное положение не имеет практической реализации. В целях обеспечения санитарной охраны территории работа Управления Роспотребнадзора по Свердловской области с иностранными гражданами направлена на депортацию больных лиц, а также уклоняющихся от дообследования и/или лечения с территории РФ. Функционирует двухуровневая система работы с УФМС и уполномоченными медицинскими учреждениями по мед. освидетельствованию мигрантов, которая включает: первый уровень (сторожевой) — при подозрении на инфекционное заболевание из Перечня информация в отношении конкретного иностранного гражданина направляется в УФМС. При этом результаты обследования могут быть следующими: диагноз подтвердится (более 65% случаев), диагноз будет снят (до 5% случаев), больной уклонится от дообследования и лечения (до 30%), согласится на лечение за свой счет (до 3%). Второй уровень (окончательного решения) — зависит от следующих ситуаций: снятие диагноза и/или согласия на прохождения лечения, при этом в УФМС направляется информация о приостановке действий по подготовке проекта решения о нежелательности пребывания; при подтверждении у иностранного гражданина заболевания из Перечня, медицинские учреждения готовят документы, по которым формируются проекты решений о нежелательности пребывания иностранного гражданина в РФ. Данное действие распространяется также на иностранных граждан, уклоняющихся от дообследования и лечения либо самовольно прекративших лечение. Так, в 2011 г. выявлено у мигрантов инфекционных заболеваний из Перечня — 788, подано документов в УФМС — 102, подготовлено проектов решений о нежелательности пребывания — 68. Таким образом, организация медицинского освидетельствования не успевает оперативно перестраиваться под имеющиеся изменения миграционных процессов и адекватно предупреждать риски для общественного здравоохранения, связанные с миграцией; п. 114-ФЗ (п.5 ст.27) о предоставлении иностранному гражданином или лицом без гражданства полиса медицинского страхования, действительного на территории РФ, не выполняется, т.к. находится

вне компетенции пограничников и не входит в компетенцию санитарного контроля. Ситуация с взаимодействием региональных (Минздрав, миграционный центр) и федеральных структур (УФМС, Роспотребнадзор) по освидетельствованию иностранцев нуждается в активном обмене информационными ресурсами для эффективного управления санитарно-эпидемиологическим благополучием населения.

## **К вопросу об оплате предварительных и периодических медицинских осмотров**

Шаповалов В.С.

Коломенская центральная районная больница, поликлиника № 1, кожно-венерологическое отделение, Коломна

Актуальность. Предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья работников выполняемой работе, динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска, выявления общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников. В ст. 213 Трудового кодекса РФ перечислены категории работников, для которых прохождение медицинских осмотров (обследований) является обязательным. Возникает следующий вполне обоснованный вопрос: кто оплачивает прохождение медосмотров?

Цель исследования. Оценить информированность работников о наличии нормативных документов, касающихся вопросов оплаты за прохождение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Материалы и методы. Проведен анализ 150 анкет пациентов, которые проходили предварительные и периодические медицинские осмотры и оплачивали их самостоятельно в кожно-венерологическом отделении поликлиники № 1 МУЗ «Коломенская ЦРБ» в 2012 году. Результаты и обсуждение. Анализ анкет показал, что 64 пациента (43%) устраивались на работу, причем из них 49 (77%) пациентов устраивались на работу в организации, в которых есть свой отдел кадров, а 15 (23%) пациентов на работу к индивидуальным предпринимателям. Остальные 86 (57%) пациентов проходили периодические медицинские осмотры — 57 (66%) пациентов в организациях, имеющих свой отдел кадров, и 29 (34%) пациентов, работающих в небольших организациях, не имеющих своего отдела кадров. На вопрос о том, кто должен оплатить расходы, связанные с прохождением медицинского осмотра, 27 (42%) пациентов сказали, что они сами, так как без оформления личной медицинской книжки их вообще не возьмут на работу. Среди пациентов проходящих периодический медицинский осмотр, 75 (87%) пациентов сообщили, что работодатель им оплачивает расходы за медицинский осмотр. Среди работников, работающих в небольших организациях, практически в 89% случаев оплата за проведение медицинских осмотров не компенсируется.

Выводы. Большинство пациентов (42%), устраивающихся на работу, не знают о том, что в соответствии со ст. 212 Трудового кодекса РФ — в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами,

содержащими нормы трудового права, работодатель обязан организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований). Но, чтобы не потерять рабочее место, пациенты готовы сами оплачивать прохождение медицинского осмотра и личную медицинскую книжку. Незначительная разница

между лицами, проходящими периодические медицинские осмотры (57%), по отношению к устраивающимся гражданам на работу (43%), может говорить о том, что значительное число работников вообще не проходят периодические медицинские осмотры. В данном случае работодатель нарушает права работника в области охраны здоровья, а именно 212, 213, 214 ст/ Трудового кодекса РФ.

## ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ

### Психологический фон больного акне

Волкова Н.В., Глазкова Л.К.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

**Цель.** Определить особенности психологического фона больных акне с учетом коморбидной психической патологии.

**Методы исследования.** Оценка степени тяжести акне согласно классификации Plewig G., Kligman M., модифицированной Российским обществом дерматовенерологов (2004 г.), определение показателей психосоциального воздействия акне (Assessment of Psychological and Social Effects of Acne — APSEA); клиническое психодиагностическое обследование, тестирование по шкалам тревоги (шкала тревоги Цунга — ZARS) и депрессии (шкала депрессий Центра эпидемиологических исследований — CES-D), определение наличия и типов акцентуаций характера (тест Леонгарда), тестирование на предмет формирования механизмов психологической защиты (Life Style Index — LSI), психологическая диагностика отношения к болезни (опросник ТОБОЛ).

**Результаты исследования.** Обследовано 82 пациента с диагнозом акне: 40 мужчин (48,8%) и 42 женщины (51,2%). Средний возраст больных — 22,47 (16—31) лет. 38 пациентов (46,3%) имели I степень акне, 34 (41,5%) — II, 10 (12,2%) — III. Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра составила 28% (23 пациента), тревоги — 23,2% (19), депрессии — 24,4% (20). Среднее значение психосоциального воздействия акне (APSEA) в общей группе испытуемых — 55,1 (22,6), среди пациентов без признаков тревоги и депрессии — 49 (19,5), среди испытуемых с психическими расстройствами — 71,2 (23,4), что соответствует наличию статистически значимой разницы ( $p < 0,005$ ). Среди пациентов без психических расстройств 47 человек (79,7%) соответствовали типам реагирования на болезнь без признаков нарушения психологической адаптации, 12 (20,3%) — типам с соответствующими признаками и интер— или интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Среди испытуемых с выявленными тревогой и депрессией 6 человек (26,1%) соответствовали типам реагирования без признаков нарушения психологической адаптации, 17 (73,9%) — с психологической дезадаптацией. Таким образом, в аспекте личностного реагирования на болезнь обнаружена статистически значимая разница в группах больных с психическими расстройствами и без ( $p < 0,005$ ). Наличие акцентуаций характера диагностировано у 30 пациентов (50,1%) в группе психически здоровых, 18 (78,2%) — среди лиц с тревогой и депрессией,  $p < 0,005$ . Установлено, статистически значимое преобладание в группе пациентов с психическими расстройствами лиц, акцентуированных по циклотимному и экзальтированному типам, а в группе без психических расстройств — преобладание по демонстративному типу. При исследовании пациентов на предмет формирования механизмов психологической защиты установлена статистически значимая разница между группами с наличием и без психической патологии как по общему показателю, так и в отношении каждого из восьми механизмов. Среднее значение общего показателя психологической защиты в группе психически здоровых лиц составило — 28,8 (10,2), в группе пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой — 37,1 (8,9),  $p < 0,005$ .

**Выводы.** Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра среди пациентов с диагнозом акне — 28%, тревоги — 23,2%, депрессии — 24,4%. Ассоциация показателей психосоциального

воздействия акне (APSEA) с психическими нарушениями отражает взаимосвязь кожного процесса с развитием тревоги и депрессии. Формирование психических расстройств взаимосвязано с индивидуальными особенностями личности — акцентуациями характера по циклотимному и экзальтированному типам, которые могут быть рассмотрены как факторы риска в данном случае. Психические нарушения ассоциированы с патологическими типами реакции личности на болезнь. В группе лиц с коморбидной психической патологией механизмы психологической защиты выражены в большей степени относительно психически здоровых пациентов с акне.

### Старческий зуд в дерматологической практике

Коган А.И., Кладова А.Ю.

Филиал «Бирюлевский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Старческий зуд (Pruritus Senilis), являясь одной из важных составляющих сложного симптомокомплекса старческой кожи, на амбулаторном приеме дерматолога встречается достаточно часто. По нашим данным, он наблюдается примерно у 70% больных старческой кожей. Сочетаясь обычно с разнообразными дистрофическими изменениями кожи и протекая на фоне кожной сухости и дряблости, старческий зуд усугубляет клиническую картину общего соматического состояния данных больных, нередко приводит к развитию у них всевозможных невротических расстройств и проявлений. При этом у целого ряда лиц нарушается сон, нередко возникают раздражительность и беспокойство, становятся заметны на коже экскориации и расчесы. Иногда старческий зуд бывает вполне ограниченным и локализованным, порой легким и преходящим. Однако более часто он характеризуется распространенностью процесса, выраженной интенсивностью и упорством течения, бывая нередко крайне мучительным и приступообразным. Такая агрессивная форма кожного зуда у пожилых пациентов заставляет лечащего врача провести им прежде всего углубленное обследование с целью исключения онкологического процесса, диабета, возможной патологии печени и желчного пузыря. В этих случаях распространенный зуд может быть вторичным, как симптом основного соматического заболевания. Поэтому всегда больным старческим зудом показана консультация терапевта, невропатолога и эндокринолога. Под нашим наблюдением в течение ряда последних лет находился 71 больной с разнообразной клиникой чисто старческого зуда. Возраст больных был свыше 50 лет, из них мужчин 52, женщин 19. Старческий зуд мы рассматриваем как одно из проявлений общего склероатрофического процесса, развивающегося у этих больных, и тем самым как определенную возрастную патологию. Поэтому и лечение наших пациентов нами было в основном направлено на улучшение основных звеньев системного старения и строилось на назначении им препаратов, ограничивающих проявления аутоиммунных процессов, регулирующих многие обменные факторы, восстанавливающих барьерную функцию тканевых клеток. Учитывая важную роль печени в формировании кожного зуда, в комплекс лечения включались непременно гепатопротекторы (эссенциальные фосфолипиды), а также системные энзимы. Все больные получали успокаивающую

терапию, предпочтительно легкую — персен, глицин, отвар корня валерианы с травой пустырника. Более редко использовали в назначении транквилизаторы (короткими курсами и небольшими дозами). При упорном зуде больным делали инъекции раствора новокаина 2% по 5 мл, через день (всего 10). Местно все больные периодически втирали в кожу пихтовое масло, которое благодаря содержанию в нем ряда биологически активных веществ благотворно влияет на трофику тканей. Ряд больных применял пихтовое масло внутрь по 5 капель 2—3 раза в неделю. Иногда втирания пихтового масла чередовались с втиранием мази Ф-99 (жирная). Большое внимание нами уделялось вопросам питания больных (исключалось все жирное, острое, сладости). Категорически запрещалось спиртное. Курс лечения составлял примерно 1,5 месяца. Все больные в ходе лечения постепенно отмечали заметное улучшение общего состояния. У большинства из них кожный зуд исчезал полностью, у отдельных — значительно уменьшился. При этом одновременно кожа больных становилась более мягкой и эластичной. Примерно 27% наших больных до обращения к нам безуспешно лечились по поводу кожного зуда (в основном антигистаминными препаратами). Поэтому наш многолетний достаточно успешный опыт лечения старческого зуда может оказать несомненную практическую помощь лечащему врачу в этом вопросе. Он направлен прежде всего на прерывание выявленной стойкой связи между клиническими проявлениями кожного зуда и определенной соматической патологии у каждого конкретного пациента. Он также предполагает возможность индивидуального выбора той необходимой терапии, которая будет наиболее эффективной в данной возрастной группе.

## Оценка эффективности низких доз изотретиноина при *acne vulgaris*

Молодова Ю.С.

Факультет повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, кафедра клинической микологии и дерматовенерологии, Москва

Актуальность проблемы угревой болезни объясняется ее широкой распространенностью, многообразием клинических проявлений, до конца не установленным патогенетическим механизмом развития и зачастую трудностями лечения. Несмотря на многообразие методов лечения, угревая болезнь характеризуется резистентностью к терапии, что диктует необходимость оптимизировать и разрабатывать новые терапевтические технологии.

Цель работы. Изучить влияние низких доз изотретиноина на клинико-физиологические параметры и иммунологические показатели у больных угревой болезнью и оценить их эффективность. Разработать метод лечения больных с применением низких доз изотретиноина на примере нового препарата акнекутан у пациентов с различными формами акне.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов, страдающих акне, в возрасте 18—32 лет. Длительность заболевания составила от 4 до 15 лет. У 47 пациентов диагностирована 1 степень тяжести, у 12 пациентов — 2 степень тяжести, у 10—3 степень тяжести и у 1—4. Критерием отбора пациентов послужило отсутствие эффекта от нескольких видов традиционной терапии. Все пациенты получали изотретиноин в виде монотерапии по 16 мг 1 раз в сутки.

Результаты. Оценка эффективности лечения низкими дозами проводилась по индексу тяжести акне. Полное клиническое выздоровление наблюдалось у 60 человек. Значительное улучшение

— у 8 человек. У 2 человек наблюдалось лишь незначительное улучшение.

Выводы. Использование низких доз изотретиноина на примере акнекутана для лечения пациентов с различными формами угревой болезни дает возможность повысить эффективность и сократить сроки лечения, упростить методику лечения, уменьшить медикаментозную и экономическую нагрузку на больных.

## Анализ эффективности миостимуляции в коррекции возрастных изменений кожи лица

Никитина Н.В., Яковлева И.Г.

Медицинский центр косметологии и пластической хирургии, врачебно-косметологическая лечебница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, Ижевск

Цель. Оценить эффективность миостимуляции в коррекции возрастных изменений кожи лица.

Работа выполнялась по поставленным нами задачам: 1) Изучить литературу по данной теме; 2) Оценить динамику отечности и «темных кругов» под глазами до и после миостимуляции; 3) Оценить динамику выраженности морщин до и после миостимуляции; 4) Оценить показатели миографии жевательных мышц как объективного показателя эффективности миостимуляции в коррекции возрастных изменений; 5) Оценить выраженность лифтинг-эффекта от миостимуляции в разные возрастные периоды. Исследование проводилось на базе Медицинского центра косметологии и пластической хирургии г. Ижевска. В период с марта по октябрь 2010 г. к нам самостоятельно обратились 60 женщин в возрасте от 36 до 56 лет с жалобами на неудовлетворенность физической привлекательности: изменение овала лица, появление «двойного подбородка», «темных кругов» и «мешков» под глазами, морщин, телеангиэктазий, пигментных пятен. С целью коррекции возрастных изменений кожи лица был рекомендован метод миостимуляции. Указанные выше пациенты были разделены на две группы (сопоставимые по возрасту, состоянию кожи лица, типу старения). Общим группам было выполнено изолированное воздействие миостимуляции аппаратом «Миоритм-040-16». Процедура проводилась в течение 30 минут через день. Курс 15 процедур.

Методы исследования. 1) Комплексная сравнительная оценка состояния кожи лица с определением типа старения, используя классификацию И.И.Кольгуненко; 2) Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) по 3 параметрам (отечность, «двойной подбородок», «темные круги» под глазами) от 0 до 10 баллов; 3) Валидированная фоточисловая шкала, для оценки выраженности возрастных изменений кожи лица по 3 параметрам от 0 до 4 бал. (Шкала «Мерц» 2008г); 4) Адаптивный МВН электромиограф-03 на базе ООО «Салюс» Лечебно-диагностического центра г. Ижевска, для оценки мышечной силы жевательных мышц.

Результаты: 1) Под воздействием миостимуляции наблюдается снижение отечности и «темных кругов» под глазами. В первой возрастной группе (36—45 лет) отечность уменьшилась на 70%, «темные круги» на 60%. Во второй возрастной группе (46—56 лет) отечность уменьшилась на 40%, «темные круги» — 30%; 2) Выраженность морщин уменьшилась в первой группе в среднем на 30%, во второй — на 20%; 3) После миостимуляции мышечная сила возросла в первой группе на 10%, во второй — на 5%, что доказывает эффективность миостимуляции в коррекции возрастных изменений кожи лица; 4) Лифтинг-эффект после воздействия миостимуляции больше выражен в первой группе (36-45 лет),

так как в данном возрасте мягкие ткани более чувствительны к апробируемой методике.

## **Выраженность тревожных изменений у больных псориазом**

Резникова М.А., Слесаренко Н.А.

Клиника кожных и венерических болезней, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

К характерным особенностям современного течения псориаза относятся увеличение заболеваемости, учащение тяжелых форм у лиц молодого возраста, резистентность к терапии. Хроническое рецидивирующее течение дерматоза, интенсивный зуд, появление высыпаний на открытых участках тела приводят к снижению самооценки, трудностям в межличностных взаимоотношениях, нарушению психоэмоционального состояния больных. Особенности личности больных псориазом являются темой многочисленных публикаций, однако данные литературы противоречивы.

Цель исследования. Изучение выраженности тревожных изменений у больных псориазом в зависимости от пола и длительности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента (28 мужчин и 26 женщин), страдающих вульгарным и экссудативным псориазом в стадию прогрессирования. Средний возраст составил  $38,5 \pm 1,9$  года. 20 пациентов (37%) имели среднетяжелую форму заболевания (индекс PASI в среднем  $20,5 \pm 1,9$ ), 34 пациента (63%) — тяжелую форму (индекс PASI  $37,5 \pm 1,5$ ). По полу больные были распределены следующим образом: 26 (48%) женщин и 28 (52%) мужчин. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 34 лет. Длительность заболевания у 16 человек была менее 5 лет, у 28 — более 5 лет. Группу контроля составили 20 клинически здоровых лиц, сопоставимые по возрасту и полу. Степень выраженности тревожных изменений определялась с помощью шкалы самооценки Спилбергера — Ханина. Данный тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент — реактивной тревожности (как состояние) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Результаты оценивались в баллах: менее 30 баллов — низкая тревожность, от 30 до 45 баллов — умеренная тревожность, свыше 45 баллов — высокая тревожность.

Результаты. У пациентов, страдающих псориазом, уровень личностной тревожности составил  $46,7 \pm 1,02$  (высокая тревожность), реактивной тревожности —  $31,07 \pm 1,02$ , что свидетельствует об умеренной тревожности, в контрольной группе уровень как реактивной ( $18,2 \pm 1,5$ ), так и личностной тревожности ( $24,5 \pm 3,6$ ) был низким. Уровень тревожности у больных псориазом достоверно выше, чем в группе контроля. Причем личностная тревожность у пациентов с псориазом была значительно выше по сравнению с реактивной, что свидетельствует о высоком уровне личностных изменений у больных псориазом. Уровень реактивной тревожности в группе мужчин составлял  $30,07 \pm 2,08$ , в женской группе —  $31 \pm 2,1$ , уровень личностной тревожности у мужчин —  $43,2 \pm 1,1$ , у женщин —  $43,2 \pm 1,11$  ( $p > 0,05$ ). Но следует отметить, что у женщин уровень личностной тревожности относился к высокому уровню, тогда как у мужчин к умеренному. В группе пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет уровень реактивной тревожности составил  $28,6 \pm 3,07$ , личностной тревожности —  $47,5 \pm 2,4$ , в группе больных, страдающих псориазом более 5 лет, уровень реактивной тревожности —  $30,2 \pm 2,1$ ,

личностной —  $45,6 \pm 1,1$ . Достоверных изменений выраженности тревожности выявлено не было, в обеих группах уровень личностной тревожности независимо от длительности заболевания был высоким. Выводы. У больных псориазом выявлен более высокий уровень тревожности, как реактивной так и личностной, что может свидетельствовать о выраженном влиянии псориаза на психоэмоциональный статус пациентов. У пациентов данного профиля существует постоянная повышенная готовность к развитию стрессовых ситуаций. Более выраженные тревожные изменения наблюдаются у лиц женского пола. Уровень личностной тревожности остается достаточно на высоком уровне независимо от длительности болезни, что может свидетельствовать о недостаточных адаптационных механизмах пациентов.

## **Тяжелые формы угревой болезни и подходы к лечению**

Соловьева Е.В., Шаповалов В.С.

