

Приветствие	2
Организаторы и оргкомитет	3
Программа	6
Каталог выставки	15
Сборник тезисов.....	35



Глубокоуважаемые коллеги!

Приветствую вас на VI Межрегиональном форуме "Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики", 17–18 октября 2016 г.

Сегодня развитие и укрепление системы отечественного здравоохранения является одним из основных направлений государственной политики. И важнейшая задача – определение современной стратегии во всех отраслях медицинской науки и практики, в том числе и в дерматовенерологии.

Данный Форум является важным и значимым событием для специалистов и призван осветить новейшие достижения современной дерматовенерологии и косметологии.

На повестке дня Форума, собравшей видных ученых, практикующих врачей, представителей педагогического сообщества – фундаментальные и прикладные исследования, приоритетные направления диагностики и терапии болезней кожи и инфекций, передаваемых половым путем, выработка действенных механизмов координации профессиональной деятельности, оптимизация системы подготовки кадров.

Форум позволяет собрать воедино профессионалов в сфере дерматовенерологии и косметологии, дает возможность ознакомиться с новинками производителей медицинской техники в условиях тенденций мировой медицины и позволит специалистам обменяться опытом и установить новые контакты.

Уверен, что Форум запомнится содержательными дискуссиями и интересными встречами, будет способствовать продвижению перспективных идей и инициатив.

Рассчитываю, что решения, выработанные в ходе встречи, будут востребованы на практике, помогут реализации программ, направленных на оптимизацию отечественной дерматовенерологии и косметологии.

Желаю вам удачи и плодотворной работы!

Главный дерматовенеролог-косметолог
Департамента здравоохранения города Москвы,
Директор Московского научно-практического
центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ,
профессор

 Н.Н. Потекаев

Правительство Москвы;
Департамент здравоохранения города Москвы;
Национальный альянс дерматологов и косметологов;
Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ;
Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации.

Председатель оргкомитета

Хрипун Алексей Иванович

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Заместитель председателя оргкомитета

Потекаев Николай Николаевич

Главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Организационный комитет

Баткаев Эдуард Алексеевич

Заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

Важбин Лев Борисович

Главный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Московской области

Владимиров Владимир Владимирович

Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, д.м.н., профессор

Гомберг Михаил Александрович

Президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Кисина Вера Ивановна

Профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Короткий Николай Гаврилович

Заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Королькова 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, д.м.н., профессор

Львов Андрей Николаевич

Заведующий отделом клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Фриго Наталья Владиславовна

Заместитель директора по научной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н.

Молочков Владимир Алексеевич

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

Молочков Антон Владимирович

Заместитель директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по научной, учебной и международной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

Олисова Ольга Юрьевна

Заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

Перламутров Юрий Николаевич

Заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им. Е.И. Евдокимова, профессор

Разнатовский Константин Игоревич

Главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор

Сергеев Алексей Юрьевич

Профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

Тищенко Андрей Леонидович

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, д.м.н., профессор

Хамаганова Ирина Владимировна

Профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Программный комитет

Гаджигорова Аида Гусейхановна

Доцент кафедры восстановительной медицины с курсом реабилитации кожи с применением методов и средств, используемых в косметологии ФДПОП Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

Демина Ольга Михайловна

Координатор научной программы, доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Доля Ольга Валентиновна

Консультант Московского научно-практического центра ДЗМ, заместитель главного редактора журнала «Клиническая дерматология и венерология», д.м.н., профессор

Жукова Ольга Валентиновна

Главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., доцент

Иванова Маиса Афанасьевна

Главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, д.м.н., профессор

Халдин Алексей Анатольевич

Ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Шугина Елена Андреевна

Доцент кафедры восстановительной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Цыкин Алексей Александрович

Доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. 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, д.м.н., профессор

Сюч Наталья Иосифовна

Заведующая центральной верификационной КДЛ Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

Попечительский совет

Девяткин Андрей Викторович

Главный внештатный специалист по инфекционным болезням ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ», д.м.н.

Колтунов Игорь Ефимович

Главный внештатный специалист педиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», д.м.н., профессор

Конопляников Александр Георгиевич

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ДЗМ, профессор кафедры акушерства и гинекологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Мазус Алексей Израильевич

Главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ДЗМ, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом ДЗМ (МГЦ СПИД), заместитель главного врача ИКБ № 2 по медицинской части, д.м.н.

Мантурова Наталья Евгеньевна

Главный внештатный специалист пластический хирург ДЗМ, главный внештатный специалист пластический хирург Минздрава России, заведующий кафедрой пластической хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Пампура Александр Николаевич

Главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог ДЗМ, заведующий отделом аллергологии и клинической иммунологии обособленного структурного подразделения Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н.

Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Главный внештатный специалист уролог ДЗМ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Разумов Александр Николаевич

Главный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ, президент ГАУЗ «Московский научно-практический центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», академик РАН, д.м.н., профессор

Решетов Игорь Владимирович

Заведующий кафедрой пластической хирургии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корр. РАН, заведующий кафедрой онкологии с курсом пластической хирургии ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, д.м.н., профессор

Хатьков Игорь Евгеньевич

Главный внештатный специалист онколог ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр», д.м.н., профессор

Цибин Александр Николаевич

Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Инъекционная эффективность в таблетках**

при ИППП
и урогенитальных
инфекциях^{2,3}



 **astellas**

№1 в назначениях
антибиотиков¹

Юнидокс Солютаб®

доксицилин

Вильпрафен®

джозамицин

Юнидокс Солютаб® – препарат выбора
в клинических рекомендациях для
терапии хламидийной инфекции^{4, 5}

Вильпрафен® – уникальный макролид*
с активностью в отношении 100%
штаммов атипичных возбудителей ИППП^{6, 7}



* По данным <http://grls.rosminzdrav.ru/> на 16.05.2016 г. Критерии поиска: по МНН.
** Яковлев С. В., Довгань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического
врача. №6, 2014 г., стр. 4–6.
1. Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков
в крупнейших городах России. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых
ООО «Синовейт Комкон», и действительна по состоянию на апрель 2015 года.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Юнидокс Солютаб®
(П №013102/01-120908), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=131893&t

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен®
(П № 012028/01-230112), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=38847&t
4. Centers For disease control and prevention. Sexually transmitted diseases Treatment guidelines, 2015,
<http://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm>
5. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной
инфекцией. 2015. 17с.
6. Saigal K. et al. Indian J Pathol Microbiol. 2016 Apr-Jun; 59 (2): 194–6.
7. Hunjak B. et al. Arch Gynecol Obstet. 2014 Feb; 289 (2): 407–12.

Информация для специалистов здравоохранения

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

17 октября

Большой конференц-зал

Сектор А

09:00

09:15

09:30

09:45

10:00

10:15

Торжественное открытие Форума

10:30

10:45

Пленарное заседание

Фундаментальные исследования
в дерматовенерологии

Председатель:

11:00

11:15

11:30

Хрипун Алексей Иванович – министр Правительства
Москвы, руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

11:45

Сопредседатель:

12:00

12:15

Потекаев Николай Николаевич – главный
дерматовенеролог-косметолог Департамента
здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

12:30

Президиум:

12:45

К.И. Разнатовский, А.Н. Львов, М.А. Гомберг,
Н.Е. Мантурова, Н.Г. Короткий, Т.Н. Королькова,
О.Ю. Олисова

13:00

13:15

13:30

Секция

Приоритетные направления диагностики, лечения
и профилактики заболеваний кожи.

13:45

Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, Ю.Н. Перламуров,
Н.Г. Короткий, Е.С. Снарская

14:00

14:15

14:30

14:45

15:00

15:15

Сателлитный симпозиум
при поддержке компании LA ROCHE-POSAY

Проблема акне и постакне.