ООО «Медстайл эффект», Коломенская центральная районная больница, Москва, Коломна

Актуальность. Акне является распространенным заболеванием кожи и выявляется у 85% людей в возрасте от 12 до 25 лет. У 80% пациентов заболевание разрешается к 18—20 годам, у 20% инволюция идет более медленно, а у 5% больных регресс не происходит и в зрелом возрасте. Акне проявляется различными воспалительными элементами, которые состоят из комедонов, папул, пустул и может варьировать до появления крупных болезненных узлов, склонных к слиянию. Прогрессирующее течение, резистентность к проводимой терапии вызывают изменения в дерме и эпидермисе с формированием рубцов и дисхромий. Косметические дефекты лица, спины, груди снижают самооценку и качество жизни пациентов, провоцируют депрессии, что позволяет оценивать акне как серьезную медико-социальную проблему. Данная патология имеет мультифакториальный патогенез и часто является единственным маркером заболеваний эндокринной системы. Среди факторов риска поздних акне ведущее значение имеет гиперандрогения, которая может являться причиной нарушения менструальной и репродуктивной функции. Максимальный терапевтический эффект обеспечивает точный выбор схемы лечения акне с учетом двух основных критериев: первый — патогенез заболевания, второй — комбинация различных препаратов, воздействующих на все стадии патогенеза. При лечении тяжелой формы угревой болезни традиционно применяются антибиотики, пероральные контрацептивы и ретиноиды.

Результаты и обсуждение. Было проанализировано 27 амбулаторных карт пациентов с акне — 18 женских и 9 мужских. При анализе амбулаторных карт акцент делался на полноту собранного анамнеза, соответствие данных осмотра, назначенной терапии, консультации смежных специалистов. 7 женщинам была рекомендована консультация врача гинеколога-эндокринолога, без указания в анамнезе на наличие или отсутствие гирсутизма, нерегулярного менструального цикла, обострения акне с изменениями менструального цикла, изменения тембра голоса. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 г. № 801н г. Москва «Об утверждении номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения» такой специальности, как врач-гинеколог-эндокринолог не

существует. В 16 картах плохо собран медикаментозный анамнез, хотя установлено, что прием некоторых лекарственных препаратов вызывает острое появление акнеформных высыпаний. В 10 амбулаторных картах установлен диагноз без указания на форму течения и степень тяжести угревой болезни. Хотя именно от правильно установленной степени тяжести заболевания пациенту будет предложена та или иная схема лечения угревой болезни. В 6 амбулаторных картах в данных осмотра были описаны единичные узлы и не предложена системная терапия ретиноидами или системными антибиотиками, в 2 картах курс лечения антибиотиками тетрациклинового ряда составил всего 10 дней.

Выводы. 1. При направлении на консультации к смежным специалистам: врачу-гастроэнтерологу, врачу акушеру-гинекологу необходимо наличие симптомов гиперандрогении или симптомов поражения желудочно-кишечного тракта. 2. В каждом случае необходим тщательный сбор медикаментозного анамнеза с целью исключения акнеформных высыпаний на прием лекарственного препарата. 3. При наличии узлов (тяжелой формы угревой болезни) местное лечение назначается всегда с одновременным применением системных антибиотиков или пероральных контрацептивов или системных ретиноидов. 4. Нельзя назначать системные антибиотики на короткий срок (даже несколько коротких сроков), так как при видимом клиническом улучшении короткие курсы способствуют повышению резистентности микроорганизмов. Курс приема антибиотиков тетрациклинового ряда должен быть не менее 6 недель.

### **Рациональная терапия эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта**

Чистякова Т.В., Потекаев Н.Н., Глебова Л.И., Терещенко А.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Красный плоский лишай (КПЛ) — наиболее часто встречающееся хроническое заболевание, при котором поражается не только кожа, но и слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ. Предложено множество методов лечения КПЛ, однако довольно

часто это заболевание бывает торпидным к проводимой терапии. Мультифакториальная концепция патогенеза КПЛ обуславливает широкий спектр лечебных воздействий в терапии больных. Практически у всех пациентов с КПЛ наблюдается патология со стороны желудочно-кишечного тракта, эндокринные заболевания, в первую очередь сахарный диабет, сосудистая патология, гипертоническая болезнь и др. Из всех форм, поражающих слизистую оболочку полости рта при КПЛ, эрозивно-язвенная является самой тяжелой формой по своему течению. Характеризуется плохой эпителизацией и выраженностью болевого синдрома. Наличие длительно не заживающих эрозий и язв в ротовой полости, затрудняющих речь, пережевывание пищи и как следствие — значительное ухудшение качества жизни пациента. В консультативно-поликлиническое отделение МНПЦДК ДЗМ обратилось 42 пациента, страдающих КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта (13 мужчин и 27 женщин). Из них эрозивно-язвенной формой страдало 15 пациентов. Под наблюдением находилось 11 женщин и 4 мужчины в возрасте от 38-65 лет с давностью заболевания от 2 до 5 лет. Все пациенты ранее лечились различными методами, но, несмотря на большой выбор лекарственных препаратов, результаты лечения не приносили желаемых результатов. Принимая во внимание все вышеизложенное, нами был предложен комбинированный метод лечения Дипроспаном в сочетании с препаратом Даларгин. Дипроспан — кортикостероидный препарат, создающий депо в месте инъекции, обеспечивающий продолжительное действие. Препарат Даларгин является пептидом, который оказывает антисекреторное и репаративное действие. В зависимости от тяжести процесса Дипроспан назначался по 1 мл 1 раз в 10 дней 2—3 инъекции. Даларгин присоединяли по 2 мл в/м через день, после проведенного курса лечения Дипроспаном, всего 10—15 инъекций. Результаты обследования больных после курса лечения показали, что у 14 больных отмечалась эпителизация эрозий, исчезновение гиперемии и трансформация в типичную форму, улучшение общего самочувствия наблюдалось у 3 человек; отсутствие эффекта отмечалось у 1 пациента. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что использование вышеуказанного комбинированного метода лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ на слизистой оболочке полости рта позволяет ускорить наступление ремиссии и удлинить ее сроки.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

### Возможности влияния на клеточные механизмы старения кожи

Жукова И.К.

Институт красоты на Арбате, Москва

Биоревитализация (инъекционное применение гиалуроновой кислоты-ГК весом более 1000 кДа) — одна из наиболее широко распространенных и эффективных процедур современной терапевтической косметологии.

Целью процедур является обновление кератиноцитов, стимуляция активности фибробластов, повышение синтеза коллагена, эластина, восстановление межклеточного матрикса, защита от свободных радикалов и восстановление микроциркуляции. Все это, в целом, приводит к реальному омоложению кожи. Современным трендом биоревитализации является использование в препаратах с ГК таких высокоактивных ингредиентов, как аминокислоты, различные пептиды, факторы роста, витамины, микроэлементы и т.д. Ключевые роли пептидов в метаболизме — это строительный материал для синтеза белковых молекул, а также регуляция обменных процессов

(гормоны, нейромедиаторы). Кроме этого пептиды осуществляют нейтрализацию продуктов окисления и восстанавливают молекулы ДНК после различных повреждений (УФО), регулируют деятельность иммунной системы, нормализуют уровень интерлейкинов, оказывают противовоспалительное действие, в том числе и за счет стимуляции матриксных металлопротеиназ, а также участвуют в процессах меланогенеза и репарации. В косметических и лекарственных препаратах используются медьсодержащие пептиды, органоспецифические пептиды, аналоги ботулотоксина. В последние годы в состав препаратов для омоложения кожи включаются синтетические аналоги тканевых и эмбриональных пептидов. Многочисленные клинические и экспериментальные данные подтверждают их патогенетическую обоснованность и клиническую эффективность при лечении возрастных изменений кожи. Они оказывают влияние на популяцию стволовых клеток кожи, уровень экспрессии генов, отвечающих за синтез основных белков кожи, — коллагена и эластина, увеличивают количество цитокинов и факторов роста, необходимых для регуляции клеточного обновления кожи. Использование пептидной регуляции — новый эффективный путь омоложения клеточного состава кожи и восстановления ее функций.

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Антинуклеарные антитела как предикторы клинической эффективности аминоксинолиновых иммуносупрессоров при дискоидной красной волчанке

Анурова Г.И., Зиновьева О.В., Протасова Г.И., Андреева К.В., Жучков М.В., Тарасова М.А., Косорукова С.А.

Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Городская поликлиника № 2, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Аминоксинолиновые лекарственные препараты являются «золотым стандартом» терапии пациентов, страдающих дискоидной красной волчанкой (Duna J.F., 2009). Но в большинстве клинических исследований только 75—80% пациентов «отвечают» на такого рода цитостатическую терапию (Belaich S., 2008), а в остальных 20—25% случаев приходится прибегать к комбинированной терапии двумя аминоксинолиновыми препаратами, добавлению системных глюкокортикостероидов или замене аминоксинолона на другие цитостатические модальности (дапсон, метотрексат, циклоспорин). Целью нашего исследования было изучение прогностической значимости обнаружения некоторых антинуклеарных антител у пациентов, страдающих дискоидной красной волчанкой, в отношении клинической эффективности назначения пероральной терапии аминоксинолиновыми лекарственными препаратами.

Материалы и методы: в исследование было включено 12 пациентов, страдающих верифицированной дискоидной красной волчанкой. Средний возраст пациентов в исследовании составил 38,4±4,6 лет. Диагноз дискоидной красной волчанки у всех пациентов был подтвержден результатами патогистологического исследования биоптатов кожи с эфлоресценциями. Иммуногистохимическое исследование не проводилось. Пациенты с нетипичной гистологической картиной биоптата (отсутствие эпидермальной атрофии при значительном гиперкератозе, интактность базальной мембраны, «фолликулотропность» дермального инфильтрата и т.д.) в исследование не включались. Всем пациентам в исследовании был назначен гидроксихлорохина сульфат в терапевтических дозах с/без назначением топических глюкокортикостероидов 3 и 4 класса активности по классификации Европейского общества дерматологов. Перед назначением гидроксихлорохина сульфата все больные были подвергнуты скрининговому исследованию активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (метод Bernstein) и консультированы у врача-офтальмолога. Исследование плазмы крови для обнаружения антинуклеарных антител проводилось с помощью методики иммуноблоттинга. Исследование проводилось с целью обнаружения антител к дезоксирибонуклеиновой кислоте, к гистонам (H1, H2, H3, H4, H5), к нуклеосомам, к экстрагируемым ядерным антигенам (Sm-антигену, U1РНП-антигену, Ro/SS-A-антигену, La/SS-B-антигену), к центромерным нуклепротеинам, к антигену scl-70, к нуклеолам (к РМ-ScI, к U3-РНП, к Th/To, к РНК-полимеразе). Критериями исключения пациентов из исследования были интеркуррентные соматические заболевания, не позволяющие назначать аминоксинолиновые лекарственные препараты. Наблюдение пациентов осуществлялось на протяжении двух лет от момента первоначальной постановки диагноза. Оценка клинической эффективности медикаментозной терапии проводилась с помощью визуально-аналоговых шкал оценки регресса кожных проявлений патологического процесса, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Визуально-аналоговую

оценку редукции проявлений дискоидной волчанки в исследовании проводили и врачи и пациенты. Анализ степени редукции клинических проявлений анализировался с помощью визуально-аналоговых шкал один раз в две недели. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica.

Результаты исследования и выводы. После завершения наблюдения пациентов в исследовании было выявлено, что после завершения первой недели наблюдения только у двух пациентов (17%) наблюдалась полная редукция клинических проявлений. К исходу первого месяца наблюдения на фоне монотерапии гидроксихлорохина сульфатом данный показатель увеличился до 84% (n=10). У оставшихся двух пациентов потребовалось дополнительное назначение небольших доз пероральных глюкокортикостероидов. При анализе результатов исследования было выявлено, что наиболее быстро на терапию аминоксинолиновыми препаратами «отвечали» пациенты у которых были выявлены антитела к Ro/SS-A-антигену. Таким образом, исследование продемонстрировало вероятную прогностическую значимость обнаружения антител к Ro/SS-A-антигену, как предикторов эффективности аминоксинолиновых цитостатических лекарственных препаратов.

### Объективная оценка морфо-функциональных параметров кожи в дерматологии и косметологии. Ультразвуковое исследование кожи

Безуглый А.П., Потеев Н.Н., Бикбулатова Н.Н., Белков П.А., Хабутдинова Н.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, клиника «АНТА-Мед», Москва

В дерматологии и медицинской косметологии применяют широкий спектр неинвазивной диагностики кожи, однако не все из них равноценны по точности и воспроизводимости полученных результатов. Диагностическая ценность метода зависит от множества факторов и во многом определяется количественными данными. Целью данного исследования являлась качественная и количественная объективизация морфо-функциональных параметров кожи у пациентов дерматологического и косметологического профиля. При помощи высокочастотного ультразвукового сканирования исследовали кожу у 35 больных псориазом, 15 пациентов с акне и мониторировали динамику инфильтративных элементов в дерме и гиподерме у 11 пациентов, изучали особенности распределения интрадермальных имплантов у 10 пациентов, исследовали кожу у 45 пациентов с кожными новообразованиями. Использовали цифровую систему ультразвуковой визуализации кожи DUB 22-75 производства Taberna pro medicum (Германия) с датчиками 22 и 75 МГц. Аксиальное разрешение датчиков составляло 72 и 21 мкм соответственно. При сканировании с частотой 22 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 10 мм, а при сканировании с частотой 75 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 4—6 мм. По сканограммам кожи пациентов определяли количественные параметры: толщину эпидермиса и дермы, размеры сканируемых образований в зоне интереса, акустическую плотность эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки. В процессе работы

удалось количественно оценить развитие и регресс псориазических папул, элементов угревых высыпаний, а также измерить толщину и акустическую плотность эпидермиса и дермы в очагах поражения и в контроле. При исследовании пациентов с базалиомами выявлены и описаны определенные ультразвукографические признаки базалиом на частотах 22 и 75 МГц. Изучение кожи косметологических пациентов продемонстрировало динамику изменений морфологических параметров при лечении кожи и мягких тканей лица, которая подтверждается данными количественных измерений размеров изучаемых объектов и их акустической плотности.

Выводы: ультразвуковое сканирование кожи на частотах 22 МГц и 75 МГц позволяет проводить объективный мониторинг состояния кожи в дерматологической и косметологической практике и оценку эффективности различных методов лечения. Качественная оценка внутренних изменений кожи на сканограммах расширяет возможности клинического обследования, а количественный анализ повышает достоверность полученных данных.

### **Альфа-2-макроглобулин, его иммунокомплексы, IgG и цитокины при псориазе и atopическом дерматите**

Бурдина А.В., Школьников Т.В., Зорина В.Н.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, кафедра дерматовенерологии, Научно-исследовательская лаборатория иммунологии, Новокузнецк

Псориаз и atopический дерматит являются тяжелыми рецидивирующими заболеваниями с неясной этиологией и многообразием клинических проявлений. Считается общепринятым, что в их патогенезе активно участвуют цитокины, аутоантитела и острофазовые белки. Однако полифункциональные белки, способные транспортировать цитокины и регулировать их синтез, остаются малоизученными. Основной из них — альфа-2-макроглобулин (МГ) принимает активное участие в воспалительных и аутоиммунных процессах. Мы изучили сывороточное содержание МГ у 15 больных с тяжелым течением atopического дерматита (тАД, индекс SCOARD > 40, в возрасте от 20 до 40 лет) и 35 больных псориазом (тПС, индекс PASI > 50, в возрасте от 20 до 40 лет), у 30 здоровых доноров и сравнили их с содержанием иммунокомплексов МГ-IgG и общими уровнями IgG, концентрациями ФНО- $\alpha$  и ИЛ-8. Установлено, что при тАД достоверное повышение уровней МГ в крови ( $2,6 \pm 0,2$  г/л, в норме  $2,0 \pm 0,1$ ;  $p=0,0087$ ) сопровождается повышением уровней иммунокомплексов МГ-IgG ( $4,5 \pm 1,0$  мг/л, контроль —  $1,1 \pm 0,1$ ,  $p=0,0001$ ) и ИЛ-8 ( $14,7 \pm 2,2$  пкг/мл, норма —  $4,1 \pm 0,8$ ;  $p=0,0001$ ), снижением содержания IgG ( $7,7 \pm 0,5$  г/л, норма  $14,0 \pm 0,3$ ,  $p=0,0001$ ) и отсутствием достоверных изменений ФНО- $\alpha$  ( $2,3 \pm 0,6$  пкг/мл, здоровые —  $1,8 \pm 0,5$ ). Напротив, при тПС концентрации МГ были снижены ( $1,6 \pm 0,1$  г/л;  $p=0,0052$ ), повышены уровни МГ-IgG ( $1,5 \pm 0,1$  мг/л;  $p=0,0007$ ) и содержание IgG ( $16,0 \pm 0,6$  г/л,  $p=0,0133$ ), а также ИЛ-8 ( $12,2 \pm 1,2$  пкг/мл;  $p=0,0001$ ), обнаружена тенденция к повышению уровня ФНО- $\alpha$  ( $3,2 \pm 0,6$  пкг/мл;  $p=0,0729$  — недостаточно значимо). Выявленные изменения свидетельствуют о различной роли МГ в патогенезе atopического дерматита и псориаза. В случае тАД происходит накопление как дефектных форм (МГ-IgG), так и общего пула МГ, при этом иммуноглобулинов (IgG) мало, хемоаттрактанта ИЛ-8 много, а провоспалительный ФНО- $\alpha$  не реагирует, что говорит о преимущественном участии МГ в развитии аутоиммунных процессов. Можно предположить, что при тАД изменение структуры и свойств МГ приводит к снижению его сродства к рецепторам, задержкам в

доставке цитокинов к клетке, препятствующим контролю их синтеза по типу обратной связи, и к формированию аутоантител к МГ и, возможно, к транспортируемым им молекулам. И напротив, снижение уровней МГ при тПС, вкупе с менее выраженным повышением содержания МГ-IgG, несмотря на значительное увеличение концентраций IgG, ИЛ-8 и тенденции к повышению уровней ФНО- $\alpha$ , свидетельствует о более активном участии МГ в воспалительных процессах. Вероятно, он расходуется на утилизацию протеиназ, высвобождающихся при гибели клеток, а образовавшийся дефицит вносит свой вклад в дисбаланс цитокинового профиля, регулируемого посредством данного белка. Мы полагаем, что определение содержания МГ и МГ-IgG может быть использовано в оценке активности патологических процессов как при ПС, так и при АД, хотя направленность изменений концентрации МГ и выраженность повышения уровней иммунокомплексов будут различаться.

### **Комбинированное лечение псориаза метотрексатом и широкополосной средневолновой фототерапией**

Владимиров В.В., Григорьев Д.В., Сирмайс Н.С.

Государственная классическая академия им. Маймонида, Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, Коломенская центральная районная больница, Институт дерматологии и косметологии, Москва, Коломна

Псориаз является одним из самых распространенных заболеваний кожи, которое протекает годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий.

В арсенале лечения псориаза имеется большое число методов лечения с применением фототерапии, системных препаратов (биологических, ароматических ретиноидов, иммуносуппрессантов, цитостатиков) и препаратов для местной терапии. В последнее время делается упор на лечение пациентов псориазом с применением биологических препаратов, что на сегодня не оправдано с экономической стороны и главное: — не известны возможные отдаленные последствия этого метода лечения.

В связи с этим мы провели изучение эффективности и безопасности лечения больных псориазом широкополосной средневолновой фототерапией (УФБ) в диапазоне 285 — 350 нм и метотрексатом (МТ). В соответствии с поставленными задачами мы провели изучение терапевтической эффективности лечения 346 больных псориазом у двух групп больных:

1 группу составили больные псориазом, получающие широкополосную УФБ-фототерапию и местные средства (281 пациент).

2 группу составили больные, получавшие комбинированную терапию метотрексатом и широкополосной УФБ-фототерапией (65 пациентов). МТ в виде внутримышечных или подкожных (методжект) инъекций применялся в дозе 20 мг 1 раз в неделю. На курс комбинированной терапии делалось в среднем от 2 до 4 инъекций.

Клиническое выздоровление 1 группы было достигнуто у 209 больных (75%), значительное улучшение наблюдалось у 51 пациента (18%), у 21 больного улучшение (7%). Общая доза УФБ составляла от 10 до 18 Дж/см<sup>2</sup>.