Коррекция с помощью средств ухода

Сопредседатели: Л.С. Круглова, А.Н. Хлебникова

15:30

15:45

16:00

16:15

Сателлитный симпозиум
при поддержке компании Алвоген

Возможности контроля кожных
аллергических реакций

И.М. Корсунская

16:30

16:45

17:00

Секция

Детская дерматология

Сопредседатели: Н.Г. Короткий, А.А. Тихомиров,
Н.Ф. Заторская

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

Сектор В**Сектор Т**

09:00

09:15

09:30

09:45

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

*Сателлитный симпозиум
при поддержке компании Астеллас*
**Урогенитальные инфекции в практике
дерматовенеролога**
Сопредседатели: М.А. Гомберг, В.И. Кисина

Секция
Эстетическая медицина: инновационные технологии
*Сопредседатели: Т.Н. Королькова, Е.И. Карпова,
Е.А. Шугина, О.М. Демина*

13:30

13:45

14:00

14:15

Секция
**Новые направления диагностики и терапии
в дерматовенерологии**
Сопредседатели: М.А. Гомберг, А.А. Халдин

14:30

14:45

15:00

15:15

Секция
**Современные направления косметологии:
комбинированные и сочетанные методики
в алгоритмах коррекции старения кожи**
*Сопредседатели: В.В. Гладько, Е.И. Губанова,
О.А. Катханова*

15:30

15:45

16:00

16:15

Секция
**Современные подходы к идентификации
возбудителей ИППП**
*Сопредседатели: Н.А. Сапожникова, Н.В. Фриго,
М.А. Гомберг*

16:30

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

18 октября

	Сектор А	Сектор В
09:00		
09:15		
09:30		
09:45		
10:00		
10:15	<p><i>Секция</i></p> <p>Фундаментальные исследования в дерматовенерологии</p> <p><i>Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, А.Н. Львов, В.А. Молочков</i></p>	<p><i>Секция</i></p> <p>Аппаратные методы в эстетической медицине: эффективность, безопасность, комплаентность</p> <p><i>Сопредседатели: Л.С. Круглова, А.Г. Стенько</i></p>
10:30		
10:45		
11:00		
11:15		
11:30		
11:45		
12:00	<p><i>Секция</i></p> <p>Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем (I)</p> <p><i>Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, В.Ю. Васенова, О.М. Демина</i></p>	<p><i>Секция</i></p> <p>Фототехнологии и другие методы физиотерапии в лечении кожных заболеваний</p> <p><i>Сопредседатели: Л.С. Круглова, Н.Б. Корчажкина, Е.В. Есин</i></p>
12:15		
12:30		
12:45		
13:00		
13:15		
13:30		
13:45		
14:00		<p><i>Секция</i></p> <p>Сочетанные методики коррекции возрастных изменений</p> <p><i>Сопредседатели: Г.А. Наумчик, Е.Н. Лучина, Э.Г. Тер-Терьян</i></p>
14:15		
14:30	<p><i>Секция</i></p> <p>Современные подходы к верификации дерматозов инвазивными и неинвазивными методами</p> <p><i>Сопредседатели: О.В. Жукова, В.В. Мордовцева, Н.В. Фриго</i></p>	
14:45		
15:00		
15:15		
15:30		
15:45		<p><i>Секция</i></p> <p>Акне и акнеподобные дерматозы</p> <p><i>Сопредседатели: Г.А. Наумчик, И.Е. Дворянинова</i></p>
16:00		
16:15		
16:30	<p><i>Секция</i></p> <p>Трихология: новое в диагностике, терапии и реабилитации</p> <p><i>Председатель: А.Г. Гаджигорова</i></p>	
16:45		
17:00		
17:15		
17:30		
17:45		
18:00		
18:15		

Сектор Т

09:00

09:15

09:30

09:45

10:00

*Секция***Дерматоонкология:
новый взгляд на старые проблемы***Сопредседатели: Е.А. Шугнина, А.В. Молочков*

10:15

10:30

10:45

11:00

11:15

11:30

11:45

12:00

*Секция***Организация здравоохранения и нормативно-
правовые вопросы***Сопредседатели: Л.Б. Важбин, М.А. Иванова*

12:15

12:30

12:45

13:00

13:15

13:30

*Секция***Актуальные вопросы диагностики, лечения
и профилактики заболеваний кожи и инфекций,
передаваемых половым путем (II)***Сопредседатели: Э.А. Баткаев, Ю.С. Бутов,
С.А. Масюкова*

13:45

14:00

14:15

14:30

14:45

15:00

15:15

15:30

15:45

16:00

*Секция***Программа Общества дерматоскопии***Сопредседатели: В.Ю. Сергеев, В.В. Мордовцева,
О.Р. Катунина*

16:15

16:30

16:45

17:00

17:15

17:30

17:45

18:00

18:15

БОЛЬШОЙ КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛ

10:00–10:30

Торжественное открытие Форума

Председатель:

Хрипун Алексей Иванович – министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Сопредседатель:

Потекаев Николай Николаевич – главный дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Президиум:

К.И. Разнатовский, А.Н. Львов, М.А. Гомберг, Н.Е. Мантурова, Н.Г. Короткий, Т.Н. Королькова, О.Ю. Олисова

10:30–13:00

Пленарное заседание

Фундаментальные исследования в дерматовенерологии.

10:30–11:00 Состояние и перспективы дерматовенерологической службы в г. Москве.

Н.Н. Потекаев

11:00–11:25 Новые болезни в дерматологии.

Н.Н. Потекаев, А.Н. Львов

11:25–11:50 Дерматомикозы XXI века: особенности клиники, течения, лечения и профилактики.

К.И. Разнатовский

11:50–12:15 Псориаз: коморбидности и комедикации.

Н.Г. Кочергин

12:15–12:35 ИППП в России. Уроки последних десятилетий.

М.А. Гомберг, М.А. Иванова

12:35–13:00 Современные аспекты геронтологии и косметологии.

Т.Н. Королькова

13:00–13:15

Перерыв

СЕКТОР А

13:15–14:45

Секция

Приоритетные направления диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи.

Сопредседатели: Н.Н. Потекаев, Ю.Н. Перламутров, Н.Г. Короткий, Е.С. Снарская

13:15–13:30 Наружная терапия акне: вопросы и ответы.

А.Н. Львов

13:30–13:45 Оптимизация подхода к комплексному лечению больных диффузной алопецией и ониходистрофией.

Е.С. Снарская

13:45–14:00 От частного к общему: лечение себорейной пузрычатки.

В.В. Владимиров, В.В. Владимирова, Е.В. Матушевская

14:00–14:15 Нюансы и тонкости терапии стероидчувствительных дерматозов.

А.Н. Львов

14:15–14:30 Особенности наружной терапии пиодермии в практике дерматолога и косметолога.

Е.В. Матушевская

14:30–14:45 Диагностика и лечение акне у подростков.

К.Б. Ольховская

14:45–15:00

Перерыв

15:00–15:45

Сателлитный симпозиум при поддержке компании LA ROCHE-POSAY Проблема акне и постакне. Коррекция с помощью средств ухода.

Сопредседатели: Л.С. Круглова, А.Н. Хлебникова

15:00–15:25 Симптомкомплекс постакне – эффективные методы коррекции.

Л.С. Круглова

15:25–15:45 Современные подходы к терапии акне.

А.Н. Хлебникова

15:45–15:55

Перерыв

15:55–16:40

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Алвоген Возможности контроля кожных аллергических реакций.

И.М. Корсунская

16:40–16:50

Перерыв

16:50–18:00

Секция

Детская дерматология.

Сопредседатели: Н.Г. Короткий, А.А. Тихомиров, Н.Ф. Заторская

16:50–17:10 Успешный случай лечения торпидного псориаза у ребенка.

Н.Г. Короткий, Б.Н. Гамаюнов

17:10–17:25 Трудности дифференциальной диагностики лимфом кожи у детей.

И.В. Валитова, В.Н. Гребенюк, Н.Ф. Заторская

17:25–17:40 Детские дерматозы – лечить или не лечить?

С.Н. Турбовская, Е.А. Василевская, К.Л. Варданян

17:40–17:55 Коррекция кожных проявлениями хронической РТПХ у детей наружными средствами.

Н.Н. Потекаев, П.Е. Трахтман, О.И. Рассохина

СЕКТОР В

13:15–14:00

Сателлитный симпозиум при поддержке компании Астеллас

Урогенитальные инфекции в практике дерматовенеролога.

Сопредседатели: М.А. Гомберг, В.И. Кисина

13:15–13:30 Новые Европейские рекомендации по хламидийной и микоплазменной инфекции.

М.А. Гомберг

13:30–13:45 Алгоритм диагностики и лечения смешанных урогенитальных инфекций.

В.И. Кисина

13:45–14:00 M.genitalium–инфекция. Устойчивость M.genitalium к антибиотикам: причины развития, способы контроля и предупреждения.

А.Е. Гуцин

14:00–14:15

Перерыв

14:15–15:45

Секция

Новые направления диагностики и терапии в дерматовенерологии.

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

14:15–14:30 Аногенитальные бородавки: подходы к терапии и профилактике.

А.А. Халдин

14:30–14:50 Феномен самоизлечения в дерматовенерологии.

М.А. Гомберг, А.Е. Гуцин, В.П. Ковалык

14:50–15:10 Дерматозы беременности.

О.В. Доля

15:10–15:30 Роль инфекций, передаваемых половым путем, и эндотелиальной дисфункции в патогенезе мужского бесплодия.

Р.А. Садретдинов, Н.Г. Короткий

15:30–15:45 Оценка эффективности комплексной терапии псориаза в аспекте возможности повлиять на продолжительность клинической ремиссии и повышения качества жизни пациента.

А.В. Карпова

15:45–16:00

Перерыв

16:00–17:45

Секция

Современные подходы к идентификации возбудителей ИППП.

Сопредседатели: Н.А. Сапожникова, Н.В. Фриго, М.А. Гомберг

16:00–16:20 Современные подходы к идентификации возбудителей ИППП.