Клиническое выздоровление у 2 группы наблюдалось у 58 пациентов (89%), клиническое улучшение наблюдалось у 7 больных (11%). Общая доза УФБ составила от 9 до 15 Дж/см<sup>2</sup>. Курсовая доза метотрексата колебалась от 40 до 100 мг. При этом отмечалась лучшая переносимость подкожных инъекций метотрексата.

Таким образом, комбинированное лечение псориаза широкополосной средневолновой фототерапией и метотрексатом повышает эффективность лечения, а также снижает кумулятивные дозы ультрафиолетового излучения и кумулятивные дозы метотрексата. Выполнение Приказа МЗ и СР № 151н от 16.03.2010 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля и больным лепрой», в части стандарта оснащения отделения физиотерапии в составе кожно-венерологических диспансеров фототерапевтическими приборами открывает широкие возможности лечения больных хроническими дерматозами (в том числе псориазом). Полученный эффект от комбинирования УФВ-фототерапии и метотрексата показывает, что больным будет оказана сравнительно недорогая, но эффективная с точки зрения экономики здравоохранения помощь за счет снижения потребности в лечении дорогостоящими биологическими препаратами.

## Математическая модель взаимодействия фактора некроза опухоли и белка Mdm2

Воропаева О.Ф., Сенчукова С.Р.

Институт вычислительных технологий, Новосибирский государственный университет, Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии, Новосибирск

Цель — исследовать математическую модель взаимосвязи фактора некроза опухоли (p53) с белком Mdm2, позволяющую прогнозировать пути выхода из нежелательных для живого организма состояний.

Материалы и методы. Одно из центральных мест в механизме p53-зависимого апоптоза занимает взаимосвязь p53 с белком Mdm2, который при поступлении сигнала о повреждении ДНК позволяет p53 накапливаться и полностью активироваться, а также способствует восстановлению низкого уровня p53 после завершения стресса. Многие аспекты этого процесса остаются малоизученными. В настоящей работе принята следующая математическая модель сети p53-Mdm2 ( $y_1$  и  $y_2$  — концентрации белков p53 и Mdm2 соответственно):  $dy_1/dt = s - af(y_1, y_2) - by_1$ ,  $dy_2/dt = c_1g(y_1(t), y_2(t)) - c_2y_2$ , где взаимодействие белков определяется функциями  $f(y_1, y_2) = \frac{1}{2}(y_1 + y_2 + k_f - \sqrt{(y_1 + y_2 + k_f)^2 - 4y_1y_2})$ ,  $g(y_1, y_2) = y_1 - f(y_1, y_2)/y_1 + k_g - f(y_1, y_2)$ . Базальные значения параметров модели согласованы с данными лабораторных исследований.

Результаты и их обсуждение. Проведенные расчеты показали, что в базальных условиях математическая модель всегда обеспечивает запуск биологического механизма отрицательной обратной связи в виде затухающих колебаний двух концентраций, происходящих практически в противофазе. В рамках модели исследована реакция системы на стрессы, моделируемые как отклонение одного из параметров модели от базальных значений. Угроза неуправляемой апоптотической гибели клеток, ускоряющей процессы старения организма, возникает в одной из следующих ситуаций: при значительном превышении базальных значений скорости генерации p53 или скорости деградации белка Mdm2, при завышенных значениях константы диссоциации комплекса p53-Mdm2 или константы диссоциации белка p53 или гена Mdm2, а также в случае существенного снижения значений скорости деградации p53 посредством убиквитинирования или скорости производства белка Mdm2 (в том числе за счет взаимодействия с p53). Ситуация чрезмерного подавления апоптоза может возникнуть, если мала скорость деградации белка Mdm2 или чрезмерно

велика скорость производства белка Mdm2. Согласно нашим исследованиям, отклонения скорости самопроизвольного распада p53 от базального значения не играют в этих негативных процессах заметной роли. Автоколебания в сети p53—Mdm2, позволяющие клеткам восстановить свою ДНК без риска необратимых последствий, возможны при отклонении от нормы значений константы диссоциации комплекса или скорости производства белка Mdm2, однако в этих процессах ключевым параметром является также время запаздывания реакции Mdm2 на изменение состояния белка p53. Такие колебания могут позволить клеткам восстановить свою ДНК, не рискуя необратимыми последствиями.

Выводы. В рамках принятой математической модели исследованы базальное состояние сети p53-Mdm2, нежелательные для живого организма ситуации и пути выхода из них. Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ НШ-6293.2012.9.

## Внутриклеточные цитокины IL-2, IL-4, ИНФ-γ у больных псориазом

Донцова Е.В.

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

Важным направлением исследований при псориазе является изучение иммунных нарушений, ответственных за возникновение основных патологических процессов, характерных для заболевания. Эти исследования важны не только для дальнейшего уточнения патогенетических механизмов развития псориаза, но и для разработки эффективных методов его лечения. Цель: оценить уровень внутриклеточных цитокинов IL-2, IL-4 и ИНФ-γ в сыворотке крови у больных псориазом с сопутствующим метаболическим синдромом (МС). Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 113 больных вульгарным псориазом среднетяжелой формы (PASI 49,78±0,44 балла), 58 женщин, 55 мужчин, средний возраст 54,14±0,94 лет и 50 здоровых лиц. 55 больных псориазом имели диагностические признаки метаболического синдрома, определяемые на основе критериев ВНОК, РМОГ (2009). 58 пациентов не имели сопутствующего метаболического синдрома. Определение концентрации IL-2, IL-4, ИНФ-γ в лимфоцитах крови проводили методом проточной цитофлуориметрии на анализаторе Cy Flow производства компании Partec (Германия) с использованием реактивов фирмы Beckman Coulter (Франция).

Результаты: исследование продукции IL-2, IL-4, ИНФ-γ у больных псориазом без признаков МС и у здоровых лиц показывает статистически значимые различия изучаемых параметров: процент CD3+, CD4+, CD8+ -лимфоцитов, способных индуцировать IL-2, IL-4, ИНФ-γ оказался выше аналогичных показателей у здоровых лиц. Зарегистрировано увеличение процента CD3+, CD4+, CD8+ — лимфоцитов, индуцирующих IL-2 соответственно в 1,7—1,8—1,5 раза, IL-4— в 2,8—3,1—2,5 раза, ИНФ-γ— в 3,3—3,6—3 раза (p<0,05 для всех показателей). Обращает внимание более значимый рост процента CD3+, CD4+, CD8+ — лимфоцитов, индуцирующих IL-2, у больных псориазом с сопутствующим МС по сравнению с пациентами без признаков МС соответственно в 1,4—1,5—1,5 раза, IL-4 — в 2 — 2,1 — 1,6 раза, ИНФ-γ— в 1,4—1,4—1,3 раза (p<0,05 для всех показателей). Выводы: Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в системе иммунного гомеостаза у больных вульгарным псориазом среднетяжелой формы, характеризующихся повышенной продукцией внутриклеточных IL-2, IL-4, ИНФ-γ, особенно выраженных у больных с признаками метаболического синдрома. Полученные

данные представляются перспективными в плане коррекции иммунных расстройств у больных псориазом и метаболическим синдромом.

## **Изучение параметров клеточного и гуморального иммунитета у пациентов истинной экземой**

Жучков М.В., Тарасова М.А., Сонин Д.Б., Анурова Г.И., Зиновьева О.В., Протасова Г.И., Андреева К.В.  
Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Городская поликлиника № 2, Рязань

Цель: изучение особенностей иммунного статуса больных истинной экземой в зависимости от тяжести течения дерматоза.

Материалы и методы. Анализ иммунного статуса выполнялся в иммунологической лаборатории на базе Рязанского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Объектом для исследования служили венозная и капиллярная кровь. Подсчет количественного содержания лейкоцитов и лимфоцитов проводили по общепринятой методике (Меньшиков В.В., 2000). Для определения фенотипа лимфоцитов периферической крови пользовались методом непрямой иммунофлуоресценции с помощью моноклональных антител. При этом определялись CD3+, CD4+, CD8+, CD20+. Определение содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови (IgA, IgM, IgG) проводилось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini, при этом в лаборатории применялись специальные иммунодиффузные планшеты. Для оценки степени тяжести экзематозного процесса мы использовали индекс EASI. Под нашим наблюдением находилось 30 больных хронической истинной экземой в возрасте от 20 до 50 лет (15 мужчин, 15 женщин). В зависимости от степени тяжести кожного процесса все пациенты были разделены на две группы: первая группа ( $0 < \text{EASI} < 10$ ) — 14 больных, вторая группа ( $10 < \text{EASI} < 30$ ) — 16. Контрольную группу составляли 30 практически здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными пациентами. Результаты: у больных истинной экземой наблюдалось статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение общей популяции Т-лимфоцитов до  $979 \pm 11,3$  кл/мкл (при  $1240 \pm 10,9$  кл/мкл в контрольной группе). При этом более значительное снижение Т-лимфоцитов наблюдалось во второй группе больных (до  $942 \pm 6,6$  кл/мкл при  $1020 \pm 7,4$  кл/мкл в первой группе больных). Абсолютное количество Т-хелперов было снижено до  $758 \pm 8,8$  кл/мкл ( $844 \pm 7,3$  кл/мкл в контрольной группе). Снижение количества Т-хелперов (до  $788 \pm 5,0$  кл/мкл) у пациентов второй группы было более выраженным, по сравнению с первой ( $728 \pm 5,2$  кл/мкл). Количество Т-супрессоров было снижено до  $221 \pm 2,7$  кл/мкл (у больных второй группы до  $213 \pm 2,2$  кл/мкл, первой — до  $229 \pm 2,6$  кл/мкл), при  $396 \pm 8,2$  кл/мкл в контрольной группе здоровых. При анализе состояния В-системы иммунитета у больных экземой отмечено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) повышение содержания В-лимфоцитов в периферической крови больных по сравнению с контрольной группой ( $382 \pm 4,7$  и  $196 \pm 9,5$  кл/мкл соответственно). Во второй группе пациентов повышение количества В-лимфоцитов (до  $390 \pm 3,0$  кл/мкл) было более значительным, по сравнению с первой ( $374 \pm 5,3$  кл/мкл). Вероятно это связано со снижением уровня Т— супрессоров, которое было обнаружено в ходе нашего исследования. При анализе уровня антител классов А, М, G, у больных хронической экземой в период обострения болезни была обнаружена гиперглобулинемия. Уровень IgA у данных пациентов составил  $2,62 \pm 0,096$  г/л (при  $0,660 \pm 0,051$  г/л в контрольной группе), уровень IgM —  $2,46 \pm 0,061$  г/л (при  $0,636 \pm 0,036$

г/л в контрольной группе здоровых), уровень IgG —  $12,6 \pm 0,30$  г/л (контроль —  $7,10 \pm 0,245$ ). По-видимому, данные изменения также связаны с дефицитом супрессорной функции Т-лимфоцитов. При анализе статистической связи показателей иммунного статуса больных хронической истинной экземой в стадии обострения с тяжестью состояния пациентов была обнаружена статистически значимая высокая отрицательная корреляция уровня CD3+, CD4+, CD8+ с индексом EASI ( $r = 0,81$ ;  $p < 0,05$ ) и статистически значимая высокая положительная корреляция уровня CD20+, IgA, IgM, IgG с индексом EASI ( $r = 0,83$ ;  $p < 0,05$ ).

Выводы: у больных хронической экземой в стадии обострения отмечаются нарушения клеточного и гуморального звена иммунитета, зависящие от тяжести кожного процесса.

## **Продукция специфических аутоантител при аутоиммунной пузырчатке в стадии клинической ремиссии**

Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Белецкая Л.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов, Москва

Аутоиммунная пузырчатка — это группа аутоиммунных буллезных заболеваний с вовлечением в патологический процесс органов, покрытых многослойным плоским эпителием. Этиопатогенетическая роль принадлежит специфическим IgG-аутоантителам, направленным против антигенов-мишеней межклеточной связывающей субстанции многослойного плоского эпителия. Для подавления иммунопатологического процесса применяется иммуносупрессивная терапия пожизненно. По многолетним клиническим наблюдениям, полная отмена глюкокортикостероида, даже после длительной клинической ремиссии на поддерживающей его дозе, всегда приводит к обострению (возобновлению) аутоиммунной пузырчатки. Причина, способствующая сохранению аутоиммунного процесса, пока не известна и требует продолжения детального изучения патогенеза данного буллезного дерматоза.

Цель: определение специфических аутоантител у больных аутоиммунной пузырчаткой в стадии ее клинической ремиссии.

Материалы и методы: непрямой методом иммунофлуоресценции исследованы сыворотки крови 10 больных с аутоиммунной пузырчаткой в стадии клинической ремиссии. В качестве субстрата использована кожа теленка. Диагноз каждого больного ранее подтвержден прямым методом иммунофлуоресценции. Выявлена фиксация IgG в межклеточных пространствах эпидермиса. Среди обследуемых больных были 7 женщин и 3 мужчины. Все женщины и один мужчина страдали вульгарной пузырчаткой; двое других мужчин — себорейной пузырчаткой. На момент обследования средний возраст у мужчин составил  $57,7 \pm 3,5$  лет, у женщин —  $54,8 \pm 14$  лет. Продолжительность болезни — от 3 до 16 лет. В большинстве случаев клиническая ремиссия была достигнута в течение 2 лет. Снижение дозы глюкокортикостероида до поддерживающей дозы проводили в течение от одного года до пяти лет. Длительность клинической ремиссии составляла от полугода до 8 лет, средняя продолжительность ремиссии —  $3,15 \pm 2,5$  года. Поддерживающая доза глюкокортикостероида (преднизолон, метипред) носила индивидуальный характер, от 5 мг/сут до 20 мг/сут per os. При этом один больной с себорейной пузырчаткой в связи с постоянной угрозой обострения язвы 12-перстной кишки в течение

14 лет в качестве поддерживающей дозы получал дипроспан 2,0 мг в/м ежемесячно. В дальнейшем этот пациент самостоятельно отменил введение этого препарата. Обострение патологического процесса в течение последних двух лет не наступило. Результаты: в сыворотке крови 7 (70%) больных из 10 обследованных больных выявлены специфические IgG-аутоантитела в титрах от 1:5 до 1:80. Мишенями во всех семи случаях были антигены межклеточной связывающей субстанции базального слоя эпидермиса и волосных фолликулов. У двух больных дополнительно — антигены межклеточной связывающей субстанции шиповатого слоя, но с более выраженной иммунологической реакцией в межклеточной связывающей субстанции базального слоя эпидермиса.

Выводы: наличие специфических IgG-аутоантител к антигенам десмосомального аппарата преимущественно базального слоя эпидермиса свидетельствует о наличии в этой структуре постоянно присутствующего фактора, способствующего выработке аутоантител. Еще в 60-х годах XX века экспериментальным путем, путем иммунизации животных эпителиальным антигеном, продемонстрирована продукция специфических аутоантител к антигенам межклеточной связывающей субстанции либо только базального слоя, либо всех слоев многослойного плоского эпителия. *In vitro* эти антитела были идентичны аутоантителам, присутствующим в сыворотке больных аутоиммунной пузырчаткой. Подобные исследования и наши наблюдения наводят на мысль о возможно существующей ключевой роли десмосомального аппарата базального слоя эпидермиса в развитии аутоиммунной пузырчатки. Детальное изучение на молекулярно-биологическом уровне данной структуры ткани позволит приблизиться к пониманию сложных и тонких механизмов развития данного буллезного дерматоза, тем самым обеспечивая условия для разработки новых патогенетически обоснованных терапевтических подходов.

### **Болезнь Хейли-Хейли и антитела к антигенам межклеточной связывающей субстанции эпидермиса**

Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Черныш Е.С., Белецкая Л.В. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов, Москва

Болезнь Хейли-Хейли — редкий аутосомно-доминантный наследственный везикулобуллезный дерматоз, характеризующийся супрабазальным нарушением связи между клетками эпидермиса и изменением молекулярно-биологических процессов дифференцировки клетки. Основными причинными факторами врожденного дефекта экспрессии молекул адгезии являются мутации гена ATP2C1, кодирующего секреторные проводящие пути Ca<sup>2+</sup>/Mn<sup>2+</sup> ATPase. Тем не менее, как ранее нами было продемонстрировано, в патогенезе болезни могут участвовать растворимые иммунные комплексы и комплексы, антитела к тканевым антигенам которых обладают более слабой аффинностью. С помощью модифицированного прямого метода иммунофлюоресценции в криостатных срезах клинически интактных участках кожи больных с болезнью Хейли-Хейли выявлена иммуногистохимическая картина, характерная для аутоиммунной пузырчатки. Фиксация IgG в межклеточных пространствах многослойного плоского эпителия, природа которых при болезни Хейли-Хейли пока не ясна. Известно,

что любой вид иммунных комплексов, который локализуется в межклеточных пространствах многослойного плоского эпителия, может оказывать токсическое воздействие. Это приводит к разрушению межклеточных структур, в том числе десмосом, и к последующему разрыву связей между отдельными клеточными элементами, развитию акантолиза и образованию пузырей. Сделанные нами наблюдения перед исследователями ставят вопросы по дальнейшему изучению природы выявленных иммунных комплексов и выяснению причин их возникновения при данном буллезном дерматозе.

Цель: выявление антител у больных с болезнью Хейли-Хейли. Материалы и методы: непрямой методом иммунофлюоресценции исследованы сыворотки крови 10 больных с болезнью Хейли-Хейли в стадии активного иммунопатологического процесса и двух здоровых лиц, являющихся близкими родственниками (сын и родной брат) одной пациентки с болезнью Хейли-Хейли. В качестве субстрата использована кожа крысы, теленка и человека. Результаты: стандартным непрямой методом иммунофлюоресценции в сыворотке крови обследованных больных аутоантитела к антигенам межклеточной связывающей субстанции (МСС) эпидермиса не обнаружены. Выявлены циркулирующие IgG-антитела к антигенам МСС волосных фолликулов, сарколеммы гладкой мускулатуры и ряда других тканей кожи. Титр циркулирующих аутоантител к антигенам разных тканевых структур для этой группы больных составлял от 1:20 до 1:40, т.е. выше уровня естественных антител (1:5). Несмотря на отсутствие аутоантител к антигенам МСС эпидермиса, наличие антител к антигенам МСС волосных фолликулов наводит на мысль о возможном существовании трудноуловимых антител, для выявления которых требуются дополнительные (иные) условия при постановке метода. Так, при инкубации сыворотки больных при температуре 37,2 °C в течение 45 мин позволило выявить IgG-аутоантитела к антигенам МСС верхней трети шиповатого и зернистого слоев эпидермиса. Титр антител составлял от 1:160 до 1:640. Интересно, что у клинически здоровых родственников обнаружены IgG-аутоантитела к антигенам зернистого слоя в титре 1:320. Кроме того, у всех обследованных больных и здоровых лиц дополнительно обнаружены антитела к компонентам ретикулярного слоя дермы.

Выводы: наличие IgG-аутоантител и фиксированных иммунных комплексов в МСС эпидермиса свидетельствует об участии иммунной системы в развитии болезни Хейли-Хейли. Это подтверждается и клинически положительной динамикой от глюкокортикостероидной терапии, проводимой по поводу этого заболевания, особенно в случаях генерализованного процесса. Безусловно, патогенетический механизм акантолиза сложен и требует внесения определенной ясности: возможно извращение структуры молекул адгезии связано или с аутоантителами, направленными против молекул адгезии, или в результате мутаций в гене ATP2C1, или существование одновременно того и другого. Принимая во внимание возможность участия самых различных механизмов возникновения болезни, эта проблема нуждается в развитии и дальнейшем исследовании, в т.ч. на молекулярно-биологическом уровне.

### **Особенности ведения пациентов с распространенным псориазом и артропатиями**

Мельниченко О.О., Радионова Е.Е., Померанцев О.Н., Корсунская И.М. Филиал «Вешняковский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

Несмотря на многочисленные исследования, псориаз остается актуальной проблемой дерматологии: отмечается рост заболеваемости среди лиц молодого возраста, недостаточная эффективность методов терапии. Нередко в клинической практике врача-дерматолога встречаются тяжелые формы псориаза, а именно: псориаз эритродермический, пустулезный псориаз (ладонно-подошвенный тип Varber, генерализованный тип Zumbusch), артропатический псориаз. По данным многоцентрового исследования зарубежных авторов, среди пациентов стран Скандинавии (Zachariae et al., 2002), страдающих псориазом кожи, в 30% случаев отмечалось поражение суставов. Для эффективного лечения пациентов, имеющих сочетание проявлений псориаза на коже с тяжелыми формами псориазического артрита, необходимо включение в лекарственную терапию препарата метотрексат в дозировке 20-30 мг/нед в/м, что нередко вызывает осложнения со стороны органов кроветворения, нефро-, гепатотоксичность. Тяжелые формы ПСА являются показанием для назначения таблетированных или пролонгированных инъекционных форм глюкокортикостероидов. Нередко длительное применение высоких дозировок ГКС оказывает лишь кратковременный положительный эффект и может усугублять течение псориаза кожи в дальнейшем.