Н.В. Фриго

16:20–16:35 Верификация *S.trachomatis* лабораторными методами. Актуальные рекомендации.

М.А. Гомберг

16:35–16:50 Диагностика инфекции, обусловленной *M.genitalium*.

И.В. Романова, В.И. Кисина, А.Е. Гуцин

16:50–17:05 Технология иммуночипов и другие современные технологии для диагностики нейросифилиса.

Е.С. Незгашева, О.В. Жукова, Н.В. Фриго, Г.А. Дмитриев

17:05–17:20 Значимость выявления неопределенных результатов выявления антител к вирусу гепатита С для клинической практики.

А.А. Потапова, Т.А. Туполева, Е.Н. Овчинникова, М.М. Шульгина,

М.И. Ермолаева, Е.В. Ефремова, Н.И. Сюч

17:20–17:40 Опыт работы Московского научного центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ по выявлению ИППП среди мигрантов в городе Москве.

Н.А. Сапожникова

Дискуссия. ИППП

Участники: д.м.н., проф. Н.Н. Потекаев, В.И. Кисина, М.А. Гомберг,

Н.В. Фриго, А.А. Халдин, О.К. Лосева, Г.А. Дмитриев, А.Е. Гуцин

СЕКТОР Т

13:15–15:00

Секция

Эстетическая медицина: инновационные технологии.

Сопредседатели: Т.Н. Королькова, Е.И. Карпова, Е.А. Шугина,

О.М. Демина

13:15–13:35 Осложнения после использования нитей, разбор ошибок в анатомическом аспекте.

Е.И. Карпова

13:35–13:55 Гиалуроновая кислота в косметологии.

Е.А. Шугина

13:55–14:10 Аспекты проведения нитевого лифтинга капролактоновыми нитями.

Д.А. Лупин

14:10–14:25 Рецидивирующее воспаление после контурной инъекционной пластики мягких тканей лица.

О.И. Данищук

14:25–14:40 Подготовка и реабилитация плацентарными препаратами после инвазивных косметологических процедур.

Д.А. Лупин

14:40–15:00 Дискуссия

15:00–15:15

Перерыв

15:15–17:30

Секция

Современные направления косметологии: комбинированные и сочетанные методики в алгоритмах коррекции старения кожи.

Сопредседатели: В.В. Гладько, Е.И. Губанова, О.А. Катханова

15:15–15:35 Ботулинотерапия и филлеры в комплексной коррекции губ и периоральной зоны.

Е.И. Губанова

15:35–15:50 Пациент с чувствительной кожей на приеме у дерматолога и косметолога.

О.А. Катханова

15:50–16:05 Ближайшие и отдаленные результаты эффективности мезотерапевтических пептидных препаратов в коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи.

Г.Ш. Закирова

16:05–16:20 Колориметрия – критерий оценки эффективности коррекции пигментации как признака фотоповреждения кожи.

А.А. Вавилова

16:20–16:35 Классификация типов старения тыла кистей у женщин

П.А. Староватова, Е.И. Губанова, В.В. Гладько, А.А. Вавилова

16:35–17:30 Дискуссия

СЕКТОР А

10:00 –11:30

Секция

Фундаментальные исследования в дерматовенерологии.

Сопредседатели: Н.Н. Потеекаев, А.Н. Львов, В.А. Молочков

10:00–10:15 Заболевания ногтей как проявление болезней внутренних органов.

А.А. Цыкин

10:15–10:30 Ранняя меланома. Особенности диагностики и лечения.

К.С. Титов

10:30–10:45 Современные технологии «паспортизации» кожи: возможности и ограничения, клинико-эпидемиологические аспекты.

А.В. Миченко

10:45–11:00 Использование программно-аппаратного комплекса в МНПЦДК ДЗМ для динамического наблюдения за больными с дерматозами различного генеза.

М.А. Кочетков

11:00–11:15 Современные методы объективизации кожного зуда. Валидационное исследование опросников по зуду.

С.И. Бобко

11:15–11:30 Многоликий псориаз: основы междисциплинарного взаимодействия.

Е.А. Хлыстова

11:30–11:45

Перерыв

11:45 –13:45

Секция

Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем (I).

Сопредседатели: Н.Н. Потеекаев, В.Ю. Васенова, О.М. Демина

11:45–12:00 Значение медицинского камуфляжа в психосоциальной адаптации пациента.

А.Н. Львов

12:00–12:15 Аспекты патогенеза, клиника, диагностика и терапия atopического дерматита.

Ю.С. Бутов, В.Ю. Васенова

12:15–12:30 Иммунопатогенетические механизмы инновационной комбинации лазерной и фотодинамической терапии угревой болезни.

О.М. Демина, Н.Н. Потеекаев, А.В. Картелишев

12:30–12:45 Особенности лечения акнеформных дерматозов.

О.А. Катханова

12:45–13:00 Инфекционные и неинфекционные заболевания ногтей.

В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов

13:00–13:15 Микозы гладкой кожи. Эволюция терапии.

А.А. Цыкин

13:15–13:30 Мицетома стопы и кисти (диагностика, клиника, лечение).

С.А. Бурова, Ф.Л. Эмирасланов

13:30–13:45 Диагностические подходы при торпидном течении atopического дерматита.

Е.В. Свечникова

13:45–14:00

Перерыв

14:00–15:45

Секция

Современные подходы к верификации дерматозов инвазивными и неинвазивными методами.

Сопредседатели: О.В. Жукова, В.В. Мордовцева, Н.В. Фриго

14:00–14:20 Верификация дерматозов с использованием инвазивных и неинвазивных технологий. Современные тенденции и подходы.

Н.В. Фриго

14:20–14:35 Определение LE-клеток. Ожидания и возможности.

Н.И. Сюч

14:35–14:55 Принципы диагностики генодерматозов.

В.В. Мордовцева

14:55–15:10 Современные методы изучения интраэпидермальной плотности нервных волокон при дерматозах.

С.И. Бобко

15:10–15:25 Неинвазивные методы в диагностике дерматозов.

А.В. Миченко

15:25–15:40 Применение иммунологических и патоморфологических методов исследования для диагностики буллезных дерматозов в лабораториях МНПЦДК ДЗМ.

С.А. Полевщикова, М.А. Бобров, Е.В. Лебедева

15:45–16:00

Перерыв

16:00–17:45

Секция

Трихология: новое в диагностике, терапии и реабилитации.

Председатель: А.Г. Гаджигорова

16:00–16:15 Дерматокосметические средства для коррекции aloпeций и уровни их воздействия.

Н.Г. Барунова

16:15–16:30 Обследование и лечение трихологических пациентов МНПЦДК, проблемы и решения.

Н.В. Чистякова, А.Г. Гаджигорова

16:30–16:45 Комбинированные методы лечения андрогенетической aloпeции.

А.Г. Гаджигорова

16:45–17:00 Особенность дермоскопических признаков заболеваний сочетанной локализации на скальпе и других участках кожного покрова.

А.В. Миченко

17:00–17:15 Инвазивные и неинвазивные методики в лечении алопеции.

О.А. Катханова

17:15–17:30 Лазерные технологии в трихологической практике.

В.В. Вавилов

17:30–17:45 Дифференциальная диагностика аутодеструктивной патологии волос.

Ю.Ю. Романова, А.Н. Львов, Д.В. Романов, А.В. Минченко

СЕКТОР В

10:00–11:30

Секция

Аппаратные методы в эстетической медицине: эффективность, безопасность, комплаентность.

Сопредседатели: Л.С. Круглова, А.Г. Стенько

10:00–10:20 Гипертрофические рубцовые деформации: целесообразность комбинированных методов коррекции.

А.Г. Стенько

10:20–10:40 RF микроиглы и клеточные технологии в коррекции инволютивных изменений кожи.

А.Ю. Аленичев

10:40–10:55 Программируемый липолиз – высокотехнологичные методы.

Ж.Ю. Юсова

10:55–11:10 Рекомендации по лечению атрофических рубцовых деформаций.

А.М. Талыбова

11:10–11:30 Индустрия искусственного загара.

Л.С. Круглова

11:30–11:40

Перерыв

11:40–13:15

Секция

Фототехнологии и другие методы физиотерапии в лечении кожных заболеваний.

Сопредседатели: Л.С. Круглова, Н.Б. Корчажкина, Е.В. Есин

11:40–12:00 Витилиго: эффективность различных методов терапии.

Л.С. Круглова, Е.В. Есин

12:00–12:20 Сочетанное применение биорепарации и светоимпульсной терапии в эстетической медицине.

Ж.Ю. Юсова

12:20–12:35 Фотодинамическая терапия: перспективы применения при кожных заболеваниях.

Н.Н. Потекаев, Э.М. Дзыбова

12:35–12:50 Фототерапия в детском возрасте: следуя рекомендациям.

Н.Б. Корчажкина, С.Н. Турбовская

12:50–13:10 Ограниченная склеродермия: тактика ведения пациентов.

Л.С. Круглова, Н.Б. Корчажкина

13:10–13:15 Дискуссия

13:15–13:30

Перерыв

13:30–15:00

Секция

Сочетанные методики коррекции возрастных изменений

Сопредседатели: Г.А. Наумчик, Е.Н. Лучина, Э.Г. Тер-Терьян

13:30–14:00 Сочетанные протоколы применения радиоволнового лифтинга и нитевых методик в косметологии и малоинвазивной хирургии.

Э.Г. Тер-Терьян

14:00–14:30 Анализ клинической эффективности методики ультразвукового SMAS лифтинга. Оптимизация результата, сочетанные протоколы коррекции.

Е.Н. Лучина

14:30–15:00 Сочетанные методы коррекции деформационно-отечного типа старения.

Г.А. Наумчик

15:00–15:15

Перерыв

15:15–16:45

Секция

Акне и акнеподобные дерматозы.

Сопредседатели: Г.А. Наумчик, И.Е. Дворянинова

15:15–15:40 Ботулинотерапия в дерматологии (акне, себорея, розацеа). Перспективы метода

Г.А. Наумчик

15:40–16:00 Системная терапия акне. Современный подход, особенности ведения пациентов различных возрастных групп.

И.Е. Дворянинова

16:00–16:20 Комплексный подход к лечению акне и постакне взрослых. Принципы комбинации методик для оптимизации результата.

А.Д. Сергеева

16:20–16:40 Возможности аппаратной коррекции себорейного дерматита и акне.

А.С. Суханова

СЕКТОР Т

10:00–11:40

Секция

Дерматоонкология: новый взгляд на старые проблемы.

Сопредседатели: Е.А. Шугина, А.В. Молочков

10:00–10:15 Экспрессия рецепторов эпидермального фактора роста у пациентов с себорейным кератозом.

А.К. Александрова, В.А. Смольяникова, Е.С. Фоминых

10:15–10:30 Совершенствование аппликационной терапии эпителиальных опухолей кожи.

А.Н. Хлебникова

10:30–10:45 Опухоли кожи – диагностика и прогноз. Мнение дерматолога и онколога (клинические наблюдения).

Е.А. Шугина, Л.С. Арутюнян, О.И. Рассохина

10:45–11:00 Реконструктивные операции при опухолях кожи лицевой области.

О.В. Маторин, А.П. Поляков

11:00–11:15 Патоморфология новообразований кожи. Современные возможности.

Д.В. Буланов

11:15–11:30 УЗИ кожи: перспективы использования в дермато-онкологии

А.П. Безуглый, П.А. Белков

11:30–11:40 Жизнь после болезни: мультидисциплинарный подход к реабилитации онкологических больных.

Е.А. Шугунина, К.Н. Мелкова, Н.В. Горбунова, О.И. Рассохина

11:40–11:50

Перерыв

11:50–13:20

Секция

Организация здравоохранения и нормативно-правовые вопросы.

Сопредседатели: Л.Б. Важбин, М.А. Иванова

11:50–12:05 Государственно-частное партнерство в дерматовенерологии.

С.И. Шлягер, Э.М. Загретдинова

12:05–12:20 Медико-организационные аспекты атопического дерматита: взаимосвязь с перинатальным и репродуктивным здоровьем.

Т.А. Соколовская

12:20–12:35 Модель профилактических мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья.

О.В. Армашевская, Л.Ю. Чучалина

12:35–12:50 Опыт проведения фотохронометражей наблюдений за работой врачей-дерматовенерологов в г. Люберцах Московской области.

Л.Б. Важбин, М.А. Иванова, Ю.И. Матушевская

12:50–13:05 Опыт борьбы с распространением инфекций, передаваемых половым путем, в Российской Федерации.

М.А. Иванова, О.В. Романова

13:05–13:20 Пространственно-временной анализ уровня инфекционной заболеваемости населения г. Ижевска.

Е.А. Тюлькина

13:20–13:30

Перерыв

13:30–15:30

Секция

Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем (II).

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

13:30–13:45 Розацеа: новые возможности наружной терапии.

А.В. Миченко

13:45–14:00 Пентоксифиллин в комплексной терапии истинной экземы.

И.В. Хамаганова, Е.Н. Маляренко, А.Ю. Васильева, М.В. Новосельцев, А.Г. Моднова

14:00–14:15 Иммунотерапевтическая концепция применения микробных антигенов при инфекционных и инфекционно-аллергических дерматозах.

Е.В. Сорокина, С.А. Масюкова

14:15–14:30 Линейная форма склеродермии на коже полового члена у мужчин.

Н.Н. Потехаев, И.М. Корсунская, С.Д. Гусева, З.А. Невозинская

14:30–14:45 Количественная оценка клинических манифестаций при различных вариантах течения эпидермофитии и рубромикоза стоп.

Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, Т.А. Малярчук, К.В. Монте Росель

14:45–15:00 Использование метода скотч-проб для диагностики микозов стоп.

А.П. Малярчук

15:00–15:15 Объективный акустический метод в дерматологии и косметологии.

В.Н. Федорова, Д.Ф. Кашеваров, Л.В. Козырь, М.А. Абасов, Е.Е. Фаустова, О.И. Чуринова

15:15–15:30 Дискуссия

15:30–15:45

Перерыв

15:45–17:15

Секция

Программа Общества дерматоскопии

Сопредседатели: В.Ю. Сергеев, В.В. Мордовцева, О.Р. Катунина

15:45–16:05 Злокачественные новообразования кожи в повседневной практике дерматолога.

Сергеев Ю.Ю.

16:05–16:25 Диспластический невус: новые проблемы в диагностике

Мордовцева В.В.

16:25–16:45 Интерактивный разбор в дерматоскопии. Клинические и гистопатологические соответствия. Катунина О.Р., Сергеев Ю.Ю.

16:45–17:00 Актуальные вопросы дерматоскопии в 2016 г.

Устинов М.В.

17:00–17:15 Дискуссия

Alvogen

123610, г. Москва, Краснопресненская наб.,
12, 6 подъезд, офис 1347
телефон: +7(499) 940-01-77
электронная почта: inforussia@alvogen.com
www.alvogen.ru

Ведущий
спонсор



Alvogen основан в 2009 году и весьма активен в сделках по приобретению наиболее перспективных компаний в фармацевтической отрасли. Одной из первых присоединенных компаний стала Norwich Pharmaceuticals (Нью-Йорк, США) – компания со 125-летней историей и непревзойденной репутацией качества продукции. Вот почему, несмотря на свой молодой возраст, компания Alvogen обладает более чем 100-летней экспертизой в фармацевтическом бизнесе.

Alvogen – фармацевтическая компания следующего поколения. Наша бизнес-модель базируется на том, что Alvogen присутствует на рынках с высоким ростом фармацевтического бизнеса и большим потенциалом его развития.

Кроме того, Alvogen на каждом из рынков предлагает уникальный портфель препаратов. Они либо формируют новые категории на рынке, либо обладают весомыми продуктовыми преимуществами перед конкурентами, что, безусловно, даст надежду и помощь пациентам с различными заболеваниями.

Стратегия развития Alvogen в России основана на развитии следующих терапевтических направлений: аллергология, дерматовенерология, педиатрия, гинекология, общая терапия, кардиология и госпитальное направление.

ООО «Алкой», Россия

125480, г. Москва, ул. Планерная, д. 3, корп. 6
электронная почта: alkoy_s@list.ru
www.alkoy.ru
www.selencin.ru
www.evisent.ru
www.pсорилом.ru

Спонсор



Более 15 лет компания «Алкой» является одним из наиболее успешных в России производителей инновационных продуктов для улучшения качества жизни и здоровья людей. Сочетая науку с передовыми технологиями, компания создает истинные инновации в области дерматологии. Лекарственные средства и косметические линии торговых марок «СЕЛЕНЦИН», «ЭВИСЕНТ», «ПСОРИЛОМ» давно зарекомендовали себя как высококачественные и эффективные средства, которым отдают предпочтение как врачи, так и потребители.

АО «Астеллас Фарма»

109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 16
телефон: +7(495) 737-07-56
www.astellas.ru

Ведущий
спонсор



Компания «Астеллас» входит в число 20 ведущих фармацевтических компаний мира; в отделениях компании в разных странах работает около 15 000 сотрудников. Молодая и дальновидная компания «Астеллас» посвятила себя улучшению жизни людей во всем мире путем внедрения новых надежных лекарственных средств.