Целью нашей работы было разработать алгоритм ведения пациентов с распространенным псориазом и артропатией.

Материалы и методы: под наблюдением во 2 стационарном отделении филиала «Вешняковский» МНПЦДК ДЗМ в период с 2009 по 2012 г. находились 38 пациенток в возрасте от 28 до 67 лет, у которых псориаз кожи сочетался с тяжелыми формами ПСА (отмечался острый болевой синдром, ограничение подвижности, отечность в области пораженных суставов; в процесс вовлекались как крупные, так и мелкие суставы верхних и нижних конечностей, суставы позвоночника). Нами отработана следующая схема ведения данной группы пациентов. В терапию, помимо дезинтоксикационных, гипосенсибилизирующих, антигистаминных (при наличии интенсивного зуда) средств, гепатопротекторов и седативных препаратов, были включены малые дозы ГКС и метотрексата. Мы назначали преднизолон per os в суточной дозировке 20 мг в течение 1 недели с дальнейшим быстрым снижением на 5 мг 1 раз в 3-5 дней вплоть до отмены, или пролонгированные инъекционные формы ГКС (дипроспан 1,0-2,0 мл или кеналог 1,0-2,0 мл) в/м 1 раз в 10-14 дней на курс 1-2 инъекции. Одновременно назначался метотрексат еженедельно по схеме 15мг — 15мг — 10мг в/м с дальнейшим переходом на 7,5 мг 1 раз в неделю перорально.

Результаты: проведенный анализ показал, что при использовании данной схемы лечения удлинялась ремиссия заболевания на срок от 6 мес. до года (ранее обострения наблюдались до 3-4 раз в год или отмечалось непрерывно-рецидивирующее течение заболевания). Клинический эффект совместного применения данных препаратов в малых дозах был соизмерим с монотерапией метотрексатом или ГКС в высоких дозах, однако побочные эффекты как первого, так и вторых практически отсутствовали. Кроме того, мы наблюдали быстрый клинический эффект. Удавалось избежать длительного применения ГКС (к моменту выписки из стационара кортикостероиды, как правило, были уже отменены). Стоит отметить, что отмена ГКС не вызывала обострения заболевания, поскольку пациенты продолжали принимать поддерживающую дозировку метотрексата амбулаторно: по окончании стационарного лечения пациенты были выписаны на долечивание в филиалы по месту жительства с рекомендациями по дальнейшему приему метотрексата в дозировке 7,5 мг 1 раз в неделю перорально под строгим контролем дерматолога.

Выводы: таким образом, схема комбинированной терапии малыми

дозами ГКС в сочетании с метотрексатом позволяет уменьшить побочные эффекты лекарственных препаратов, получить быстрый клинический эффект, продлить клиническую ремиссию, сократить сроки лечения.

## **Микробиологическая идентификация возбудителей и спектр микроорганизмов у стационарных больных с инфекционными заболеваниями кожи**

Нефедова Е.Д., Василькова Е.В., Петяня Л.А., Махнева Н.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Инфекции кожи как первичные, так и вторичные, возникающие в результате воздействия экзогенных (поверхностные травмы, загрязнения кожных покровов, переохлаждения и перегревания кожи и др.) и эндогенных (недостаточность иммунокомпетентной системы из-за перенесенных или сопутствующих заболеваний) факторов присуща как острым, так и хроническим кожным болезням. Чаще всего это свойственно зудящим дерматозам, таким как экзема, атопический дерматит, токсидермия и др. Наличие зуда, как правило, сопровождается многочисленными экскориациями. Нарушение кожного барьера представляет собой входные ворота для внедрения различных патогенных микроорганизмов. Для успешной терапии и сокращения сроков госпитализации, лечение должно быть этиотропным, основанным на результатах бактериологических посевов. Однако наличие инфекций кожи требует назначения местной и/или системной эмпирической антибактериальной терапии с момента постановки диагноза, не дожидаясь результатов посевов, получение которых занимает от 5 до 10 дней.

Цель. Изучение и выявление особенностей микробиологического спектра возбудителей у стационарных больных с первичными и вторичными инфекционными заболеваниями кожи.

Материалы и методы: за 2010-2012 гг. проанализированы результаты бактериологических посевов 100 больных, страдающих различными кожными заболеваниями, из них 44 мужчины и 56 женщин (1:1,3). У данных больных проведено исследование биоматериала с очагов поражения на коже (отделяемое язв, эрозий, пустул и т.п.) на условно-патогенную микрофлору с помощью бактериологического исследования. Определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводили с помощью диско-диффузионного метода, учитывая фармакологическое оснащение стационара.

Результаты: первичные инфекционные заболевания кожи (пиодермия) составили 26%. При этом чаще высеивались *Staphylococcus epidermidis* (34,6%), *Staphylococcus aureus* (23%), *Enterococcus faecalis* (19,2%). Смешанная инфекция отмечена в 27% случаев. Осложненные вторичной инфекцией дерматозы составили 74%. В структуре этих заболеваний преобладали хроническая экзема (19%), акне (15%), ладонно-подошвенный псориаз (7%), распространенный псориаз (5%), язвенно-некротический васкулит (4%). Наиболее часто возбудителями вторичных инфекций кожи являлись *Staphylococcus aureus* (29,7%), *Staphylococcus epidermidis* (21,6%), *Enterococcus faecalis* (15%), *Staphylococcus Co(neg)* (15%), а также — *Escherichia coli* (8,1%). Микст-инфекция выявлена в 32,4% случаях. При определении чувствительности выявленных возбудителей к антибактериальным препаратам обнаружена восприимчивость *Staphylococcus aureus*

к фузидину, клиндамицину, бисептолу, ципрофлоксацину и гентамицину. *Enterococcus faecalis* оказался наиболее чувствителен к ципрофлоксацину, амоксицилину, цефтриаксону и левомицетину. *Staphylococcus epidermidis* — к цефтриаксону, гентамицину и ципрофлоксацину. При росте *Staphylococcus Co(neg)* получены данные о восприимчивости данного аэроба к фузидину, бисептолу, ципрофлоксацину и гентамицину. В случае обнаружения *Escherichia coli* выявлена восприимчивость бактерий к цефтриаксону, гентамицину и левомицетину.

Выводы: многолетний микробиологический анализ идентификации возбудителей и спектра высеваемых микроорганизмов продемонстрировал наибольшую частоту выявляемости *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis* как при первичных, так и при вторичных инфекциях кожи. Проведенный анализ чувствительности этих микроорганизмов к антибиотикам показал их восприимчивость к препаратам цефалоспоринового, хинолонового или аминогликозидного рядов. Приобретенные знания свидетельствуют о возможности и целесообразности назначения эмпирической антибактериальной терапии стационарным больным с инфекционными поражениями кожи. Это позволяет снизить риск развития тяжелых осложнений и сократить сроки пребывания пациента в стационаре. Безусловно, накопленный опыт будет способствовать выработке определенных схем и единых подходов к назначению антимикробной терапии для данной категории больных.

### **Изучение морфогенетических особенностей кожи больных буллезным эпидермолизом — основа для разработки персонифицированных методов лечения**

Петерсен Е.В., Черныш Е.С., Махнева Н.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Термин персонифицированной медицины появился не так давно и свое практическое применение получил фактически с развитием методов молекулярной медицины. Это направление опирается на накопленные знания в области молекулярной генетики, а также понимание роли различных биохимических, молекулярных и клеточных показателей, играющих значимую роль в патологическом процессе и выступающих в качестве биомаркеров этого процесса. Персонифицированная медицина состоит из трех основных направлений — профилактика, диагностика и лечение патологических состояний. Отличительной чертой является индивидуальный подход к каждому пациенту внутри этих направлений. Это подбор методов профилактики, тактики диагностики, схем лечения и тестирование лекарственных средств, индивидуально подобранных для лечения конкретного человека. Буллезный эпидермолиз относится к группе пузырных патологий, причиной которых является мутация более чем 14 различных генов. Спектр клинических проявлений буллезного эпидермолиза широк и зависит от уровня реализации продуктов поврежденных генов, типа и комбинации мутаций, их влияния на уровень мРНК и конечных протеинов. Большое количество мутаций, а также наложение их на индивидуальный генотип конкретного пациента и воздействие внешних факторов объясняет разнообразие клинических проявлений в этой группе заболеваний. Одним из наиболее тяжелых подтипов

буллезного эпидермолиза является рецессивный дистрофический вариант. Он связан с мутацией гена, кодирующего коллаген 7 типа. Иммуногистохимическим методом выявляется либо снижение экспрессии коллагена 7 типа, либо полное ее отсутствие. К мутациям гена COL7A1 относятся мутации — миссенс, сплайс, инсерции или делеции, в результате которых происходит смещение рамки считывания или появление антисмысловых последовательностей, приводящих к преждевременному прекращению кодонов. В настоящий момент обнаружено порядка 540 вариантов таких мутаций. Эти сведения постоянно пополняются сообщениями о появлении новых неописанных вариантов, фиксируются в специальных базах данных и служат основой для разработки методов персонифицированной медицины. Несмотря на то, что в настоящий момент нет разработанных и утвержденных методов патогенетического лечения буллезного эпидермолиза, существуют экспериментальные данные, свидетельствующие о различном исходе болезни при применении инновационных методов лечения (например, клеточной трансплантации) в зависимости от типа мутации COL7A1, гена, кодирующего коллаген 7 типа.

Цель: изучить эффективность различных методов патогенетического лечения буллезного эпидермолиза в зависимости от морфогенетических особенностей кожи больных и разработать базу биомаркеров.

Материалы и методы: произведена сравнительная оценка разрабатываемых и опубликованных методов патогенетической терапии буллезного эпидермолиза; отобраны наиболее перспективные методы, имеющие наибольший потенциал для дальнейшего применения в дерматологической практике. В соответствии с этими методами выделены ключевые морфогенетические особенности пациентов, имеющих наибольший положительный эффект при проведении того или иного метода патогенетической терапии.

Результаты: заложена база данных пациентов, страдающих буллезным эпидермолизом, с учетом их морфогенетических показателей (биомаркеры). Выводы: биомаркеры играют ключевую роль при создании персонифицированных методов патогенетического лечения, способствующих коррекции клинических проявлений и нормализации общего состояния больных. Безусловно, развитие патогенетических методов лечения буллезного эпидермолиза будет способствовать внедрению методов персонифицированной медицины в дерматологию, а также пониманию ключевых показателей, способных выступить в качестве биомаркеров, определяющих верную диагностическую и терапевтическую тактику ведения пациентов с буллезным эпидермолизом.

### **Современные подходы к комплексной терапии экземы**

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Родина Ю.А.

Факультет усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии, Москва

Экзема — распространенное, хроническое, рецидивирующее, полиморфное, мультифакториальное заболевание кожи, формирующееся под воздействием аллерготоксических, нейроэндокринных и обменных нарушений, характеризующееся стадийным течением и эритематозно-везикулезными высыпаниями. Важная роль в развитии заболевания принадлежит нарушениям в иммунной системе. Под воздействием антигена Th0

дифференцируются в Th1 либо Th2, отличающиеся друг от друга секрецией цитокинов и простагландинов. Первый тип контролирует апоптоз мутированных клеток через  $\alpha$ -TNF, а IFN- $\gamma$  тормозит развитие вирусов. Второй тип обеспечивает защиту от бактериальных аллергенов, активирует антителогенез за счет IL-4, IL-5, IL-13. При аллергодерматозах дифференцировка лимфоцитов идет через Th2, активируя В-лимфоциты и синтез IgE антител при участии тучных клеток с выбросом гистамина, серотонина, кининов, соответствующая ранней фазе гиперэргической реакции. Затем следует IgE — поздняя фаза, сопровождающаяся инфильтрацией Т-лимфоцитов кожи в присутствии дендритических клеток, эозинофилов и клеток Лангерганса, определяя хронизацию процесса. Комплекс ПгЕ1 с цАМФ подавляет синтез гистамина, серотонина и других медиаторов. Комплекс ПгF2 с цГМФ активирует продукцию медиаторов аллергии. Установлено преобладание ПгF2 и дефицит ПгЕ1, играющих определяющее развитие и упорное течение экземы. В этой связи нами был апробирован комплексный метод лечения, включающий гипосенсибилизирующую и антигистаминную терапию с инъекциями тимодипрессина. Последний представляет собой отечественный неиммуногенный пептидный иммунодепрессант, состоящий из D аминокислот с пептидной связью, и обладает способностью селективно блокировать процессы пролиферации клеток предшественников, тормозить развитие аутоиммунных процессов, не затрагивая другие органы и ткани. Не вызывает побочных эффектов и защищает стволовые клетки от химиотерапевтического воздействия, угнетает активность цитотоксических лимфоцитов и спонтанную выработку ФНО- $\alpha$ , усиливает фагоцитарную активность нейтрофилов и моноцитов. К достоинствам препарата следует отнести высокую биодоступность, терапевтическую эффективность, отсутствие побочных реакций. Препарат вводили внутримышечно, подкожно и интраназально двумя курсами по 1 мл 0,1% раствора ежедневно в течение 5 дней с двухдневным перерывом. В дальнейшем для закрепления терапевтического эффекта и профилактики в течение 5 дней вводили в каждый носовой ход по 0,5 мл 0,1% раствора. Комплексная терапия была проведена 39 пациентам. Клиническое выздоровление и значительное улучшение было достигнуто у 30 больных, улучшение у 9. Продолжительность ремиссии составила от 10 до 12 месяцев.

### **Влияние внешних воздействий на слабосвязанные белки стержня волоса человека**

Смолина Н.В., Михальчик Е.В., Гусев С.А., Федоркова М.В., Ибрагимова Г.А.

Научно-исследовательский институт физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства России, Москва

Качество стержня волоса зависит от состояния и свойств белков (кератинов), являющихся его основным структурным компонентом. Данные литературы показывают, что под действием химической завивки и отбеливателей происходит ослабление связей между кератинами, в результате возрастает доля белков, которые связаны слабо со стержнем волоса и поэтому легко теряются в водной среде. Наши собственные исследования показали, что рост содержания слабосвязанных белков может происходить и при развитии андроген-зависимой алопеции (АГА), т.е. под действием эндогенных факторов. Поскольку волосы находятся в постоянном контакте с внешней средой, важно представлять, могут ли такие факторы, как ультрафиолетовое облучение (УФ) и механическое повреждение, сказываться на

содержании и вымывании слабосвязанных белков. Известно, что УФ изменяет свойства белков волоса, в первую очередь разрушая ароматические аминокислоты (триптофан). Целью исследования являлась оценка содержания и скорости вымывания слабосвязанных белков волос, подвергшихся механическому повреждению и действию УФ. Параллельно проводили оценку состояния триптофана слабосвязанных белков методом спектрофлуориметрии. Объектом исследования служили волосы здоровых добровольцев. В лабораторных условиях проводили облучение волос УФ лампой BLM-12, Medicor (360 нм, 4,5 кДж/м<sup>2</sup>) в течение 3 часов (расстояние до лампы составляло 12 см), после чего оценивали содержание и вымывание слабосвязанных белков по стандартной методике. Полученные фракции слабосвязанных белков анализировали методом спектрофлуориметрии (собственная флуоресценция и с помощью положительно заряженного флуоресцентного зонда *n*-диметиламиностирил-*N*-гексилпиридиния, ДСП-6). Методом электронной сканирующей микроскопии получали изображения стержня волос до и после обработки.

Результаты: под действием УФ достоверно возрастала (в два раза) скорость вымывания белка, но содержание растворимого белка в гомогенизированном волосе не изменялось. Электронная микроскопия не выявила видимых изменений структуры поверхности стержня волоса. Механическое повреждение кутикулы, подтвержденное данными электронной микроскопии, не влияло на скорость вымывания белков и содержание растворимых белков в стержне волоса. По-видимому, вымывание слабосвязанных белков в большей степени зависит от их структуры, чем от целостности кутикулы. Под действием УФ на волосы наблюдалось смещение максимумов флуоресценции вымываемых белков и белков, растворяющихся при гомогенизации волоса, и изменение их взаимодействия с зондом ДСП-6. Облучение слабосвязанных белков, содержащихся в растворе, приводило к аналогичным изменениям их флуоресцентных свойств. Полученные результаты показывают, что УФ увеличивает вымывание белков из стержня волоса и изменяет их качественные (флуоресцентные) характеристики, что может отражать изменение качества волос, в первую очередь пациентов с андроген-зависимой алопецией.

### **Эффекторы врожденного иммунитета при некоторых клинических формах эритем**

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К.

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва

Дефекты в механизмах распознавания различных микробных PAMPs в результате изменения экспрессии TLRs могут привести к нарушению иммунного ответа, в то же время чрезмерная продукция провоспалительных цитокинов может стать причиной развития хронического воспаления.

Цель исследования: изучение экспрессии TLRs на МЛПК и в коже у больных ГАМЭ, кольцевидной центробежной эритемой Дарье (ЭКЦД), мигрирующей эритемой (МЭ) и динамика этих показателей в ходе терапии. Уровни экспрессии TLRs определяли методом проточной цитометрии с применением МКА. В комплексной терапии больных применялась вакцина поликомпонентная из антигенов условно-патогенных микроорганизмов Иммуновак-ВП-4 (НИИВС им. И.И. Мечникова РАМН). В роли триггеров у 9 из 15 больных ЭКЦД выступала реактивация хронической ВЭБИ, у 3 больных ВЭБИ и ВГЧ-6. В биоптатах кожи из длительно существующих очагов

выявлена более высокая экспрессия TLR7,8 (25,9±3,1 и 78±8,1% соответственно), чем в очагах с длительностью существования до 3 месяцев (13,8±3,8 и 31,8±4,3%). В сыворотке больных ЭКЦД выявлены высокие уровни TLR2,3,9, что подтверждает вирусную природу заболевания. В ходе терапии препаратом Кагоцел в коже достоверно повышалась экспрессия TLR7 до 40±2,5%, TLR9 до 11,7±2,6%, TLR3 с 7,47±2,5 до 11,7±4,4%. Иммуновак-ВП-4 способствовал усилению экспрессии кератиноцитами TLR3 до 20,07±3,7%, TLR9 почти в 3 раза, TLR2 и TLR4 до 18,63±2,07 и 17,47±1,3% соответственно. В сыворотке крови Иммуновак-ВП-4 способствовал усилению экспрессии TLR3 (с 35,94±3,7 до 48,3±5,8%) по сравнению с терапией Кагоцелом (до 38,75±6,5%). При обследовании 39 больных ГАМЭ в сыворотке наблюдался высокий уровень TLRs, что подтверждает очевидную роль инфекционных агентов в патогенезе дерматоза. У больных с длительностью заболевания менее 6 месяцев отмечались низкие значения TLR2 (до 0,05%), TLR4 (до 0,1%) на фоне повышенной экспрессии TLR3 (до 96,7%), TLR9 (до 97,8%). У больных ГАМЭ с сочетанной ВПГ1,2 инфекцией уровни экспрессии TLR4,9 в сыворотке превышали значения у здоровых лиц в 4 раза (21,31±5,32 и 48,5±7,5% соответственно), TLR2,3 в 3 раза (14,14±5,46 и 48,72±7,6% соответственно). Иммуновак способствовал усилению экспрессии TLR3 в 2 раза. При терапии Иммуновак и Кагоцелом отмечалась стимуляция экспрессии TLR9. При обследовании 19 больных МЭ у большинства больных наблюдались высокие уровни экспрессии TLR2(25,1±7,6%), TLR4(13,8±4,5%), TLR3,9 (59,9±9,8% и 57,1±9,7% соответственно). В биоптатах кожи наблюдались высокие уровни экспрессии TLR2,4 в очагах с длительностью существования 1-3 месяца (19,4±4,3 и 13,6±3,8% соответственно), в длительно существующих очагах экспрессия TLR2,4 снижена (5,8±1,6 и 6,8±2,5% соответственно). Дисфункции в системе TLRs в коже, особенно TLR2, частично объясняют хроническое течение и рецидивирование инфекции в результате нарушения кооперации клеток врожденного и как следствие — адаптивного иммунитета. Иммуновак содержит лиганды для TLRs, ассоциированных с патогенезом бактериальных инфекций, поэтому Иммуновак, существенно не снижая TLR2,4, способствует активации механизмов врожденного иммунитета, прежде всего против этиологически значимых бактерий, а также против *Borrelia burgdorferi*. Гиперэкспрессия в коже TLR7,8 у больных ЭКЦ может являться маркером формирования хронического воспаления и свидетельствовать о наличии компенсаторного механизма в ответ на вирусную нагрузку, которая выступает в роли триггера у обследованных больных. У больных ГАМЭ гиперэкспрессия TLR3,9 может являться лабораторным маркером активности вирусов, а TLR2,4 — тяжести инфекционного процесса. В то же время при длительном течении ГАМЭ в результате длительной персистенции вирусов и дисбаланса взаимодействия иммунокомпетентных клеток происходит снижение экспрессии TLR3,9. У больных МЭ гиперэкспрессия TLR2,4 МЛПК и кератиноцитами может являться маркером активности инфекционного процесса, вызванного *Borrelia burgdorferi*. В ходе иммунотерапии у больных ЭКЦ и ГАМЭ повышение TLR9,3 МЛПК и кератиноцитами может свидетельствовать о включении внутриклеточных рецепторных механизмов. Изучение особенностей экспрессии TLRs дает возможность провести оценку степени активности инфекционного процесса и позволяет прогнозировать течение заболевания и повысить эффективность проводимой терапии. Включение в терапию больных ЭКЦД, ГАМЭ, МЭ иммунных препаратов способствует активации рецепторов врожденного звена иммунной системы путем воздействия на

этиопатогенез заболевания и способствует устранению триггера и/или элиминации патогена.