Созданная в 2005 году путем слияния компаний «Яманучи» и «Фуджисава», компания «Астеллас» целенаправленно продолжает разработку первоклассных препаратов в ряде областей медицины благодаря деятельности высокопрофессионального Центра клинических исследований и разработок, используя маркетинговый потенциал в условиях непрерывного роста мирового фармацевтического рынка. www.astellas.ru/en/about-us/

А-ФАРМ

125130, г. Москва, Старопетровский пр-д 11 кор.1
телефон: +7 (495) 721-36-65
www.afarm.ru



Компания А-ФАРМ – официальный и эксклюзивный дистрибьютор в России известных французских дерматокосметических марок Урьяж, Байоль Интернасьональ, Норева и Нюкс. Эти лаборатории известны своими глубокими научно-исследовательскими разработками, инновационным подходом и высокотехнологичным производством средств, которые давно вошли в арсенал врачей и косметологов и получили признание клиентов. Успешность нашей работы подтверждается тем, что марки этих лабораторий входят в первую десятку в рейтингах марок аптечной косметики в России.

БИОДЕРМА, Франция

111123, г. Москва, Электродная улица, дом 13
www.bioderma-lab.com



Лаборатория Биодерма была создана в 1978 году во Франции, в городе Лионе, как фармацевтическая лаборатория, специализирующаяся на выпуске мазевых основ лекарственных препаратов, изготавливаемых по рецепту врача. В настоящее время Лаборатория Биодерма производит дермакосметические средства для профилактики и лечения различных заболеваний кожи. Лаборатория Биодерма – один из лидеров в медицинских и биологических исследованиях, технологии, развитии и производстве средств медицинской косметики. В своей деятельности Лаборатория ориентируется на дерматологическую практику, исходя из потребностей врача и пациента.

Продукция Лаборатории Биодерма занимает 2-е место во Франции среди средств медицинской косметики, выписываемых врачами, и широко представлена на 5 континентах в более чем 100 странах мира.

В России представлены следующие гаммы:

- Атодерм – линия для сухой, очень сухой и атопичной кожи,
- Себиум – линия для смешанной и жирной кожи с тенденцией к акне,
- Сенсибио – линия для чувствительной кожи,
- Нодэ – уход за волосами и кожей головы,
- Цикабио – линия для поврежденной кожи,
- Фотодерм – солнцезащитная программа,
- Гидрабио – линия для обезвоженной кожи.

Бэствуд Фарма

125445, г. Москва, ул. Смольная, д.24А, офис 814
телефон: +7(495) 664-59-70
электронная почта: bestwoodpharma@gmail.com
www.losterin.ru



Бэствуд Фарма – российский производитель специализированных дерматокосметологических средств, а также продуктов диетического и профилактического питания.

Одним из наиболее известных брендов в портфеле компании является линия дерматологических средств Лостерин. Линия Лостерин разработана дерматологами специально для ежедневного ухода за кожей в комплексной терапии хронических кожных заболеваний. Препараты линии Лостерин (крем, шампунь и гель для душа) содержат в своем составе сбалансированную комбинацию активных действующих веществ (нафталан обессмоленный, мочевины, салициловая кислота, экстракты лекарственных трав, натуральные масла), специально подобранных для наиболее эффективного терапевтического воздействия на кожу.

VICHY Laboratoires, Франция

ЗАО «Лореаль»
119180, г. Москва, 4-ый Голутвинский пер., 1/8, стр. 1-2
телефон: +7(495) 258-31-91
горячая линия Vichy: +7(800) 200-40-05
www.vichyconsult.ru
www.loreal.com.ru



Более 80 лет Лаборатории Vichy занимаются разработкой и производством косметических средств, созданных на основе уникальной Термальной воды Vichy вулканического происхождения 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: марка особенно известна как создатель передовых формул в области трихологии и коррекции возрастных изменений. Косметика Vichy гипоаллергенна, протестирована под контролем дерматологов, не содержит парабенов, подходит для чувствительной кожи. Марка Vichy является абсолютным лидером среди аптечных косметических брендов в мире и в России.

ООО «ГАЛДЕРМА»

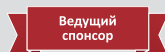
125284, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 31 А, стр. 1, БЦ Монарх
телефон: +7(495) 540-50-17
электронная почта: info.russia@galderma.com
www.galderma.ru



Galderma была основана в 1981 году как дочернее предприятие компаний Nestle и L'Oreal. На сегодняшний день Galderma является одним из мировых лидеров в производстве лекарственных и косметических средств, а также медицинских изделий для эстетической коррекции. Основные направления деятельности компании – это акне, розацеа, псориаз, онихомикоз, рак кожи, борьба с возрастными изменениями. Продукция компании представлена в более чем 80 странах мира. 19% от ежегодного дохода инвестируется в разработку новых препаратов. С 2014 года Galderma на 100% вошла в состав Nestle как основа Nestle Skin Health.

ГЛЕНМАРК ИМПЭКС, ООО

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.2, стр.3, БЦ «Вивальди Плаза»
телефон: +7(499) 951-00-00
факс: +7(499) 951-00-00 доб. 7702/7703
www.glenmarkpharma.com
www.glenmark-pharma.ru



Гленмарк Фармасьютикалз Лимитед – международная, интегрированная фармацевтическая компания, в основе деятельности которой – научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. По данным рейтинга SCRIIP 100, 2016 г., компания входит в ТОП-80 международных фармацевтических и биотехнологических компаний мира по размеру выручки. Гленмарк занимает одно из ведущих мест в области разработки инновационных молекул – новых химических соединений и новых биологических соединений. На сегодняшний день несколько молекул компании находятся на различных этапах клинической разработки. Главным образом эти молекулы разрабатываются для лечения заболеваний воспалительной этиологии [астма/ХОБЛ, ревматоидный артрит] и боли [нейропатическая боль и боль воспалительной этиологии]. Компания широко представлена на рынках брендированных дженериковых препаратов в развивающихся странах. На фармацевтическом рынке России (коммерческий сегмент) 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 «НТС «Градиент»»

129301, РФ, г. Москва, ул. Бориса Галушкина,
дом 14, корпус 1
телефон: +7(495) 933-60-00
факс: +7(495) 933-60-00
электронная почта: gradient@gradient.ru
www.gradient.ru

Bio-Oil®

Косметическое масло Bio-Oil применяется для уменьшения видимости рубцов и стрий, следов от акне и пигментации, рекомендуется для обезвоженной и возрастной кожи.

В состав входят экстракты ромашки, розмарина, календулы, лаванды, витамины А и Е, а также уникальный ингредиент PurCellin Oil™.

Эксклюзивным дистрибутором Bio-Oil является компания ООО «НТС «Градиент» – одна из ведущих дистрибуторских компаний России в области потребительских товаров повседневного спроса, основанная в 1991 году.

ООО «Диарси Центр»»

123592, г. Москва, ул. Кулакова, д.20, стр. 1Г
телефон: +7(495) 781-92-03
электронная почта: femegyl@globaldrc.com
www.femegyl.ru
www.rocs.ru



F E M E G Y L®
P R O F E S S I O N A L

Торгово-промышленная группа компаний DRC является ведущим разработчиком, производителем и поставщиком высококачественных косметических средств, средств по уходу за полостью рта и средств медицинского назначения. Представляет такие бренды, как FEMEGYL, R.O.C.S., Герпенокс и Ivomed. Формулы продуктов уникальны и защищены более чем 50 патентами по всему миру. Продукция имеет все необходимые сертификаты России и стран СНГ, Европейского Союза, немецкие аптечные номера PZN.

ООО «ИнтерЛабСервис»»

115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 20/13, стр. 2
телефон: +7(495) 664-28-84
электронная почта: info@interlabservice.ru,
amplisens@ilslab.ru
www.interlabservice.ru/



ИнтерЛабСервис

ИнтерЛабСервис с 2002 г. работает на рынке поставок высокотехнологичной продукции для молекулярной диагностики в России и странах СНГ и является ведущим дистрибутором продукции для научных молекулярно-биологических исследований. Деятельность компании направлена на комплексное оснащение клинично-диагностических, ветеринарных и научно-исследовательских лабораторий, поставки высококачественных изделий медицинского назначения, обучение методике проведения ПЦР-исследований в Учебных центрах ФБУН ЦНИИЭ, сервисное обслуживание и ремонт оборудования. ИнтерЛабСервис является официальным дистрибутором наборов реагентов для ПЦР-диагностики торговой марки АмплиСенс, а также продукции ряда ведущих производителей лабораторного оборудования, таких как QIAGEN, Hamilton и др. Специалисты компании разрабатывают собственные готовые решения для автоматизации ПЦР-диагностики, включая разработку специализированного программного обеспечения для роботизированных программно-аппаратных комплексов.

Дерматологическая лаборатория La Roche-Posay

ЗАО L'OREAL

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.laroche-posay.ru



Марка La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25 000 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.

ЛЕО Фарма

125315, г. Москва, Ленинградский проспект, д.72, корп.2

телефон: +7(495) 789-11-60

www.leo-pharma.ru

Спонсор



Компания ЛЕО Фарма помогает людям обрести здоровую кожу. Предлагая решения по уходу за кожей в более 100 странах мира, компания поддерживает пациентов в борьбе с кожными заболеваниями.