## **Перспективные направления применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона при дерматозах**

Суворов А.П., Суворов С.А., Сеницын Н.И., Елкин В.А.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Перспектива применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) в практической медицине обусловлена его способностью восстанавливать нарушения гомеостаза (Голант М.Б., 1991, 1995). Многочисленные клинические заболевания свидетельствуют об эффективности ЭМИ ММД при дерматозах: псориазе (Адаскевич В.П. и соавт., 1997; Дмитрук В.С., Зуев А.В., 1998; Никулин Н.К. и соавт., 1998.), атопическом дерматите (Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., 1996), красной волчанке (Курников Г.Ю., 1996). Нами КВЧ-терапия использовалась при лечении больных простым и опоясывающим герпесом, атопическим дерматитом, микотической инфекцией и очаговой склеродермией. В результате анализа результатов лечения больных герпетической инфекцией констатировано, что при применении КВЧ-терапии значительно раньше, чем в группе сравнения, разрешаются клинические проявления заболевания (Суворов А.П., Воронина Т.Н., 2001, 2002, 2003). У больных опоясывающим герпесом, получивших КВЧ-терапию, отсутствовали признаки постгерпетического неврита, а при простом герпесе значительно увеличивался период ремиссии, и в случаях обострения инфекционного процесса высыпания носили abortивный характер (чаще ограничиваясь эритемой или мелкими единичными узелково-везикулярными элементами). У больных Herpes simplex за период наблюдения (от 2 до 2,5 лет) рецидивов не было. Одновременно у обследованных больных герпетической инфекцией (относительно данных, полученных до лечения) статистически достоверно повышалась активность церулоплазмينا плазмы, миелопероксидазы лейкоцитов, каталазы эритроцитов и Г-6-ФДГ эритроцитов. При этом содержание в периферической крови малонового диальдегида, диеновых и триеновых конъюгатов снижалась (Суворов А.П., Воронина Т.Н., 2001). Больным атопическим дерматитом помимо общепринятого лечения проводилось облучение ЭМИ ММД области проекции надпочечников (Суворов А.П. и соавт., 1996, 1998). При этом, уже на 5-6-й день воздействия миллиметровых волн исчезала эритема, на 7-8-й — почти полностью разрешалась инфильтрация, на 10-11-й — отчетливо уменьшалась интенсивность зуда. Полное клиническое разрешение констатировалось к 21-22-у дню. Анализ клинических наблюдений свидетельствует и о повышении терапевтической эффективности антифунгальных препаратов при совместном их использовании с ЭМИ ММД (Суворов А.П., Жукова Т.В., 2001). Так, применение ЭМИ ММД у больных микозом стоп проводилось в сочетании с кремом микозорал, а при онихомикозах — дополнительно с системным антимикотиком румикоз (итраконазол). При этом была констатирована нормализация показателей иммунного статуса и белково-углеводных комплексов, показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, пентозофосфатного цикла, что создавало условия для стойкого характера выздоровления. Использование антифунгальных средств в сочетании с КВЧ-терапией значительно сокращало сроки лечения и предотвращало рецидивы заболевания (Суворов А.П., Шабогина А.А., 2004). После курса КВЧ-терапии нами констатирован отчетливый терапевтический эффект у

больных очаговой склеродермией. Улучшалось самочувствие больных, исчезала эритема и инфильтрат в пределах очага поражения кожи. Значительно сокращались сроки пребывания пациентов в стационаре (Суворов А.П., Черняева О.В., 2002). Нами также предложен новый способ лечения больных очаговым облысением, включающий облучение области грудины миллиметровыми волнами (Суворов А.П., Сеницын Н.И., Елкин В.А., Суворов С.А. «Способ лечения больных очаговым облысением». Патент РФ № 2364427. Бюл. № 23, 20.08.2009). Способ отличается тем, что на область грудины предварительно накладывают аппликатор — кварцевую пластину с микро- и нанонеоднородностями на ее поверхности, контактирующей с кожей. Выдерживают 20—25 минут и затем через нее проводят воздействие миллиметровыми волнами на частоте 61,2 ГГц плотностью потока падающей мощности 0,6 мВт/см<sup>2</sup> в течение 20 минут. Курс лечения — 8—10 ежедневных процедур. Таким образом, имеющиеся клинические наблюдения позволяют сделать заключение о высокой эффективности информационно-волновой терапии, о перспективности ее применения в дерматологии. КВЧ-терапию целесообразно использовать прежде всего при дерматозах, в патогенезе которых существенное значение имеют нарушения иммунного статуса, гомеостаза, микроциркуляции и перекисного окисления липидов.

## **Морфофункциональные характеристики кожи новорожденных**

Шлико И.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней, Нижний Новгород

Изучение морфологических особенностей кожи младенцев до последнего времени было ограничено по этическим причинам в связи с инвазивным характером методов исследования. Широкое развитие новых неразрушающих технологий позволило на современном уровне изучать функциональные и структурные особенности кожи новорожденных в условиях *in vivo*.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфофункциональных особенностей кожи новорожденных с использованием ОКТ. Критерии включения: дети, рожденные от доношенной (37-42 неделя гестации) физиологически протекавшей беременности, без признаков патологии кожных покровов. Все матери обследуемых детей были проинформированы о ходе исследования и используемом оборудовании, после чего были получены добровольные письменные согласия. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ НИИКИ (протокол №12 от 01.10.04).

Материалы и методы: комплексное морфофункциональное обследование проведено 10 новорожденным в возрасте от 7 до 20 дней (3-ж, 7-м). В качестве сравнения была обследована группа подростков от 12 до 17 лет (4—ж, 6-м). Исследование функциональных и структурных параметров кожи проводили в 14 точках различных анатомических областей. Функциональные характеристики кожи: влажность рогового слоя, трансэпидермальная потеря воды (ТЭПВ), пигментация, эритема определяли с помощью многофункционального комбайна Multi Skin Test Center MC 750 (Courage+KHzaka Cologne, Германия). Морфологическое состояние кожи исследовали прижизненно методом ОКТ с использованием оптико-когерентного томографа, изготовленного в Институте прикладной физики (ИПФ) РАН (Нижний Новгород).

Результаты. При анализе полученных томограмм было установлено, что на ОКТ-изображениях кожи младенцев присутствует

поверхностный слой сильного рассеяния, различной высоты на всем протяжении, имеющий в различных локализациях размеры от 14 до 42  $\mu\text{m}$ . На томограммах в группе сравнения данный слой тоньше от 7 до 14  $\mu\text{m}$  либо плохо различим. Качественные различия ОКТ-изображений также прослеживаются в области ладоней и подошв. Так, у младенцев отсутствует типичный рисунок толстой кожи с выраженным роговым слоем и отчетливыми сосочками. Оптический образ толстой кожи у младенцев не имеет типичной слоистой структуры, контраста и четких границ между слоями, что делает невозможным математическую обработку изображения. Исследование структурных параметров кожи позволило установить, что эпидермис новорожденных тоньше эпидермиса подростков. Показатели толщины сосочкового слоя дермы также меньше у новорожденных, но при этом статически значимых отличий не выявлено. Во всех измеренных точках выявлено увеличение глубины полезного сигнала изображения кожи младенцев, в 10 из 14 точек данный параметр статически значимо больше. Показатели влажности в обеих группах значительно варьируются в зависимости от локализации. Выявлено, что на коже лица гидратация рогового слоя новорожденных статически значимо ниже, за исключением точки угол рта. Максимальный показатель влажности выявлен на ладонях у младенцев 61 (44;74), что статически значимо больше показателя влажности у подростков ( $p=0,0002$ ). В области плеча, предплечья, пупка, пятки и тыла стопы показатели влажности у младенцев превышают аналогичные значения у подростков. Показатель ТЭПВ у младенцев ниже, чем у взрослых, во всех точках, за исключением тыла стопы. Установлено, что во всех измеряемых точках показатель эритемы у младенцев статически значимо больше. Наибольшие абсолютные значения выявлены у маленьких на ладонях и подошвах, в то время как у взрослых в аналогичных локализациях зафиксированы практически самые низкие значения уровня эритемы. Показатель пигментации у младенцев статически значимо меньше во всех измеряемых точках, кроме границы волосистой кожи головы, скулы и ладони где значения в двух группах практически одинаковые. Выводы. Метод ОКТ позволяет изучать морфологические характеристики кожи новорожденных. ОКТ изображение кожи новорожденных имеет качественные и количественные отличия. Комплексное исследование морфологических и функциональных характеристик кожи новорожденных позволяет получить полную картину кожи младенца. Полученные результаты могут быть использованы как в фармацевтической промышленности при выпуске специальных серий по уходу, так и в детской дерматологии при анализе патологического процесса в коже и назначении терапии.

## **К вопросу о классификации инволюционных изменений кожи**

Юсова Ж.Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования: установление типа инволюционных изменений кожи. Задачи исследования: в зависимости от состояния микроциркуляторного русла дермы определяется тип старения, который, в свою очередь, задает алгоритм процедур для восстановления кожи.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 505 добровольцев в возрасте от 25 до 72 лет. Методом ультразвукового сканирования с использованием аппарата Acuson Antares и

линейного датчика VF 10-5 с разрешением 10 мГц, иммерсионной среды изучали тип возрастных изменений в коже; компьютерный капилляроскоп (Центр «Анализ веществ», рег.н. ФС 022я2005/1494-05).

Полученные результаты. Предложенная классификация определяет тип и степень инволюционных изменений кожи. Исследование взаимосвязи между типом старения и особенностями микроциркуляции крови в коже привело к новому взгляду на проблемы старения и внесло определенные коррективы. Различают несколько типов старения кожи. Один из них — морщинистый. Данный тип старения был установлен у 29,4% исследуемой группы. Ультразвуковая картина кожи характеризовалась присутствием линейных структур в эпидермисе, появлением в дерме большого количества участков с высокой степенью разрушения волокон, истончением, уменьшением акустической плотности, а также наличием широкой субэпидермальной гипозоногенной полосы. Клиническая картина при морщинистом типе старения характеризовалась уменьшением плотности капиллярной сети, увеличением ее извитости, деградацией динамических параметров (скорости, ускорения) микроциркуляции крови. Деформационный тип старения кожи наблюдался у 37,8% исследуемых. Довольно часто у них наблюдался купероз и розацеа, изменяется овал лица, отмечалось обвисание щек, наличие двойного подбородка. Ультразвуковая картина характеризовалась неоднородностью структур кожи, снижением эхогенности дермы, уплотнением эпидермиса, наличием межклеточной жидкости. Клинически при деформационном типе старения определялось увеличение диаметров венозного и переходного отделов капилляров (переходный отдел в данном случае начинает выполнять функции венозного), депонирование крови, венозный застой (стаз) и,

как следствие, разрушение капилляров, увеличение размеров периваскулярной зоны. Смешанный тип старения был отмечен у 43,05% добровольцев. Как правило, этот тип старения проявляется в верхней трети лица как при мелкоморщинистом типе, а в нижней трети преобладают признаки деформационного типа. Ультразвуковая картина разных участков кожи соответствовала морщинистому, либо деформационному типу старения. Нарушение микроциркуляции крови в верхних слоях дермы носило смешанный характер. На разных участках кожи в зависимости от их строения и анатомической нагрузки (активной мимики и др.) нормализация микроциркуляции идет по-разному, отчего при старении по смешанному типу кожа одновременно имеет признаки недостаточности как артериол, так и венул.

Выводы. Предложенная классификация инволюционных изменений кожи позволяет в значительной мере стандартизировать тактику эстетической коррекции. Так, при доминирующих признаках деформационного типа в коже выражен межклеточный отек и проведение процедур, направленных на уменьшение отека сократит сроки реабилитации после операционных вмешательств, а в дерматокосметологии улучшение трофики приведет к визуальному улучшению состояния кожи. При мелкоморщинистом типе важными факторами при реабилитации являются препараты, улучшающие микроциркуляцию, и дезагреганты, а в дерматокосметологии приоритетными будут являться увлажняющие процедуры и биоревитализация. Таким образом, знание характера микроциркуляторных нарушений разрешает дифференцированно проводить подбор методов коррекции, контролировать эффективность проводимого лечения, а при выполнении оперативных вмешательств помогает в выборе терапии и позволяет сократить сроки реабилитационного периода.

## КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

### Пилинги с салициловой кислотой и ее производными при коррекции возрастных изменений кожи

Балашова А.В.

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

Цель исследования: научно-практическое обоснование лечебных эффектов химических пилингов с  $\beta$ -липогидроксикислотой (ЛГК) и с салициловой кислотой (СК).

Задачи исследования: изучить и сравнить лечебные эффекты пилингов с ЛГК и СК на основании иммуногистохимических параметров кожи, определить глубину повреждения кожи после однократного воздействия химическими пилингами по уровню и локализации экспрессии маркеров, отражающих процессы апоптоза, антиапоптоза, пролиферации клеток и целостность базальных мембран (p53, Bcl-2, Ki-67, коллагена 4 типа).

Материал и методы исследования: у пяти волонтеров в возрасте 25–35 лет исследовали биоптаты кожи после однократного химического пилинга с ЛГК и СК. Пилинг с ЛГК проводили с использованием 5% или 10% раствора  $\beta$ -липогидроксикислоты — деривата салициловой кислоты, дополненного липофильной цепочкой. Пилинг с СК выполняли 30% раствором неизменной СК. Оба пилинга проводили по универсальной схеме, включавшей в себя обезжиривание кожи, несколько аппликаций пилингового раствора до появления гиперемии. Из биоптатов кожи, взятых у 2 человек через 1 неделю, у 1 — через 10 дней и у 2 человек через 2 недели после процедуры, готовили криостатные срезы, которые окрашивали по общепринятой непрямо иммуногистохимической методике. Иммуногистохимическое исследование включало определение экспрессии маркеров апоптоза (Anti-p53, Bio Genex, США), антиапоптотического фактора (Anti-Bcl-2, Bio Genex, США), активно пролиферирующих клеток (Anti-Ki-67, Bio Genex, США) и основного коллагена базальных мембран (Anti-collagen IV, Biocare Medical, США). Фотографии гистологических препаратов (увеличение  $\times 640$ ) обрабатывали с применением программы Морфология 5.0, где подсчитывали его среднюю оптическую плотность с последующей статистической обработкой результатов в программе Statistica 6.1. Результаты. При иммуногистохимическом исследовании интактной кожи выявлено, что экспрессия маркеров p53 и Bcl-2 отмечалась в базальных и шиповатых кератиноцитах, в клетках потовых желез и волосяных луковиц, фибробластах дермы и стромы желез; Ki-67 экспрессировали отдельные базальные, реже шиповатые кератиноциты, клетки придатков кожи (волосяных луковиц, потовых и сальных желез); коллаген 4 типа был экспрессирован в базальных мембранах дермоэпидермального соединения, потовых и сальных желез, волосяных луковиц, сосудов. Установлено, что у пациентов с возрастными изменениями кожи после пилинга с ЛГК в эпидермисе повышается экспрессия маркера Bcl-2 на 51% ( $p < 0,05$ ), и снижается экспрессия коллагена 4 типа на 22% ( $p < 0,05$ ); в дерме снижается экспрессия маркеров p53 на 31% ( $p < 0,05$ ), коллагена 4 типа на 51% ( $p < 0,05$ ) и повышается на 6% экспрессия маркера Bcl-2 ( $p < 0,05$ ). В результате пилинга с СК в эпидермисе пациентов с возрастными изменениями кожи повышена экспрессия маркера p53 на 78% ( $p < 0,05$ ), Bcl-2 на 37% ( $p < 0,05$ ), Ki-67 на 22% ( $p < 0,05$ ), снижена экспрессия маркера коллагена 4 типа на 47% ( $p < 0,05$ ). В дерме обнаружено снижение экспрессии маркера Bcl-2 на 19% ( $p < 0,05$ ),

коллагена 4 типа на 55% ( $p < 0,05$ ). Таким образом, результаты иммуногистохимических исследований показали, что пилинги с ЛГК и СК отличаются по своему воздействию на эпидермис и дерму. Пилинги с  $\beta$ -липогидроксикислотой действуют, преимущественно, в эпидермисе, где через 2 недели после процедуры преобладают процессы пролиферации (повышена экспрессия маркеров Bcl-2, Ki-67). Пилинги с салициловой кислотой вызывают более выраженное повреждение клеток эпидермиса, где остаются высокими показатели апоптоза (p53) и пролиферации (Bcl-2, Ki-67), и в дерме, где преобладают показатели апоптоза с небольшим повышением показателей пролиферации.

Выводы: реализация лечебных эффектов пилинга с ЛГК происходит на уровне эпидермиса, а пилинга с СК — на уровне эпидермиса и дермы.

### Влияние терапии системным изотретиноином на экспрессию антимикробных пептидов у больных акне

Боровая А.С., Олисова О.Ю., Шарди М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Акне (вульгарные угри) — один из часто встречающихся дерматозов, поражающих до 95% подростков. Встречаемость тяжелых и средне тяжелых форм составляет на сегодняшний день 20—35%. Высказывается единое мнение о мультифакторном характере этиопатогенеза акне и о роли антимикробных пептидов (АМП) в формировании воспаления и иммунного ответа при акне.

Несмотря на многообразие методов лечения акне, отмечается резистентность дерматоза к терапии, что диктует необходимость поиска новых патогенетически обоснованных методов лечения.

Цель исследования. Изучение патогенетической роли 14 типов антимикробных пептидов в коже больных акне в процессе лечения системным изотретиноином и разработка оптимальных методов терапии акне различной степени тяжести.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 пациентов — 37 женщин и 23 мужчины в возрасте от 18 до 45 лет. Из них у 25 (41,76%) больных наблюдалось акне легкой степени, у 22 (36,7%) — акне средней степени, 13 (21,7%) больных имели акне тяжелой степени. Пациенты были распределены на 2 основные группы в зависимости от суточной дозы назначаемого системного изотретиноина (препарата Роаккутан). Больные с легкой и средней степенью акне получали низкие дозы изотретиноина ( $\leq 0,4$  мг/кг/день), пациенты с тяжелой степенью получали стандартные дозы изотретиноина (0,5—1 мг/кг/день). У больных с тяжелой степенью акне была взята «бритвенная» биопсия папулезного элемента акне до лечения, через 2 месяца и 6 месяцев лечения для дальнейшего проведения количественной ПЦР в реальном времени. Группой контроля являлись здоровые добровольцы — 9 мужчин и 2 женщины в возрасте 26—43 лет, у которых была также взята бритвенная биопсия. Была выявлена относительная экспрессия генов 14 типов АМП (кателицидина,  $\beta$ -дефензина-2, лактоферрина,  $\alpha$ —дефензина, гранулизна, перфорина, RANTES, лизоцима, дермцидина, РНК-азы7, псориазина, CXCL9, хромогранина В, субстанции Р) в коже больных акне и проведен детальный анализ данного показателя в процессе лечения. Результаты сравнивались с результатами контрольной группы, представленной здоровыми добровольцами.

Результаты. У больных акне отмечается увеличение относительной экспрессии кателицидина,  $\beta$ -дефензина-2, лактоферрина, лизоцима, псориазина, РНК-азы-7, подавление относительной экспрессии  $\alpha$ -дефензина. В процессе лечения выявлена нормализация относительной экспрессии исследуемых АМП, а именно, увеличение  $\alpha$ -дефензина, подавление кателицидина,  $\beta$ -дефензина-2, тенденция к снижению лактоферрина, псориазина, лизоцима. Относительная экспрессия исследуемых АМП коррелирует с положительной динамикой клинической картины в процессе лечения системным изотретиноином. Разработаны оптимальные дозы системного изотретиноина, эффективные для лечения акне разной степени тяжести. Низкие дозы изотретиноина. (Выводы. Впервые выявлена относительная экспрессия 14 наиболее важных антимикробных пептидов в коже больных акне и доказано положительное влияние терапии изотретиноином на экспрессию некоторых АМП. Можно надеяться, что в будущем данные пептиды могут быть использованы в качестве местного лечения акне, главным образом кателицидин,  $\beta$ -дефензин-2, псориазин и в меньшей степени лактоферрин, лизоцим и РНК-аза-7. Необходимы дальнейшие исследования на предмет их участия в иммунном ответе против *P. acnes*.

### **Стабильность полярной формулы Бренера—Пфлюгера как предиктор рефрактерности к применению ботулинического токсина типа А**

Жучков М.В.

Областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань

Основной целью данного исследования было изучение возможностей диагностики вторичной (приобретенной) резистентности к ботулиническому токсину типа А, применяемому для коррекции мимических морщин и явлений актинического эластоза (высоких градаций по R.Glogau). Основной научной идеей проекта была гипотеза о том, что являясь основной «физиологической константой», констатирующей сохранность нейромышечного аппарата, полярная формула Бренера—Пфлюгера может изменяться при введении препаратов ботулинического токсина, непосредственно нарушающих нейромышечную передачу. Более того, исследование продемонстрировало некоторые изменения полярной формулы, возникающие после инъекция ботулинического токсина и позволяющие предсказывать некоторое уменьшение эффективности последующих инъекционных процедур. Наиболее доступной в настоящее время методикой электродиагностики является применение переменных синусоидальных модулированных токов малой силы от аппаратов «Амплипульс». Данная исследовательская работа проводилась с помощью аппарата «Амплипульс — 5». Подача импульсного, но не «тетанизирующего» тока проводилась с помощью «нестандартизированного» игольчатого электрода с площадью рабочей поверхности 0,1 кв.см., удовлетворяющей потребностям данного исследования. Подача «диагностического» тока проводилась в двигательные точки Эрба, описываемые в большинстве руководств по физиотерапии и реабилитации (Улащик В.С., 2003). Точки Эрба на лице подбирались с учетом той зоны лица, в которой применялся один из препаратов ботулинического токсина типа А («Ботокс», Allergan, США; «Диспорт», «Ipsen», Великобритания). Анализ полученных результатов проводился с помощью электромиографа «Синапсис» («НМФ Нейротех», Россия). Анализируемые электромиограммы интерпретировались с использованием полярной формулы Бренера — Пфлюгера: КЗС > АЗС > АРС > КРС (в норме: катодзамыкательное

сокращение (КЗС) больше анодзамыкательного (АЗС), больше анодразмыкательного (АРС) и больше катодразмыкательного сокращения (КРС)). При первичном исследовании группы женщин (41 пациентка), впервые обратившихся к дерматокосметологу для коррекции мимических морщин или явлений актинического эластоза. Структура формулы Бренера — Пфлюгера у пациенток, получивших косметически приемлемый результат (оцениваемый пациентками как «отличный» (n=36) и «хороший» (n=5)) была изменена. Величины КЗС, АЗС, АРС и КРС были неравномерно снижены, причем КРС и АРС практически отсутствовали. Данный факт относительно «объективно» подтверждал эффективность препаратов ботулинического токсина типа А у пациенток, которые впервые прибегли к инъекциям этого средства. Реализуя свой эффект через блокирование высвобождения ацетилхолина из пресинаптического нервного окончания, «Ботокс» и «Диспорт» нарушали нервно—мышечную проводимость и разглаживали сеть морщин в соответствующих зонах, снижая при этом показатели стимулируемого ответа соответствующей мышцы. Всем пациенткам в течение последующих 6—8 месяцев потребовались дополнительные инъекции соответствующих препаратов, так как действие токсина имеет свои временные ограничения. Но после повторных инъекций при проведении электродиагностических процедур ситуация изменилась. Несмотря на столь же хорошие косметические результаты (оцениваемые самими женщинами), у десяти пациенток (получающих «Ботокс») появились небольшие, но значимые АРС и возросли значения КЗС и АЗС. При анализе результатов оказалось, что «количественные» значения всех показателей сокращений у них остались сниженными, а структура полярной формулы Бренера—Пфлюгера была сохранена. При дальнейшем наблюдении именно эти женщины уже через 5 и 6 месяцев соответственно обратились за дополнительными инъекциями, которые не принесли желаемого результата. Миографическая картина у них тогда практически не отличалась от исходной, с сохраненной структурой формулы Бренера—Пфлюгера. Таким образом, можно констатировать что стабильность (несмотря на низкие величины) полярной формулы Бренера—Пфлюгера является в настоящее время возможным клиническим предиктором резистентности к препаратам ботулинического токсина типа А, а значит, и незамедлительному применению у пациентов токсинов типа В.

### **Сравнительное клиническое исследование эффективности и безопасности вязкоупругих гелей на основе гиалуроновой кислоты и гидроксиапатитсодержащих препаратов**

Лешунов Е.В., Таран М.Г., Юцковская Я.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии, Владивосток

Инъекционные имплантаты (филлеры) представляют собой самодостаточную нехирургическую альтернативу в коррекции инволюционных изменений кожи. В настоящее время нет единого мнения в отношении эффективности и безопасности таких веществ, как гиалуроновая кислота и гидроксиапатит.

Цель: оценить клиническую эффективность и длительность объемной коррекции и определить ее связь с качественными и количественными гистоморфологическими показателями неокollaгеннеза в местах введения имплантатов.

Материалы и методы: обследовано 24 женщины, средний возраст которых составил 39,2 года. Исключались беременные и

кормящие грудью, женщины с наличием в анамнезе аллергических реакций, применявшие любые косметические вмешательства в нижней трети лица. Пациентки выразили неудовлетворенность своим внешним видом. Всем женщинам было проведено анкетирование по международным опросникам GAIS и SF-36 и была выполнена инъекционная коррекция носогубных складок гидроксиапатитсодержащим препаратом. Для оценки морфологических изменений была взята punch-биопсия. Для забора биопсии в постаурикулярной зоне предварительно, для сравнения, был введен препарат слева — гидроксиапатит, справа — гиалуроновая кислота. Биопсийный материал был исследован иммуногистохимическим методом с определением экспрессии маркеров коллагена 1 типа, коллагена 3 типа, эластина и Ki 67. Оценка результатов проводилась на 4 и 9-й месяц. Результаты статистически обработаны с применением программы Statistica 6.0. Результаты. В результате анкетирования по GAIS после процедуры 92% женщин заявили о значительном улучшении, а 8% — улучшении внешнего вида. По результатам SF-36 статистически значимых изменений не зафиксировано.

Выявлены значительно более высокие значения экспрессии всех показателей неокollaгенеза после коррекции препаратом гидроксиапатита, по сравнению с гиалуроновой кислотой ( $P < 0,001$ ), также достоверно зафиксировано наличие мукоидного набухания дермы лейкоцитарной инфильтрации после применения гиалуроновой кислоты. В образцах с гидроксиапатитом воспалительных изменений не зафиксировано.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об улучшении качественных и количественных показателей неокollaгенеза и безопасности применения гидроксиапатитсодержащих препаратов в сравнении с гиалуроновой кислотой.

## **Клинико-дерматоскопические особенности невусов у больных псориазом и витилиго**

Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

К факторам риска развития меланомы относят ультрафиолетовое облучение, в том числе узкополосную фототерапию 311нм, ПУВА-терапию, эксимерный лазер 308нм, применяемые для лечения псориаза и витилиго. Вопрос о возможном увеличении риска развития меланомы кожи у данных пациентов рассматривается в связи с исходным провоспалительным фоном патологии и с проводимым лечением.

Целью исследования было провести сравнительный анализ клинико-дерматоскопической характеристики крупных меланоцитарных невусов у больных псориазом и больных витилиго.

Материалы и методы. Было сформировано три группы наблюдения. Первую группу составили 32 больных псориазом (от 16 до 68 лет). Из них 22 человека имели крупные меланоцитарные невусы диаметром 5 мм и более, в группе было выявлено 68 крупных меланоцитарных невусов. Вторую группу составили 9 пациентов с витилиго в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст 35,9 лет), 2 мужчин и 7 женщин. У 3 пациентов было обнаружено 6 меланоцитарных невусов диаметром 5 мм и более. Для группы сравнения методом случайной выборки было отобрано 100 человек, не имеющих псориаза (от 18 до 60 лет), у 37 пациентов было обнаружено 60 меланоцитарных невусов диаметром 5 мм и более. Проводили анкетированный опрос, клиническую фотометрию, дерматоскопию дерматоскопом HEINE

MINI 3000, оценку невусов по дерматоскопическим правилам ABCD и ABC, паттерн-анализу Pehamberger.

Результаты. Невусы более 5 мм диаметром были выявлены у 68,8% больных псориазом, 33,3% больных витилиго, 37,0% — в группе сравнения, с частой локализацией на спине (41% у больных псориазом и 32% в группе сравнения). В группе больных витилиго преимущественной локализацией были кожа лица — 2 (33,3%), бедер — 2 (33,3%). Около трети больных псориазом и витилиго (36,4% и 33,3% соответственно) имели дополнительные факторы риска меланомы. Узкополосную фототерапию 311 нм в анамнезе получали 27,3% и 33,3% соответственно, лечение метотрексатом и курсы ПУВА-терапии — 9,1% пациентов с псориазом. Дерматоскопическим критериям диспластического невуса по паттерн-анализу Pehamberger соответствовало 32,4% крупных невусов больных псориазом, 33,3% у больных витилиго и 42% — в контрольной группе. Профилактику меланомы (применение солнцезащитных средств) проводили только 9,1% больных псориазом и 27,0% в контрольной группе. Пациенты с витилиго применяли фотозащиту при нахождении на открытом воздухе и во время загара в 33,3% случаев. При этом 23% больных псориазом и 11,1% больных витилиго отмечали изменения невусов в анамнезе, но никто из них не обращался за консультацией к специалисту. Таким образом, было показано, что пациенты с псориазом имеют большее количество меланоцитарных невусов более 5 мм диаметром по сравнению с больными витилиго и пациентами контрольной группы. При этом треть пациентов с псориазом и пациентов с витилиго имеют дополнительные факторы риска развития меланомы и в то же время уделяют недостаточно внимания профилактическим мероприятиям.

## **Экспрессия генов системы AP-1 в очагах поражения у больных очаговой склеродермией**

Потекаев Н.Н., Вавилов В.В., Соболев В.В., Корсунская И.М., Брускин С.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова, Москва

Повышенный синтез коллагена фибробластами является одной из основных характеристик склеродермии и тесно связан с ее патогенезом. Многие исследования позволяют предположить, что ключевую роль в данном процессе играет трансформирующий фактор роста  $\beta$  (TGF- $\beta$ ). В свою очередь было установлено, что при TGF- $\beta$  сигнализации повышенная активность AP-1 транскрипционного комплекса коррелирует с повышенной экспрессией гена коллагена I типа.

Материалы и методы. Нами обследовано 10 пациентов в возрасте от 25 до 71 года с диагнозом очаговая склеродермия, подтвержденным путем патоморфологического изучения биоптатов кожи, проведено количественное измерение экспрессии генов C-JUN, JUNB, JUND, C-FOS, FOSB и FRA-2 в образцах кожи из очагов поражения и непораженной коже на расстоянии 3 см от склеродермической бляшки.

Результаты. Получена четкая картина статистически значимого увеличения экспрессии генов C-JUN, JUNB, JUND, C-FOS, FOSB и FRA-2 в образцах кожи, пораженной склеродермией. Экспрессия гена FRA-1 была снижена во всех образцах пораженной склеродермией кожи относительно непораженной. Полученный нами результат

может служить важным дополнением к изучению сигнальных каскадов активирующих коллаген 1 типа

### **Сравнительный анализ лечения хирургическим СО-2 лазером и радиохирurgicalическим аппаратом «Сургитрон» сочетанной патологии «вросший ноготь — онихомикоз»**

Степкина К.П., Ключарева С.В., Пирятинская В.А.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Медицинский центр «М-клиника», Санкт-Петербург

Проблема вросшего ногтя давно перестала быть исключительно хирургической патологией. Широкое распространение онихомикозов, сопровождающихся деформацией ногтя и последующим вращением, а также постоянное совершенствование медицинских технологий создают потребности в разработке новых подходов к лечению данной патологии. Цель работы — сравнить методики удаления вросшего ногтя хирургическим СО-2 лазером и методом высокочастотной радиоволновой хирургии. Объекты и методы: исследование проводилось на базе медицинского центра «М-клиника», кафедры дерматовенерологии СПбГМА им. И.И. Мечникова. Общее число обследованных — 50 человек, из них 38 женщин (76%) и 12 мужчин (24%). В исследование включались пациенты в возрасте от 25 до 65 лет, при наличии у них двух сочетанных патологий — онихомикоз и вращение ногтевой пластинки, а также наличии показаний к оперативной коррекции. Всем пациентам назначалась базовая терапия системным антимикотиком «Румикоз» (действующее вещество Итраконазол). Пациенты были разделены на равные по количеству и половому составу группы по 25 человек. В первой группе операция проводилась с использованием СО-2 лазера. Во второй группе — с использованием аппарата «Сургитрон». Методики предоперационной подготовки и постоперационного ухода были идентичными. Пациенты осматривались на 7,14,21, 30-й день и далее каждый месяц до полного клинического излечения онихомикоза.

Результаты. Проблемы с коагуляцией сосудов в ходе операции, в первой группе встречались у 10 человек (20%). Во второй группе лишь у двух человек (4%). Постоперационные осложнения в виде присоединения вторичной флоры в первой группе возникли лишь у 1 человека (2%), при использовании сургитрона у 5 человек (10%). Длительность периода заживления в первой группе составила в среднем 3 недели, во второй группе в среднем 5 недель. Однако существуют ситуации при выраженной деформации ногтевой пластинки, и онихомикозе более 2/3 частей ногтевой пластины, когда более длительный период заживления способствует более адекватному восстановлению формы ногтевой пластины, а также значительно снижает риск рецидива заболевания. Частота рецидивов в раннем послеоперационном периоде составила соответственно 3 человека в первой группе и 0 человек во второй. Частота рецидивов в позднем послеоперационном периоде возникла в 1 случае в первой группе и в 1 случае во второй. Таким образом, в ходе сравнения 2 методик, выявлены положительные и отрицательные стороны обеих. Так, при использовании радиоволнового метода реже наблюдаются кровотечения во время операции, однако в раннем послеоперационном периоде требуется проведение мощной антибактериальной терапии. Учитывая низкий процент рецидивирования в обеих группах, методики могут быть рекомендованы для использования при лечении сочетанной коррекции патологии «онихомикоз-вросший ноготь». Однако

при выборе метода лечения, врач должен исходить из данных клинического осмотра и учитывать последствия той или иной методики в конкретном случае.

### **Гемангиомы у новорожденных: особенности диагностики и тактика ведения**

Харламова Я.И., Спичкова А.С.  
Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, Иваново

Гемангиомы (Г.) — наиболее часто встречающиеся новообразования у детей. Они преимущественно локализуются на коже и представляют собой доброкачественные сосудистые опухоли, способные к спонтанному регрессированию. Существует множество разновидностей Г. по типу поражения сосуда, морфологическому строению и локализации, а также сосудистые мальформации, входящие в сложные синдромы (Клиппеля—Треноне, Вебера, Кобба и др.). Проблема диагностики и лечения Г. актуальна, поскольку до сих пор остаются открытыми вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения этой патологии. Цель нашего исследования — установить особенности выявления и тактики ведения гемангиом у детей разного гестационного возраста. Нами проведена выкопировка данных из историй развития (ИР) и историй болезни (ИБ) детей, родившихся в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России за 2000—2001гг., а также анализ катamnестических данных. Проанализированы 58 ИР доношенных и 23 ИБ недоношенных новорожденных. Выявлена тенденция к росту заболеваемости Г. по Ивановской области на 66,7% в 2000—2011 гг. Установлена зависимость частоты встречаемости Г. от гестационного возраста. Среди всех новорожденных с сосудистыми новообразованиями доношенных было больше в 2,4 раза. В 1,6 раза Г. чаще встречалась у мальчиков. Сроки появления Г. у доношенных и недоношенных детей различались: у доношенных — на первые сутки жизни, тогда как у недоношенных — после 10 дня, а в 26,1% случаев — к 1,5-месячному возрасту. Наиболее часто у доношенных новорожденных Г. локализовалась на нижних конечностях, а у недоношенных — локализация была разнообразной. У недоношенных детей Г. чаще были множественными. Изучение антенатальных факторов риска указывало на значительный вклад в образование Г. инфекционных заболеваний (ОРВИ, ИППП). Катamnестическое наблюдение за детьми с Г. показало, что в 55,8% наблюдался частичный регресс Г. без лечения, причем в 8,8% — полный. У 29,4% размер Г. увеличивался пропорционально росту ребенка. В лечении 2 детей (5,9%) применялась лазеротерапия с положительной динамикой.

Вывод: установлена зависимость клинических проявлений Г. от гестационного возраста новорожденных, а также отмечен самопроизвольный частичный или полный регресс образований у большинства пациентов, что диктует необходимость дифференцированно подходить к лечению детей с этой патологией.

### **Холодовой дерматит как одно из проявлений сенсibilизации организма**

Храпская К. С.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии факультета усовершенствования врачей, Москва

Цель данной работы состоит в изучении эволюции заболевания холододовым дерматитом по мере взросления пациентов, структурировании методов лечения и профилактики лиц, склонных к холододовому дерматиту, на основании этиологии, патогенеза данного заболевания с разбором клинического случая. Холодовой контактный дерматит — воспаление эпидермиса кожи с гистологическими явлениями спонгиоза, возникающее в результате контактного воздействия на нее внешним раздражителем с низкой температурой. Полиморфный характер кожного воспаления проявляется эритемой, отеком, везикуляцией и зудом. Хроническая форма характеризуется наличием чешуек, утолщением кожи и лихенификацией. Спазм периферических капилляров под воздействием холода, недостаточность жирового покрытия поверхности кожи и сама пониженная температура, как сенсibilизационный компонент, все это является мощным провоцирующим фактором для запуска сложного иммунологического механизма, развивающегося как ответная реакция на охлаждение. Иммуный ответ имеет три стадии: а) формирование белково-гаптеновых конъюгатов; б) распознавание конъюгатного антигена; в) пролиферация и диссеминирование сенсibilизированных лимфоцитов. Последующий контакт с холододовым аллергеном приводит к развитию опосредуемого Т-лимфоцитами дерматита в месте контакта с кожей. В основе классификации лежат проявления холододовой сенсibilизации организма, такие как холододовая крапивница, холододовый дерматит, холододовый ринит, холододовый конъюнктивит, семейная холододовая крапивница, холододовая астма, метеорологический хейлит. В клинической картине холододового дерматита различают эритематозную и отечно-везикулезную стадии при контакте с холододовым агентом. При хроническом течении в клинике холододового дерматита экссудативные явления угасают и начинают преобладать в разной степени выраженности и в различном сочетании — корки, инфильтрации, сухость, трещины, гиперкератоз и шелушение. Клинический случай: девочка, 3 года 9 месяцев. В октябре 2009 года в возрасте 6 месяцев возникли сухие шелушащиеся темно-красные пятна на поверхности обеих кистей и лица в области щек и подбородка, сопровождающиеся зудом. С понижением температуры окружающей среды пятна начали распространяться на область живота, ягодиц. Был поставлен диагноз — холододовый дерматит. На протяжении нескольких лет отмечается сезонность заболевания с рецидивами в зимний период, причем обострение начинается за сутки-двое до предполагаемого понижения температуры окружающей среды. При выезде в теплые страны в это время все проявления исчезают. Лечение, назначенное дерматологом по месту жительства, девочка получает в полном объеме в период обострения: Зиртек по 5 капель 2 раза в день, курс 2—3 недели, Энтеросгель 3 раза в день 7 дней, на очаги поражения крем Скин-кап. Отец страдает нейродермитом с детства. В данный момент жалобы на характерные высыпания и жидкие слизистые выделения из носа. Диагноз базируется на данных анамнеза, клинического осмотра, дерматоскопии элементов, определении специфических холододовых антител, Дункан-тесте. Общие терапевтические рекомендации включают в себя защиту кожи от воздействия холода, нанесение жирного питательного крема на открытые участки кожи за 30—40 минут до выхода из теплого помещения на холод, необходимо также избегать контакта с холодной водой и исключить прием холодных продуктов. Для борьбы с сухостью кожи следует увлажнять воздух в помещении и применять специальные косметологические средства ежедневного ухода за кожей. Показано санаторно-курортное лечение в южном климате. В лечении холододового дерматита применяют антигистаминные

препараты (например, телфаст), витамины (С, А, РРЕ), медикаменты, улучшающие микроциркуляцию и периферическое кровообращение. Важное значение имеет ликвидация инфекционного очага и устранение нарушений в работе органов ЖКТ. Современный метод лечения — аутолимфоцитотерапия. При этом вводятся лимфоциты, выделенные из крови самого больного. Повторять процедуру необходимо 8 раз, интервал между каждым введением — 2 дня. Таким образом, можно сделать вывод, что холододовый дерматит — это заболевание, характеризующееся повышенной чувствительностью организма к холоду и требующее комплексного длительного лечения при условии, что пациент не будет переохлаждаться.