Компания была основана в 1908 году и находится в собственности Фонда ЛЕО.

ЛЕО Фарма десятилетиями занималась исследованием и разработками, чтобы предоставлять продукты и предлагать решения пациентам, страдающим кожными заболеваниями. Штаб-квартира компании находится в Дании. В компании работает около 5000 человек по всему миру.

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте: www.leo-pharma.com

Мёлнлике Хелс Кэа, Швеция

1151916, г. Москва, ул. Б. Тульская, д.10, стр. 3

телефон: +7(495) 232-26-64,

+7(495) 231-16-70

факс: +7(495) 232-26-65

электронная почта: info.ru@molnlycke.com

www.molnlycke.com

www.molnlycke.ru



Mölnlycke Health Care (Мёлнлике Хелс Кэа) – шведская компания, являющаяся одним из мировых лидеров в разработках, производстве и поставках одноразовой хирургической продукции, а также перевязочных материалов и средств для лечения ран для профессионального здравоохранения. Хирургическое подразделение включает в себя производство хирургического белья, халатов, масок для лица, головных уборов, а также хирургических перчаток. Подразделение компании, отвечающее за средства для ухода за ранами, включает медицинские приборы для лечения ран, перевязочные и фиксирующие средства, а также продукты для ухода за кожей и смягчающие средства. Самые популярные продукты компании, способствующие быстрому заживлению ран, произведены с использованием технологии мягкого силиконового покрытия Safetac.

ООО «ОКСИГОН»

123056, г. Москва, ул. Большая Грузинская, д. 32-34, стр. 1
телефон: +7(499) 766-88-49
электронная почта: info@oxygonpharma.ru
www.oxygonpharma.ru

Спонсор



ООО «Оксигон» – молодая отечественная компания, осуществляющая полный цикл создания лекарственных средств от разработки до выпуска готовых лекарственных форм. За 8 лет существования компания разработала, зарегистрировала и выпустила эффективные и безопасные препараты в области онкодерматологии, гинекологии и дерматовенерологии. Препараты Мардил Селен и Мардил Цинк Макс были созданы в рамках партнерства с фондом «Сколково». Коллектив компании, состоящий из химиков, технологов и медиков, успешно сотрудничает с ведущими профессорами ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии», ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи», ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского», ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина». Портфель компании содержит разработки новых препаратов, находящихся на различных стадиях исследования.

ООО «ПАРАМЕД»

123592, г. Москва, ул. Кулакова, д.20, стр.1Г
телефон: +7(495) 781-84-79
факс: +7(495) 781-84-79
электронная почта: contact@paramed.ru
www.paramed.ru



ПАРАМЕД
группа компаний



Компания «Парамед» (год основания 1993) является маркетинговым агентством полного цикла и дистрибьютором на территории России, Белоруссии, Казахстана таких известных на международном рынке брендов, как ISIS Pharma, Premium Diagnostics, Nippes, Becker Manicure, Systagenix, Warwick Sasco. Сферы деятельности компании: дерматология, детская дерматология, детская аллергология, педиатрия, гинекология.

ISISPHARMA – французская косметика высочайшего качества, которую на российском рынке представляет ООО «Парамед». С ИСИСФАРМА проблемная кожа больше не проблема! Решение проблем гиперпигментации, витилиго, розацеи, покраснений, купероза, псориаза и очень сухой кожи.

В России препараты пользуются уважением у ведущих дерматологов и косметологов.

Polfa-Tarchomin S.A.

Представительство в России:
121248, г. Москва, Кутузовский пр-т, д.13, оф. 141
телефон: +7(495) 937-64-30, +7(495) 223-68-35
электронная почта: evgeniy.shubin@polfa-tarchomin.com.pl



А.О. Тархоминский фармацевтический завод «Польфа» является производителем лекарственных средств и занимает ведущую позицию на польском фармацевтическом рынке в таких терапевтических группах, как антибиотики, психотропы, препараты для дерматологии и диабетологии (гуманный инсулин).

Дерматологическая линейка лекарственных средств представлена на российском рынке следующими препаратами: Неомицин®, Оксикорт® и Полькортолон ТС®.

ЗАО «Ретиноиды»

111123, г. Москва, ул. Плеханова, д.2/46, стр. 5
телефон: +7(495) 234-61-17, +7(495) 234-61-19
электронная почта: contacts@retinoids.ru,
sales@retinoids.ru



Фармацевтическая компания «Ретиноиды» – это российский производитель лекарств с историей, насчитывающей уже четверть века.

Ретиноиды – это класс соединений – синтетических аналогов витамина А, а ЗАО «Ретиноиды» – это круг специалистов, которые о ретиноидах знают всё: ученые-химики, биологи, биохимики, технологи, токсикологи, фармакологи, иммунологи, морфологи, врачи.

Мы прошли путь становления в фармацевтическом секторе экономики России и создали целую линейку импортозамещающих лекарственных средств.

Сегодня мы поставляем препараты для лечения заболеваний кожи в тысячи аптек по всей стране. В продуктовый портфель ЗАО «Ретиноиды» входит 12 наименований готовых форм и 11 фармацевтических субстанций. Выпускаемые субстанции, в основном, используются для производства своих собственных продуктов, входящих в группу «D» и применяемых для лечения заболеваний кожи. ЗАО «Ретиноиды» является членом «Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности»

Сан Фармасьютикал Индастриз ЛТД

129223, г. Москва, Проспект Мира, д. 119, корп. 537/2
телефон: +7(495) 234-56-11
факс: +7(495) 234-56-19
электронная почта: info@sunpharma.com
www.sunpharma.com



Сан Фарма является пятой по величине фармацевтической дженериковой компанией в мире. В марте 2015 года произошло слияние компаний Сан Фарма и Ранбакси. Теперь, обладая двойными усилиями, компания стремится стать партнером для дерматовенерологов и косметологов, развивая проекты, направленные на дальнейшее развитие профессиональных знаний, опыта и успешного лечения пациентов с проблемой акне. Сегодня дерматологический портфель Сан Фарма включает линейку препаратов для лечения разных степеней акне: Сотрет (изотретиноин), Адаклин (адапален) и Азикс-Дерм (азелаиновая кислота) зарекомендовали себя как эффективные, безопасные и качественные средства, которым отдают предпочтение как врачи, так и потребители.

ООО СОЛГАР ВИТАМИН

121170, г. Москва, Кутузовский проспект, д.36, строение 3, офис 315 Б
телефон: +7(495) 974-71-81
www.solgarvitamin.ru



С 1947 года американская компания SOLGAR выпускает 100% натуральные биологически активные добавки высокого качества. На сегодняшний день ассортимент SOLGAR насчитывает более 500 наименований различных витаминов, минералов, аминокислот, экстрактов лекарственных растений и комплексных продуктов.

Продукция SOLGAR производится исключительно из натуральных ингредиентов самого высокого качества без добавления искусственных красителей, ароматизаторов и консервантов. Продукция SOLGAR гипоаллергенна и не содержит ГМО.

Вся продукция SOLGAR разрабатывается в собственной научно-исследовательской лаборатории на основе последних научных достижений и производится в США в соответствии с международным стандартом GMP, что позволяет гарантировать высокий уровень качества каждого продукта.

Для упаковки своей продукции компания SOLGAR использует стеклянные флаконы коричневого и зеленого цвета, поскольку именно стекло наилучшим образом защищает биологически активные вещества от воздействия влажности, света и колебаний температуры.

НПП «Фармаклон»

123557, г. Москва, Пресненский вал, д. 17
телефон: +7(499) 653-96-26
электронная почта: ingaron@pharmaclon.ru
www.ingaron.ru



Научно-производственное предприятие «Фармаклон» имеет полный технологический цикл разработки и производства генноинженерных лекарственных препаратов интерферонов: интерферона гамма («Ингарон®») и интерферона альфа («Альфарона®»).
НПП «Фармаклон» отечественный производитель первого и единственного в России оригинального препарата «Ингарон®» на основе рекомбинантного человеческого гамма-интерферона»

ООО «ЭЛЛМАН-РУС»

111250, г. Москва, проезд Завода «Серп и Молот», д. 6, корп. 1
телефон: +7(495) 411-91-49
факс: +7(495) 411-91-49
электронная почта: info@surgitron.ru
www.surgitron.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 в косметологии с 2009 г. С помощью электродов Pellevé™ Glide Safe выполняется технология безоперационной подтяжки кожи лица и лечения морщин Pellevé™. Новейшие электроды Pellefirm уменьшают проявления целлюлита, дряблости кожи тела. Специальными косметологическими электродами проводятся процедуры безрубцовой эпиляции, удаления сосудистых звездочек (телеангиэктазий), удаления новообразований кожи и радиоволновой шлифовки. Безусловная эффективность технологии доказана клинически как за рубежом, так и в России.