### **Дифференциальная диагностика поражений костно-суставного аппарата на ранних стадиях у больных псориазом**

Чамурлиева М.Н., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.  
Факультет повышения квалификации медицинских работников  
Российского университета дружбы народов, кафедра клинической микологии и дерматовенерологии, Научно-исследовательский институт ревматологии, Москва

По данным разных авторов, распространенность псориазического артрита (ПсА) у больных псориазом значительно варьируется и точная ее оценка затруднительна в связи с минимальными клиническими проявлениями заболевания в дебюте, отсутствием до последнего времени общепринятых диагностических и классификационных критериев, а также появлением у некоторых больных (около 15%) клинических проявлений псориаза позже поражения суставов. Однако помимо псориазического артрита у больных с псориазом возможны и другие поражения костно-суставного аппарата.

Цель исследования. Совершенствование дифференциальной диагностики суставных поражений на ранней стадии у больных псориазом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 (100%) больных с псориазом, в возрасте 46±16 лет, длительность суставных жалоб составляла 20±5 месяцев, средняя площадь поражения кожи — около 7±2% (что соответствует псориазу средней тяжести), псориаз ногтей был выявлен у 16 (53,3%) пациентов. Всем больным была проведена комплексная диагностика, которая включала анализ данных скринингового опросника (PEST) для выявления ПсА у больных псориазом, осмотр ревматолога для подтверждения суставной патологии, инструментальные методы обследования (рентгенография кистей и стоп, МРТ кистей и стоп, УЗИ суставов), данные лабораторных исследований (клинические и иммунологические).

Результаты: Из 30 (100%) обследованных пациентов по данным опросника PEST ПсА мог быть установлен у 19 (63,3%) пациентов. Однако при детальном обследовании диагноз ПсА подтвержден лишь у 16 (53,3%) больных. Таким образом, было выявлено сочетание псориаза и псориазического артрита (ПсА) у 16 пациентов (53%), псориаз без ПсА и без другой ревматоидной патологии — у 7 пациентов (23%), псориаз без ПсА, но с другой ревматической патологией (дерматомиозит, остеоартроз коленных и межфаланговых суставов кистей, анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит, подагра) — у 6 пациентов (20%), псориаз с другой патологией (рожистое воспаление левой голени) — у 1 пациента (3%).

Выводы. Для диагностики ПсА у больных псориазом необходимо проводить комплексное обследование, которое включает не только данные скринингового опросника, но и осмотр врача-ревматолога, а

также современные методы, которые позволяют дифференцировать характер поражения суставов у больных псориазом на ранней стадии.

## **Морфологические и иммунологические изменения в шейке матки при хронической гонококковой инфекции**

Шерман Ю.Ф., Жеребятёва О.О.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

По данным многочисленных отечественных и зарубежных исследователей одной из распространенных инфекций, передаваемых преимущественно половым путем (ИПППП), продолжает оставаться гонококковая инфекция. Входными воротами при гонококковой инфекции является слизистая оболочка мочеполовых путей. Гонококк поражает преимущественно цилиндрический эпителий с последующим развитием у женщин хронического цервицита. Патологический очаг, по представлению ряда исследователей, вызывает наибольшие изменения именно в месте своей локализации. Имеются данные об информативности определения отдельных иммунологических показателей в различных биологических жидкостях организма при различных иммунопатологических состояниях. Местный иммунитет шейки матки наряду со специфической деятельностью по обеспечению иммунного надзора также выполняет и морфогенетическую функцию, играя таким образом важную роль в процессах физиологической и репаративной регенерации.

Цель работы: определение клинических, иммунологических и морфологических изменений при хроническом цервиците, ассоциированном с гонококковой инфекцией.

Материалы и методы: при выполнении настоящей работы нами было обследовано 45 женщин репродуктивного возраста, страдающих хроническим цервицитом, ассоциированным с гонококковой инфекцией. При обследовании пациенток использовались клинико-анамнестические методы, осмотр пациенток дерматовенерологом, лабораторная диагностика ИПППП с определением иммунологических показателей отделяемого цервикального канала. Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза для выявления патологии верхнего отдела репродуктивного тракта, консультация гинеколога. После завершения лечения и установления клинико-микробиологического контроля излеченности проводилось исследование цервикобиоптатов, иммуногистохимическим методом определяли активность экспрессии белка Ki-67.

Результаты. При гистологическом исследовании биоптатов у всех женщин на фоне расширенных сосудов микроциркулярного русла была выражена инфильтрация лейкоцитами, среди которых преобладали лимфоидные элементы как в однослойном, так и в многослойном эпителии (МЭ). У 71,1% женщин установлен мозаичный характер структурно-функциональной организации эпителия — чередование эпителиоцитов нормального строения с деструктивно измененными. Граница перехода двух видов эпителия — четкая, без переходных зон у всех обследуемых. Было установлено, что экспрессия белка Ki-67 была выше в многослойном плоском эпителии, а также было установлено снижение митотической активности в однослойном цилиндрическом эпителии. Низкая митотическая активность однослойного цилиндрического эпителия свидетельствует о снижении его репаративных возможностей. Возрастание доли многослойного эпителия в органе может свидетельствовать о проявлении меторизиса, наблюдаемого при

взаимодействии эпителиев различной природы в ходе репаративного гистогенеза. При иммунологическом исследовании цервикального отделяемого нами впервые было обнаружено, что при гонококковой инфекции с системными проявлениями снижается уровень секреторного иммуноглобулина А и одновременно повышается уровень лактоферрина по сравнению со здоровыми. Нами было отмечено, что при уровне секреторного иммуноглобулина А 2,51 мкг/мл и менее и одновременном уровне лактоферрина 6965 нг/мл и более у пациентов при проведении дальнейшего комплексного обследования чаще диагностировали гонококковую инфекцию с системными проявлениями, а при невыполнении указанного условия локализованную гонорею. Данный способ позволяет улучшить дифференциальную диагностику малосимптомных и асимптомных форм гонококковой инфекции.

Выводы. Совокупность морфологических и иммунологических показателей позволяет говорить о нарушении процесса репарации в шейке матки, а морфологическая структура эпителиальной выстилки шейки матки у женщин при гонококковой инфекции приобретает картину, свойственную женщинам старшего возрастного периода. Также проведенный анализ гистологических препаратов говорит о необходимости своевременной полноценной дифференциальной диагностики гонококковой инфекции. Выявленная совокупность иммунологических признаков с более высокой точностью позволяет дифференцировать различные формы гонококковой инфекции. Все вышесказанное позволяет осуществить индивидуальный подход к лечению больных, выбрав адекватную антибиотикотерапию, а также провести коррекцию факторов иммунитета барьерного эпителия мочеполового тракта.

## **Результаты лечения больных розацеа 15% гелем азелаиновой кислоты и 0,1% мазью такролимуса**

Шурубей В.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание, как правило, кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. Несмотря на множество препаратов для лечения розацеа, они не всегда оказываются достаточно эффективными, в связи с чем необходима разработка новых методов терапии.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности лечения розацеа 15% гелем азелаиновой кислоты и 0,1% мазью такролимуса с учетом изменений морфофункционального строения кожи. Азелаиновая кислота подавляет образование реактивных форм кислорода в системе нейтрофилов, оказывает умеренное цитостатическое действие (за счет подавления синтеза клеточных белков), проявляющееся в нормализации процессов кератинизации в сально-волосяных фолликулах, а также антимикробное действие. Такролимус — первый представитель нового класса лекарственных средств — ингибиторов кальциневрина. Известно, что препарат обладает иммуномоделирующим действием: ингибирует активацию Т-лимфоцитов, выделение цитокинов, однако патонетические механизмы его эффективности при розацеа требуют дальнейшего изучения. Под наблюдением находились 30 пациентов (24 женщины, 6 мужчин): 11 больных эритематозной стадией розацеа, 17 — папуло-пустулезной, 2 — фиматозной. В комплексном лечении папуло-пустулезной и фиматозной стадий розацеа (14 больных)

местно назначали 15% гель азелаиновой кислоты (Скинорен). При эритематозной стадии (11 больных) и в случае неэффективности или плохой переносимости терапии гелем азелаиновой кислоты папуло-пустулезной стадии (5 больных) — 0,1% мазь такролимуса (Протопик). Оценка изменений морфофункционального строения кожи проводилась методом конфокальной лазерной сканирующей микроскопии на конфокальном микроскопе Vivascope 1500. До начала лечения было проведено измерение следующих параметров кожи: толщина рогового слоя (ТРС), минимальная толщина эпидермиса (МТЭ), глубина залегания капилляров (ГЗК), результаты сравнивались с соответствующими параметрами для нормальной кожи в каждой возрастной группе (до 35 лет и после 35 лет). Через месяц терапии проводилось повторное исследование. При лечении 0,1% мазью такролимуса регресс высыпаний составил от 50 до 70% у пациентов эритематозной стадией и от 30 до 60% у пациентов папуло-пустулезной стадией. При лечении 15% гелем азелаиновой кислоты при папуло-пустулезной стадии регресс составил от 40 до 70%, при фиматозной стадии — регресс воспалительных явлений не более 30%. До начала лечения у пациентов с эритематозной стадией отмечалось уменьшение ТРС и МТЭ. У пациентов с папуло-пустулезной и в особенности с фиматозной стадией отмечалось увеличение ТРС и МТЭ в каждой возрастной группе. При всех стадиях розацеа отмечалось уменьшение ГЗК. На фоне проводимой терапии мазью такролимус нормализация морфофункциональных параметров кожи отмечалась у 9 из 11 пациентов с эритематозной стадией розацеа, у 2 из 5 больных с папуло-пустулезной стадией. После применения геля азелаиновой кислоты нормализация параметров отмечалась у 11 из 14 больных с папуло-пустулезной стадией.

Выводы: 1. При проведении конфокальной лазерной сканирующей микроскопии у пациентов с эритематозной стадией розацеа отмечается уменьшение ТРС и МТЭ. У пациентов с папуло-пустулезной и фиматозной стадиями отмечается увеличение ТРС и МТЭ в каждой возрастной группе. При всех стадиях розацеа отмечается уменьшение ГЗК. 2. 15% гель азелаиновой кислоты и 0,1% мазь такролимуса способствуют нормализации морфофункционального состояния кожи. 0,1% мазь такролимуса наиболее эффективна при эритематозной стадии розацеа и может использоваться в качестве альтернативного препарата для наружной терапии при папуло-пустулезной стадии при неэффективности или плохой переносимости других препаратов.

### **Ультрафонофорез интерферона в лечении и профилактике рецидивов подошвенных бородавок**

Шустов С.А., Бобров М. А., Жукова О.В., Круглова Л.С.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Подошвенные бородавки — доброкачественные образования в эпидермисе подошвенной поверхности стопы, возникшие в результате инфекции, вызванной ДНК вирусом папилломы человека (ВПЧ). В связи с тем, что подошвенные бородавки в отличие от другой локализации чаще приводят к появлению болевого синдрома, характеризуются плотной структурой, наличием гиперкератоза и отличаются частыми рецидивами, актуальным остается вопрос о разработке новых, в том числе сочетанных фармако-физиотерапевтических методов лечения данной

патологии. Интерфероны, являясь факторами внутриклеточной противовирусной защиты, широко применяются для лечения заболеваний, вызванных ВПЧ. Препараты а-интерферона обладают противовирусной, противоопухолевой и иммуномодулирующей активностью. Однако этот препарат не использовался в комплексе с физиотерапевтическими методами, в частности при ультрафонофорезе, что могло бы с усилить его проникающую способность, создать длительного депо в области патологического очага и значительно уменьшить объем лекарственного препарата для получения высокого терапевтического эффекта. Кроме того, проведенные ранее физико-химические исследования, доказали возможность применения интерферона в методе ультрафонофореза. Цель исследования: научное обоснование целесообразности применения ультрафонофореза интерферона у больных ладонно-подошвенными бородавками для повышения эффективности лечебных мероприятий.

Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов в возрасте от 10 до 55 лет, с диагностированными подошвенными бородавками в количестве от 1 до 20 элементов и с давностью заболевания от 2 месяцев до 1 года, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по всем основным параметрам. В I группе (20 пациентов) подошвенные бородавки удалялись методом криодеструкции на аппарате Erbo Cryo Derm (жидким азотом по типу жесткого массажа в течение 20—30 сеансов, 3—4 сеанса через 2—4 дня), затем проводили процедуры ультрафонофореза а-интерферона в разовой дозе 1000 млн ед, на курс 10 процедур, которые проводились через день. У 18 пациентов II группы очаги удалялись методом криодеструкции. Через 6 месяцев после проведенного лечения у 17 пациентов (85%) сохранялась ремиссия и лишь у 3 пациентов (15%) отмечался рецидив заболевания. В то время как у 11 пациентов (61%) II группы наблюдался рецидив заболевания, что требовало повторного удаления элементов. Таким образом, комбинированный фармако-физиотерапевтический метод лечения, включающий криодеструкцию и ультрафонофорез интерферона, является не только высокоэффективным методом терапии подошвенных бородавок, но и обладает определенной профилактической ценностью, что подтверждается снижением количества рецидивов.

### **Возможности вакцинации при папилломавирусной инфекции.**

Маркина М., Потеев Н.Н., Демина О.М.  
Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Вирус папилломы человека является одной из актуальнейших проблем современной дерматовенерологии, поскольку 99% всех случаев рака шейки матки — это следствие заболевания ВПЧ. Проблема разработки эффективной вакцины заключается, в том числе, в значительном количестве онкогенных штаммов — 16, 18 (70,5%) — наиболее склонные к озлокачествлению, а также 31 и 45. По данным исследований, в течение жизни ВПЧ инфицируется до 80% женщин. В 90% случаев вирус спонтанно элиминируется, однако в 10% инфекция манифестирует, в дальнейшем приводя к цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN), а затем и к инвазивной форме рака шейки матки (РШМ). На сегодняшний день РШМ является второй по частоте причиной онкологической смертности женщин во всем мире, уступая лишь раку молочной железы, причем структура

смертности затрагивает, в основном, молодых женщин. При этом лечение уже развившегося рака шейки матки делает невозможной беременность в дальнейшем. В этом заключается еще одна трагедия больных этой патологией. Кроме того, вирус может затронуть и мужскую популяцию, поскольку онкогенные штаммы способны вызывать рак анальной области и рак полового члена.

Однако, несмотря на столь мрачные реалии, это одно из немногих заболеваний, развитие которого можно эффективно предотвратить, используя специальные вакцины. Более того, благодаря их использованию в мире уже снижается заболеваемость РШМ.

В настоящее время разработаны, опробованы и одобрены две профилактические вакцины против ВПЧ, которые не входят в национальный календарь прививок и делаются добровольно, однако в некоторых регионах РФ (по инициативе глав регионов) они введены в структуру вакцинации.

Препараты несколько отличаются друг от друга. Один имеет более «скромный» спектр профилактирующего действия – он действует только на штаммы 16 и 18, являющиеся наиболее канцерогенными. Второй способен предотвращать заболеваемость штаммами 6, 11, 16 и 18, т.е. захватывает еще те штаммы, которые вызывают аногенитальные бородавки и остроконечные кондиломы. Исследования показывают, что обе вакцины дают почти 100% гарантию предотвращения заболевания штаммами, от которых защищают. Однако следует помнить, что они эффективны лишь в том случае, если нет инфицированности теми штаммами, против которых действует вакцина. В противном случае она не окажет действия.

Показания к применению вакцин достаточно широки. Их рекомендуют девочкам/ молодым женщинам 9–26 лет включительно. Для мужского пола эта цифра колеблется от 9 до 17 (хотя в США планируют расширить возраст до 45 и 26 лет для женщин и мужчин, соответственно). Столь ранний возраст начала вакцинации объясняется тем, что после начала половой жизни вероятность персистенции вируса в организме резко повышается, а безопасность вакцины вполне позволяет применять ее у детей и подростков. Рекомендуется 3-кратная вакцинация по схеме 0–2–6 месяцев. Это связано с тем, что еще недостаточно ясен вопрос, насколько высок должен быть уровень антител для эффективной защиты. 3-х кратная вакцинация позволяет получить надежную защиту от инфицирования на долгие годы (в исследованиях оценивался период 4,5 года).

Высокая эффективность и безопасность вакцин стала возможной благодаря современной технологии. Обе вакцины являются рекомбинантными и представляют собой вирусоподобные частицы («пустышки») из поверхностных белков соответствующих штаммов ВПЧ. Для увеличения эффективности и продолжительности защиты в вакцины введены адъювантные вещества, разные у обеих вакцин. Благодаря такому составу вакцины обладают высокой иммуногенностью и низкой реактогенностью. Иммунитет, вырабатываемый после использования вакцины, обусловлен вируснейтрализующими антителами.

В отношении безопасности вакцин приводятся весьма обнадеживающие данные. В целом, осложнения возникали примерно в 1% случаев, причем 92% из них относились к категории легких (кратковременная гипертермия, боль в месте инъекции, обморок и т.п.). В 8% случаев были отмечены тяжелые осложнения. Был отмечен чуть больший по сравнению с другими вакцинами уровень тромбозов, в среднем не превышающих 1 случая на миллион. Также среди тяжелых осложнений отмечен Синдром Гийена — Барре — острая аутоиммунная воспалительная полирадикулоневропатия, проявляющаяся вялыми парезами, нарушениями чувствительности, вегетативными расстройствами. Ни в одном из случаев смертельного исхода не была доказана связь с вакцинацией.

Также в последнее время появились данные о разработке не профилактической, а лечебной вакцины против ВПЧ. Пока исследования ведутся лишь при онкологических заболеваниях, вызываемых ВПЧ-16. Выделены особые опухолевые белки – Е6 и Е7, на основе которых была создана вакцина. Иммунизируя организм, вакцина вызывает пролиферацию особых цитотоксичных Т-лимфоцитов, способных «идти» по белковому «следу» и поражать опухоль. В опытах на мышах удалось излечить 100% случаев злокачественных опухолей, вызванных ВПЧ-16. Пока что вакцина находится на стадии доклинических исследований, однако получаемые данные весьма обнадеживают.

Таким образом, применение различных видов вакцин является действенной профилактикой возникновения папилломавирусной инфекции и ее осложнений, что обуславливает значимый медико-социальный эффект.