Юник Фармасьютикал Лабораториз

127994, г. Москва, ул. Тверская,
д. 18, корп. 1, каб. 609
телефон: +7(495) 642 82-34,
+7(495) 642 8235
www.jbcpl.ru



Компания «Юник Фармасьютикал Лабораториз» открыла представительство в России 30 лет назад. Наиболее известные препараты компании: «Доктор МОМ», «Ринза», «Метрогил Дента», «Метрогил гель», «Метрогил инфузионный».

Высокое качество и стабильность – отличительные особенности «Юник Фармасьютикал Лабораториз». Сегодня продуктовый портфель компании содержит большое количество препаратов, предназначенных для гинекологии и дерматовенерологии: «Метрогил инфузионный», «Метрогил гель» для наружного применения, «Метрогил вагинальный гель» с аппликатором, «Метрогил Плюс». Работая с препаратами компании, врач может быть уверен в их качестве, эффективности и ценовой привлекательности для пациента.

ЯДРАН – ГАЛЕНСКИ ЛАБОРАТОРИЙ а.о.

119330, г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, оф.3,30

телефон: +7 (495) 970-18-82

факс: +7 (495) 970-18-83

электронная почта: jadran@jgl.ru

www.jadran.ru



Основана в 1991 году в Хорватии. Помимо Хорватии, представительства компании открыты еще в 7 странах, включая Россию (1999 г.), кроме того компания активно сотрудничает со многими странами восточной Европы и странами Балтии.

«Ядран» сегодня – это компания-производитель более 400 наименований высококачественных лекарственных препаратов, применяемых в различных терапевтических областях. В России группа препаратов, применяемых в дерматологии, представлена следующими лекарственными средствами: Розамет – 1% крем метронидазола для местной терапии розацеа и акне. Зеркалин – 1% раствор клиндамицина для местной терапии акне. Акнекутан – инновационная форма изотретиноина с увеличенной биодоступностью для системной терапии тяжелых и резистентных форм акне.

АДЖИО Фармасьютикалз Лимитед

121151, Москва, Кутузовский проспект,

д.20, строение 4, комната 18

телефон: +7 495 502 90-01

электронная почта: agio.agio@mail.ru

www.agio-pharma.com



АДЖИО Фармасьютикалз Лимитед – была учреждена в 1991 году, на сегодняшний день компания зарегистрировала на рынках Индии и Европы, Азии, Африки, России и ближнего зарубежья более 350 инновационных лекарственных препаратов.

Компания АДЖИО Фармасьютикалз Лимитед - Активно выходит на Российский рынок с препаратами Канизон плюс, Микозон, Аджисепт и Кофасма, и рассчитывает в ближайшее время занять одну из лидирующих позиций в области дерматологии и ОТС направлении

Лети, лети, лепесток,
Найди аллергию исток,
Быстро симптомы снимми
И ДОЛГО ЭФФЕКТ СОХРАНИ

Противоаллергическое
средство

**НЕ
ТРЕБУЕТ
ЗАПИВАНИЯ
ВОДОЙ**

КЕСТИН®

Действующее вещество: эбастин

ПОЯВЛЯЕТСЯ И АЛЛЕРГИЯ РАСТВОРЯЕТСЯ



- мгновенно растворяется во рту¹
- действует быстро¹
- после 5-дневного курса лечения антигистаминная активность сохраняется 72 часа^{2,3}
- совместим с алкоголем^{1,2,3}
- не вызывает седативный эффект^{1,2,3}
- детям с 12 лет^{1,2,3}



Alvogen

1. Инструкция по применению препарата Кестин® таблетки, лиофилизированные 20 мг №10 ЛП 000789-200314
2. Инструкция по применению препарата Кестин® таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг №5 и 10 П №01154/01-200514
3. Инструкция по применению препарата Кестин® таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг №10 ЛС - 001146-170614

ООО «АЛВОГЕН ФАРМА»
123610, г.Москва, Краснопресненская наб., д.12, ЦМТ,
подъезд 6, офис 1347
тел.: +7 (499) 350-13-48; www.alvogen.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ У СПЕЦИАЛИСТА И ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

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

ФАРМАТЕКА

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Журнал «Фарматека» – это:

- актуальные клинические обзоры
- руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний
- публикация результатов новейших клинических исследований
- обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии
- методологическое обоснование применения лекарственных средств
- круглые столы по актуальным медицинским проблемам
- фоторепортажи с медицинских мероприятий – конгрессов, симпозиумов, форумов
- новости научного сообщества
- освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

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 «Медицинский вестник» – уникальное сочетание материалов клинического и информационно-аналитического характера. На страницах газеты – новости здравоохранения и медицины, горячие дискуссии по наиболее актуальным проблемам, аналитические обзоры, зарубежный опыт, ответы на вопросы читателей, клинические разборы, алгоритмы лечения, информация о новых медицинских технологиях.

Актуальное информационное издание для профессионалов, работающих в здравоохранении – практикующих врачей различных специальностей, заведующих отделениями, главных врачей, руководителей федерального и регионального здравоохранения.

«Медицинский вестник» – профессионально, доступно, исчерпывающе о здравоохранении и медицине. События, факты, комментарии. В «Библиотеке врача» на портале www.medvestnik.ru Вы найдете список нужной специализированной литературы, более 10 000 профессиональных статей, более 10 специализированных изданий, более 20 специализаций и др.

Тираж: 25 000 экземпляров.

Периодичность: 36 номеров в год.

Журнал KOSMETIK international

109316, г. Москва, Остаповский проезд, д.3, стр.27

телефон: +7(495) 937-13-21

электронная почта: info@ki.ru

www.shop.ki-expo.ru



Журнал KOSMETIK international издается с 1995 года. Первый в России профессиональный журнал по косметологии и эстетической медицине является признанной информационной площадкой для постоянного роста, повышения квалификации, делового общения и сотрудничества всех представителей косметологического рынка, которые отмечают основное преимущество KOSMETIK international – стабильно в тренде. Журнал читают в России, странах СНГ и Балтии. Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – 72734.

ЗАО «Видадь Рус»

107078, г. Москва, Красноворотский пр-д 3, стр.1

телефон: 7 (499) 975-1253

электронная почта: vidal@ Vidal.ru

www.vidal.ru/



Справочник VIDAL признан во всем мире авторитетным источником информации для специалистов в области здравоохранения. VIDAL имеет вековую историю. Выпуск первой книги состоялся во Франции в 1914 году.

В России VIDAL представлен компанией ЗАО «Видадь Рус», входящей в состав международной VIDAL GROUP. Мы работаем также в Беларуси и Казахстане.

Наряду со справочниками по лекарствам компания успешно реализует выпуск эксклюзивных обучающих материалов для пациентов в сотрудничестве с американской корпорацией Krames.

Мы также активно развиваем digital-сервисы:

- сайт www.vidal.ru
- БД в составе медицинских информационных систем для лечебных учреждений и аптек
- справочники для персональных компьютеров и мобильных устройств.

Газета «Московские аптеки», Россия

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1

телефон: +7 (499) 170-93-20

факс: +7 (499) 170-93-20

электронная почта: info@mosapteki.ru

www.mosapteki.ru



«Московские аптеки» — газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 года.

В каждом номере:

- актуальные темы отрасли
- мнение экспертов фармбизнеса
- мониторинг и рейтинги фармрынка
- обзор аптечного ассортимента
- бизнес-тренинги и консультации для руководителей и работников аптек.

Журнал РМЖ, Россия

105066, г. Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр. 1
телефон: +7 (495) 545-09-80
факс: +7 (499) 267-31-55
электронная почта: postmaster@doctormedia.ru
www.rmj.ru



РМЖ – независимое издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – лучшие профессионалы в своих областях. Периодичность – 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на нашем сайте www.rmj.ru

Издательство «Медиа Сфера», Россия

127238, г. Москва, Дмитровское ш., д. 46, к. 2
телефон: +7 (495) 482 4329
факс: +7 (495) 482 4312
электронная почта: info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru



Издательство «Медиа Сфера» — одно из крупнейших российских медицинских издательств. Основано в 1993 году группой видных российских ученых-медиков. Издательство выпускает 25 рецензируемых научно-практических медицинских журналов, 22 из которых включены в перечень ВАК, в том числе журнал: «Терапевтический архив». Журналы представлены в международных библиографических базах данных MEDLINE, SCOPUS (EMBASE), GOOGLE SCHOLAR, РИНЦ.

ИД «Косметика и медицина», Россия

117342, г. Москва, ул. Бутлерова, д. 17Б, 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.
- «Инъекционные методы в косметологии».