## СОДЕРЖАНИЕ

### БОЛЕЗНИ ВОЛОС И КОЖИ ГОЛОВЫ

Современные методы диагностики и лечения болезней волос Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. ....	73
Сложности в диагностике и лечении гнездной алопеции Гаджигорова А.Г, Чистякова Т.В. ....	73
Использование физиотерапии в трихологии. Мифы и реальность Каюмов С.Ф. ....	73
Содержание дегидроэпиандростерон-сульфата у больных с андрогенетической алопецией Корнишева В.Г., Беттихер О.В., Шилова Н.А. ....	74
Неинвазивные и малоинвазивные техники в решении проблем кожи волосистой части головы и выпадения волос Попова И.А. ....	75
Сочетание себорегуляторов и активаторов роста волос в одном препарате. Перспективы использования Пушкина Н.В., Каюмов С.Ф. ....	75
Современный комбинированный подход к терапии диффузной алопеции Ткаченко С.Б., Верхогляд И.В. ....	76

### БОЛЕЗНИ НОГТЕЙ

Заместительная гормональная терапия в комплексном лечении онихомикоза у женщин в менопаузе Аббасова П.Г., Разнатовский К.И. ....	77
Современный взгляд на ониходистрофии Бутов Ю.С., Васенова В.Ю. ....	77
Инфекционные и неинфекционные заболевания ногтей у больных с социально значимыми хроническими дерматозами — актуальность проблемы Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю. ....	77
Микология и микробиология — синергическое взаимодействие с учетом новых оптических технологий Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю. ....	78
Лейконихия, вызванная ингибиторами раковых клеток, при лечении Т-клеточной лимфомы Рубашева Т.В., Владимиров В.В. ....	78
Методики коррекционных систем пружинной конструкции для ортониксии: сильные и слабые стороны, выбор оптимальной методики Рубашева Т.В., Владимиров В.В., Владимирова Е.В. ....	79
Этиопатогенетические особенности онихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных Филлипова В.С., Разнатовский К.И. ....	79

### ГЕРПЕС-ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Новая лекарственная форма фоскарнета натрия Бондаренко Н.А., Левчук Т.А., Рудомино М.В., Шилова И.Б. ....	80
Рецидивирующий генитальный герпес у пациентов активного репродуктивного возраста, ассоциированный с инфекциями передающимися половым путем Сенчукова С.Р. ....	80

## **ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ**

Аналоговая дерматоскопия на этапе скрининга практикующим дерматологом: какая шкала оценки наиболее удобна и применима в каждодневной практике?	81
Аверина В.И., Туркевич А.Ю. ....	81
Клинический случай ВИЧ-ассоциированной папилломавирусной инфекции	81
Гилядов А.Д. ....	81
Проблемы диагностики (дерматоскопия) новообразований кожи и их лазеротерапия в практике дерматокосметолога	82
Ключарева С.В., Жигулина А.Г., Шумская О.Г., Селиванова О.Д. ....	82
Терапия кожных Т-клеточных лимфом	82
Корсунская И.М., Тогоева Л.Т., Лавров А.А., Сакания Л.Р. ....	82
Опыт эксплуатации экспериментального образца автоматизированной системы скрининга «Паспорт кожи»	83
Кудрин К.Г., Маторин О.В., Решетов И.В. ....	83
Использование методов визуализации в комплексной оценке новообразований кожи и тактика терапии	84
Кусая Н.В., Юцковская Я.А. ....	84
Случай трансформации распространенного псориаза в эритродермическую форму Т-клеточной злокачественной лимфомы кожи	84
Нефедова Е.Д., Махнева Н.В., Лезвинская Е.М. ....	84
Случай распространенного ксантоматоза кожи у пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа	85
Панина А.Н., Галиева Н.В., Нефедова Е.Д. ....	85
Своеобразие течения буллезного пемфигоида на примере больных ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко	85
Резникова М.М., Фаттахетдинова З.А., Путинцев А.Ю., Денисова Е.В. ....	85
Роль дерматоскопии в повышении эффективности работы дерматолога при медицинских осмотрах	86
Шахматов Д.А., Фирман А.А. ....	86

## **ДЕРМАТОСКОПИЯ**

Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система для диагностики заболеваний кожи	87
Бородин А.В., Лощенов М.В. ....	87
Оптическая когерентная томография: влияние меланина на параметры изображения кожи, возможности в прижизненной диагностике меланомы	87
Гарина О.Е., Петрова Г.А., Шлишко И.Л., Незнахина М.С., Эллинский Д.О., Максимова А.С., Зорькина М.В., Петрова К.С. ....	87
Сравнительная оценка дерматоскопов РДС -1 и HEINE DELTA 20 — опыт применения в практике врача-онколога	88
Гетьман А.Д. ....	88
Значение дерматоскопии в диагностике злокачественных опухолей кожи	88
Древаль Д.А., Глобина У.С. ....	88
Трихоскопия в дифференциальной диагностике гнездной алопеции	89
Корнишева В.Г., Свиридова К.В. ....	89
Использование методов визуализации в комплексной оценке новообразований кожи и тактика терапии	89
Кусая Н.В., Юцковская Я.А. ....	89
Клинико-дерматоскопические особенности невусов у больных псориазом и витилиго	90
Макарова Н.Г., Сергеева И.Г. ....	90
Дерматоскопия в повседневной практике врача — эффективный способ уменьшения ошибок в диагностике новообразований кожи	90
Максимова А.С., Гарина О.Е., Шлишко И.Л. ....	90

Возможности оптико-когерентной томографии в прижизненной диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний ногтей Незнахина М.С.....	91
Результаты российской инновационной программы по дерматоскопии Сергеев В.Ю.....	92
Морфофункциональные характеристики кожи новорожденных Шлишко И.Л.....	92
Морфофункциональные особенности здоровой кожи на фоне табакокурения Эллинский Д.О., Петрова Г.А., Шлишко И.Л., Карпунина Е.А., Максимова А.С.....	93

## **ДЕТСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ**

Научно-практическое обоснование к формированию новых подходов к профилактике сифилиса среди детей и подростков Волкова С.Б., Потехаев Н.Н., Коновалов О.Е.....	94
Классификация ограниченной склеродермии Гаджимурадов М.Н., Асадулаева З.Г., Муслимов М.О.....	94
Неиндуративные формы ограниченной склеродермии Гаджимурадов М.Н., Хачалов Г.Б., Ганиев К.Д., Муслимов М.О.....	95
Ограниченная склеродермия: индуративно-атрофическая и АПП Гаджимурадов М.Н., Хачалов Г.Б., Кажлаева Л.Н.....	95
Дифференциальный диагноз себорейного дерматита с псориазом Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Бассе Ф.Б.....	96
Опыт клинической классификации атопического дерматита Завадский В.Н.....	96
Щадящая пульс-терапия атопического дерматита Завадский В.Н.....	97
Медико-социальная характеристика детей, страдающих буллезным эпидермолизом Заторская Н.Ф., Потехаев Н.Н., Поршина О.В.....	97
Особенности атопического дерматита у детей, сочетанного с дисплазией соединительной ткани Карпова Е.Б.....	98

## **ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

К вопросу о влиянии поведенческих факторов на распространение сифилиса Абесадзе Г.А., Поршина О.В.....	99
Частота выявления ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков в Российской Федерации в 2009— 2011 гг. Воробьев М.В.....	99
Особенности микробиоценоза урогенитального тракта женщин с хламидийной инфекцией Егорова Ю.В., Нестеров А.С.....	100
Клинико-микробиологическая эффективность комплексной терапии хронического бактериального простатита с сопутствующим субъективно асимптомным уретритом. Забиров К.И., Мусаков В.Ю.....	100
Анализ клинико-иммунологических и цитологических результатов у пациенток с урогенитальной микоплазменной инфекцией Загрдинова Р.М., Боголюбская А.Л., Шевчук И.Д., Кузнецова И.Г.....	101

К вопросу течения современного сифилиса (факты и домыслы) Коган А.И., Кладова А.Ю., Мелкумян Э.М.....	101
Аутоантитела к белкам нервной системы у больных нейросифилисом Лосева О.К., Устьянцев Ю.Ю., Шульгина И.Г., Жиангерова О.В.....	102
Эпидемиологические аспекты сифилитической инфекции по материалам Республики Татарстан Мавлютова Г.И., Юсупова Л.А. ....	102
Результаты обследования пациентов с сохраняющейся позитивностью РМП после окончания специфического лечения в Городском центре по снятию с учета больных сифилисом Магарышкина О.В., Дарихапова В.Н., Стоянова Г.Н. ....	103
Особенности обследования мигрантов восточного округа г. Москвы в условиях модернизации Маляренко Е.Н. ....	103
Применение параметров местной противoinфекционной защиты для прогнозирования развития репродуктивных нарушений при уrogenитальных заболеваниях микробной этиологии Михайлова Е.А., Пострелко М.Д., Воронина Л.Г., Жеребятъева О.О., Шерман Ю.Ф.....	114
Нейросифилис: современные особенности течения Стоянова Г.Н., Доля О.В., Левощенко Е.П., Спицина Е.Г., Кулешов А.Н.....	114
Оптимизация терапии пациентов с папилломавирусной инфекцией аногенитальной области Юсупова Л.А., Юнусова Е.И., Данилова О.В.....	105
Этиопатогенетические особенности опихомикозов у ВИЧ-инфицированных больных Филлиппова В.С., Разнатовский К.И.....	105

## **ИНЪЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОСМЕТОЛОГИИ**

Мониторинг состояния кожи и объективизация результатов лечения в косметологии. Ультразвуковое исследование кожи Безульский А.П., Потехаев Н.Н., Бикбулатова Н.Н., Белков П.А.....	106
Фракционный состав коллагена кожи крыс после инъекций 1% гиалуроновой кислоты Кононова Н.Ю., Данилова О.В., Чернышова Т.Е. ....	106
Способы применения миноксидила в лечении андрогенетической алопеции Рябова В.В., Чермных Т.В., Кошкин С.В., Евсеева А.Л.....	107
Биоревитализация как метод профилактики и лечения возрастных изменений кожи Юцковская Я.А., Наумчик Г.А. ....	107

## **КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИНТЕНСИВНОГО ДЕЙСТВИЯ**

Косметические средства anti-age: тренды в ингредиентах и законодательство Пучкова Т.В. ....	109
Опыт терапии гиперпигментации Буравкова А.Г., Демьянова О.Б. ....	109
Как развивается рынок косметических средств anti-age-2013 Дычева-Смирнова А.....	109
Функциональная диагностика кожи и подбор индивидуальных косметических средств Щукина Е.В. ....	109

## ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Комплексное лечение угревой болезни Башмалух Н.В.....	111
Стробоскопическая флуоресцентная имиджинговая система для диагностики заболеваний кожи Бородкин А.В., Лощенов М.В.....	111
Перспективы применения импульсного излучения для фотодинамической терапии заболеваний кожи Васильченко С.Ю., Лощенов В.Б., Иванова М.С., Ахтямов С.Н., Васенова В.Ю., Кузьмин С.Г.....	111
Применение лазера «Яхрома-Мед» в лечении бородавок Ведерникова И.С., Рябова В.В., Кошкин С.В., Чермных Т.В. ....	111
Объективный метод оценки тяжести течения и эффективности лечения у больных акне Галкина Е.М., Долотов Л.Е., Утц С.Р., Давыдова А.В. ....	112
Применение лазеротерапии синим светом (405 нм) в комплексном лечении акне Галкина Е.М., Утц С.Р., Райгородский Ю.М. ....	112
Функциональные показатели кожи у пациентов с <i>acne vulgaris</i> и <i>acne rosacea</i> Давыдова А.В., Моррисон А.В., Утц С.Р., Галкина Е.М.....	113
Сравнительная оценка состояния микроциркуляторного русла кожи лица у больных розацеа с использованием лазерной доплеровской флоуметрии Давыдова А.В., Моррисон А.В., Утц С.Р., Галкина Е.М.....	114
Патогенетическое обоснование фототерапии акне Демина О.М. ....	114
Использование лазера при возрастных изменениях кожи Жукова О.В., Котенко К.В., Мухина Е.С. ....	114
Сравнительная оценка эффективности омоложения кожи лица после воздействия лазерами: эрбиевого и на парах меди Ключарева С.В., Данилов С.С., Пономарев И.В., Селиванова О.Д. ....	115
Частота развития осложнений после лазерных косметических процедур и их коррекция Ключарева С.В., Нечаева О.С., Шумская О.Г.....	116
Применение инфракрасного полихроматического света в комплексной терапии зудящих дерматозов Круглова Л.С., Бабушкин А.М., Шарапова Е.Н., Шустов С.А., Ракша Д.А. ....	116
Флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия заболеваний кожи. Новое оборудование, новые фотосенсибилизаторы Лощенов В.Б. ....	117
Комбинированные фармакофизioterапевтические методы в коррекции инволюционных изменений кожи лица Мухина Е.С., Жукова О.В.....	117
Лечение больных профессиональным аллергическим дерматитом кистей низкоинтенсивным лазерным излучением Чистяков Н.Д., Малькова Н.Ю. ....	117
Комбинированная УФВ (311нм) — терапия в лечении распространенного вульгарного псориаза Шарапова Е.Н., Круглова Л.С., Жукова О.В., Бабушкин А.М. ....	118

Комплексный подход к лечению подошвенных бородавок Шустов С.А., Жукова О.В., Круглова Л.С., Полев А.В.....	118
---	-----

Магнитофорез в терапии хронических дерматозов Шустов С.А., Ракша Д.А., Круглова Л.С.....	119
---	-----

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ**

Диспансерное наблюдение пациентов, страдающих атопическим дерматитом: ренессанс, основанный на доказательствах Андреева К.В., Жучков М.В., Тарасова М.А., Сонин Д.Б. ....	120
--	-----

Новые формы первичной медицинской документации для лабораторий дерматовенерологической службы города Москвы Калугина Е.Ю., Сюч Н.И., Гуляева Н.И., Махнева Н.В. ....	120
---	-----

Региональный опыт улучшения качества стационарной дерматологической помощи Померанцев О.Н. ....	121
--	-----

Некоторые аспекты взаимодействия филиала «Бирюлевский» МНПЦДК ДЗМ с районными военкоматами при обеспечении призыва в ЮАО Попов И.В., Кладова А.Ю., Демина Е.Н., Шаулина О.А. ....	121
--	-----

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в России в 2009—2011гг. Романова О.В. ....	122
---	-----

Роль миграционных потоков в поддержании неблагоприятной эпидемиологической ситуации по социальным инфекциям Уфимцева М.А., Струин Н.Л., Бочкарев Ю.М., Струина Н.Н., Гурковская Е.П. ....	122
--	-----

К вопросу об оплате предварительных и периодических медицинских осмотров Шаповалов В.С. ....	123
---	-----

## **ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ**

Психологический фон больного акне Волкова Н.В., Глазкова Л.К. ....	125
---	-----

Старческий зуд в дерматологической практике Коган А.И., Кладова А.Ю. ....	125
--	-----

Оценка эффективности низких доз изотретиноина при acne vulgaris Молодова Ю.С. ....	126
---	-----

Анализ эффективности миостимуляции в коррекции возрастных изменений кожи лица Никитина Н.В., Яковлева И.Г. ....	126
--	-----

Выраженность тревожных изменений у больных псориазом Резникова М.А., Слесаренко Н.А. ....	127
--	-----

Тяжелые формы угревой болезни и подходы к лечению Соловьева Е.В., Шаповалов В.С. ....	127
--	-----

Рациональная терапия эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта Чистякова Т.В., Поткаев Н.Н., Глебова Л.И., Терещенко А.В. ....	128
--	-----

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

Возможности влияния на клеточные механизмы старения кожи Жукова И.К. ....	129
--	-----

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Антинуклеарные антитела как предикторы клинической эффективности аминохинолиновых иммуносупрессоров при дискоидной красной волчанке Анурова Г.И., Зиновьева О.В., Протасова Г.И., Андреева К.В., Жучков М.В., Тарасова М.А., Косорукова С.А.....	130
Объективная оценка морфо-функциональных параметров кожи в дерматологии и косметологии. Ультразвуковое исследование кожи Безуглый А.П., Потекаев Н.Н., Бикбулатова Н.Н., Белков П.А., Хабутдинова Н.Р.....	130
Альфа-2-макроглобулин, его иммунокомплексы, IgG и цитокины при псориазе и атопическом дерматите Бурдина А.В., Школьников Т.В., Зорина В.Н.....	131
Комбинированное лечение псориаза метотрексатом и широкополосной средневолновой фототерапией Владимиров В.В., Григорьев Д.В., Сирмайс Н.С.....	131
Математическая модель взаимодействия фактора некроза опухоли и белка Mdm2 Воропаева О.Ф., Сенчукова С.Р.....	132
Внутриклеточные цитокины IL-2, IL-4, ИНФ-γ у больных псориазом Донцова Е.В.....	132
Изучение параметров клеточного и гуморального иммунитета у пациентов истинной экземой Жучков М.В., Тарасова М.А., Сонин Д.Б., Анурова Г.И., Зиновьева О.В., Протасова Г.И., Андреева К.В.....	133
Продукция специфических аутоантител при аутоиммунной пузырчатке в стадии клинической ремиссии Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Белецкая Л.В.....	133
Болезнь Хейли-Хейли и антитела к антигенам межклеточной связывающей субстанции эпидермиса Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Черныш Е.С., Белецкая Л.В.....	134
Особенности ведения пациентов с распространенным псориазом и артропатиями Мельниченко О.О., Радионова Е.Е., Померанцев О.Н., Корсунская И.М.....	134
Микробиологическая идентификация возбудителей и спектр микроорганизмов у стационарных больных с инфекционными заболеваниями кожи Нефедова Е.Д., Василькова Е.В., Петяня Л.А., Махнева Н.В.....	135
Изучение морфогенетических особенностей кожи больных буллезным эпидермолизом — основа для разработки персонализированных методов лечения Петерсен Е.В., Черныш Е.С., Махнева Н.В.....	136
Современные подходы к комплексной терапии экземы Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Родина Ю.А.....	136
Влияние внешних воздействий на слабосвязанные белки стержня волоса человека Смолина Н.В., Михальчик Е.В., Гусев С.А., Федоркова М.В., Ибрагимова Г.А.....	137
Эффекторы врожденного иммунитета при некоторых клинических формах эритем Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К.....	137
Перспективные направления применения электромагнитного излучения миллиметрового диапазона при дерматозах Суворов А.П., Суворов С.А., Сеницын Н.И., Елкин В.А.....	138
Морфофункциональные характеристики кожи новорожденных Шлишко И.Л.....	139
К вопросу о классификации инволюционных изменений кожи Юсова Ж.Ю.....	139

## КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Пилинги с салициловой кислотой и ее производными при коррекции возрастных изменений кожи Балашова А.В.....	141
Влияние терапии системным изотретиноином на экспрессию антимикробных пептидов у больных акне Боровая А.С., Олисова О.Ю., Шарди М.....	141
Стабильность полярной формулы Бренера—Пфлюгера как предиктор рефрактерности к применению ботулинического токсина типа А Жучков М.В.....	142
Сравнительное клиническое исследование эффективности и безопасности вязкоупругих гелей на основе гиалуроновой кислоты и гидроксиапатитсодержащих препаратов Лешунов Е.В., Таран М.Г., Юцковская Я.А.....	142
Клинико-дерматоскопические особенности невусов у больных псориазом и витилиго Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.....	143
Экспрессия генов системы AP-1 в очагах поражения у больных очаговой склеродермией Потекаев Н.Н., Вавилов В.В., Соболев В.В., Корсунская И.М., Брускин С.А.....	143
Сравнительный анализ лечения хирургическим СО-2 лазером и радиохирurgicalическим аппаратом «Сургитрон» сочетанной патологии «вросший ноготь — онихомикоз» Степкина К.П., Ключарева С.В., Пирытинская В.А.....	144
Гемангиомы у новорожденных: особенности диагностики и тактика ведения Харламова Я.И., Спичкова А.С.....	144
Холодовой дерматит как одно из проявлений сенсibilизации организма Храпская К. С.....	144
Дифференциальная диагностика поражений костно-суставного аппарата на ранних стадиях у больных псориазом Чамурлиева М.Н., Коротаяева Т.В., Баткаев Э.А.....	145
Морфологические и иммунологические изменения в шейке матки при хронической гонококковой инфекции Шерман Ю.Ф., Жеребятъева О.О.....	146
Результаты лечения больных розацеа 15% гелем азелаиновой кислоты и 0,1% мазью такролимуса Шурубей В.А.....	146
Ультрафонофорез интерферона в лечении и профилактике рецидивов подошвенных бородавок Шустов С.А., Бобров М. А., Жукова О.В., Круглова Л.С.....	147
Возможности вакцинации при папилломавирусной инфекции Маркина М., Потекаев Н.Н., Демина О.М.....	147

Для Заметок

Для Записок

Для Заметок

Для Записок

Для Заметок

Для Записок

Для Заметок

VI Международный форум дерматовенерологов и косметологов. –  
М.: ООО «Бионика Медиа», 2013.—164 с.

Редактор – Лаврова Е.Р.  
Художественный редактор – М.А. Лындина  
Компьютерная верстка – Д.В. Петухов

Сдано в набор 4.03.13. Подписано в печать 11.03.2013  
Печать офсетная

© Оформление, оригинал-макет,

ООО «Бионика Медиа», 2013