Издательский Дом «МЕДФОРУМ», Россия

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, 5 этаж, офис 3515
телефон: +7 (495) 234-07-34
электронная почта: podpiska@webmedl.ru
www.webmed.ru



В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят медицинские журналы: серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям: акушерство и гинекология; кардиология и ангиология; урология; эндокринология; гастроэнтерология, педиатрия, онкология, неврология и психиатрия, пульмонология и оториноларингология, дерматовенерология и дерматокосметология; журнал «Вестник семейной медицины», а также ежемесячный журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес». С 2011 года выходит журнал «Hi+Med. Высокие технологии в медицине».

«Кто есть Кто в медицине», Федеральный специализированный журнал, Россия

107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1
телефон: +7 (495) 962-12-22, +7 (495) 962-16-53
электронная почта: 9621222@mail.ru
www.kto-kto.ru



Начиная с 2003 года, журнал обобщает знания и профессиональный опыт в области здравоохранения, являясь информационно-дискуссионным клубом, обеспечивает укрепление межрегиональных связей внутри отрасли.

Тираж каждого номера 25 000 экземпляров. Периодичность выхода – 4 раза в год. Формат издания А4. Полноцветная печать на финской глянцевой бумаге. Объём не менее 64 страниц. Журнал распространяется ФГУП «Почта России» во всех регионах Российской Федерации. Онлайн-версия журнала: www.ktovmedicine.ru

МЕДИЗДАТ, издательство (ООО ИД «Панорама»)

127015, Москва, Бумажный проезд, д. 14, стр. 2
телефон: +7(495) 664-27-79, факс: +7(495) 664-27-94
электронная почта: medizdat@panor.ru
www.panor.ru



Издательство «Медиздат» ИД «Панорама» – одно из ведущих и авторитетных издательств, сохранивших свой научно-интеллектуальный потенциал. Издательство выпускает журналы «ГлаВрач», «Медсестра», «Справочник врача общей практики», «Терапевт», «Хирург» и другие, являясь по их количеству самым крупным медицинским издательством в Российской Федерации.

Подробная информация на сайте: www.medizdat.com

Национальное общество мезотерапии

119048, г. Москва ул. Усачева д. 33 корп.4
телефон: +7 (495) 280-80-15, моб: +7 (963) 927-94-80
электронная почта: lne@lne.com.ru
www.mesorus.ru/journal/



НАЦИОНАЛЬНОЕ
МЕЗОТЕРАПИИ
ОБЩЕСТВО

Создание Национального общества мезотерапии в России стало логичным развитием более чем полувековой мировой практики национальных мезотерапевтических обществ. Первое подобное общество было создано в 1964 г. во Франции, на родине мезотерапии.

В 2007 г. Национальное общество мезотерапии (НОМ) принято в состав Международного общества мезотерапии (Societe Internationale Mesotherapie, SIM).

НОМ – это сообщество профессионалов, которые применяют инъекционные технологии, такие как мезотерапия, контурная пластика, биоревитализация, биорепарация, инъекции токсина ботулизма и т.д., в сфере эстетической медицины, дерматологии, терапии и других направлениях лечения.

Деятельность общества:

- Издательская деятельность – выпуск научно-практического журнала «Мезотерапия. Инъекционная косметология» (с 2007 г.).
- Обучение специалистов – организация различных форм обучения врачей в целях повышения квалификации.
- Обмен опытом с российскими и зарубежными коллегами – важнейшая составляющая успеха квалифицированного специалиста.
- Научные исследования – сотрудничество с ведущими научными центрами позволяет нам быть в курсе прогрессивных научных исследований в области инъекционной терапии.
- Партнёрство и сотрудничество НОМ – организация, всегда готовая к сотрудничеству по разным направлениям работы. Мы открыты новым идеям и предложениям и рады обсуждать и реализовывать новые интересные возможности.

ОБЛИК

esthetic guide

ОБЛИК ESTHETIC GUIDE

г. Екатеринбург, ул. Вилонова, д.14а, оф. 75
телефон: 7(343) 346-51-16
факс: 7(909) 006-69-96
электронная почта: info@oblikmagazine.ru
www.oblikmagazine.ru

Новое российское специализированное издание в сфере эстетики и профессиональной косметологии. Основная задача издания – помочь в приобретении теоретических знаний и практических навыков, которые необходимы для успешной деятельности всем, чья специальность так или иначе связана с косметологией и эстетической медициной.

Интервью с профессионалами со всего мира, самая последняя информация, репортажи и новинки рынка «из первых рук», постоянный раздел «Эстетическая медицина», посвященный актуальным проблемам современной косметологии, информативный и насыщенный раздел, посвященный практическому применению препаратов, методик, техник – журнал станет надежным консультантом специалиста в аппаратной и инъекционной косметологии.

Журнал принимает активное участие в ведущих российских и международных профессиональных выставках (INTERCHARM professional, INTERCHARM Киев, Форум медицины красоты, Конгресс Face2Face (Франция, Канны), проводит в их рамках специальные программы и промо-мероприятия для читателей и авторов журнала. Издается с 2013 года. Периодичность выхода – 4 номера в год объемом от 112 полос. Распространяется в 70 городах Российской Федерации: по подписке, через региональных представителей и дистрибьюторов.

ООО «Издательский Дом Кабинет», Россия

127055, г. Москва, ул. Новослободская,
д.55, стр.1, оф.4
телефон: (499) 973-38-12
электронная почта: info@cabines.ru
www.cabines.ru



Журнал «Cabines Russie» предназначен для профессионалов в области красоты, спа и веллнесс. Он предоставляет самую свежую информацию о новостях бьюти-индустрии и эстетической медицины, новых подходах к поддержанию здоровья, новых процедурах и средствах профессиональной косметики, об актуальных спа-концепциях, о новых тенденциях развития отрасли, статьи по косметологии, в том числе и аппаратной, написанные российскими и зарубежными специалистами.

Каждый номер журнала включает:

- Поэтапное описание косметических процедур от ведущих игроков рынка профессиональной косметики, представленное в форме мастер-классов.
- Описание новинок косметической продукции.
- Статьи по косметологии, в том числе и аппаратной, написанные российскими и зарубежными специалистами.
- Статьи по нетрадиционным методам оздоровления и профилактики заболеваний в рубриках: фитотерапия, ароматерапия, медицина, anti-age, нутритерапия и пр.
- Статьи, посвященные созданию и управлению салонами красоты и спа, работе с персоналом, технике продаж.
- Информацию о новых марках, приходящих на российский рынок, обучении и стажировках, проводимых дистрибьюторами и производителями профессиональной косметики, о конференциях и конгрессах по косметологии, anti-age медицине и здоровому образу жизни.

Журнал выходит 8 раз в год.

ООО «Издательский Дом "МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС"»

119048, г. Москва ул. Усачева д.33 корп.4
телефон: +7(495) 280-80-15, моб: +7(963) 927-94-80
электронная почта: lna@lne.com.ru
www.lne.com.ru



ИД «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС» был основан в марте 2014 г. в связи с открытием представительства российской версии ведущего международного и французского профессионального журнала Les Nouvelles Esthetiques (LNE) для специалистов в области эстетической косметологии и прикладной эстетики. Также представляет журнал «Мезотерапия. Инъекционная косметология», который издается с 2007 г. Национальным обществом мезотерапии (НОМ).

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство "МедиаМедика"»

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19
телефон: +7(495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство "МедиаМедика"» выпускает периодические издания для последиplomного образования врачей различных специальностей: журнал «Consilium Medicum», приложения «Consilium Medicum» – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосома-тика», «Гинекология», «Современная онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ, УП

220012, г. Минск, Беларусь, ул. Чернышевского, 10а, офис 805
телефон: (+375 17) 280-01-12
факс: (+375 17) 287-38-30
электронная почта: office@recipe.by
www.recipe.by



В портфеле издательства 16 научно-практических медицинских журналов по различным нозологиям.

Журналы входят в Перечни научных изданий Беларуси, Украины, России, Узбекистана, рекомендованных для опубликования результатов диссертационных исследований.

Имеют импакт-фактор РИНЦ.

В рамках каждого из журналов взаимодействуют национальные редакционные коллегии. Действует международный институт рецензирования.

Информационный портал «Вестник трихологии»

107113, г. Москва, Сокольнический вал, д. 1 «Б», 1 этаж
телефон: +7(921) 396-70-27
электронная почта: vestniktrichology@gmail.com
www.trichology.pro



Информационный портал «Вестник трихологии» – интернет журнал Союза трихологов. Основная задача платформы – информировать о новых медицинских разработках, а также о практическом опыте в областях: трихологии, косметологии, дерматовенерологии. На этом информационном ресурсе врачи найдут новые исследования препаратов; статьи из научных журналов, а также тезисы докладов с конференций; обучающие видео; видеолекции; расписание научных конференций, форумов и выставок.

Интернет-портал РЛС RLSNET.RU, Россия

www.rlsnet.ru/



RLSNET.RU – главная энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента российского интернета.

На сайте размещена база данных «Регистр лекарственных средств России» (РЛС), описания лекарственных препаратов, БАД и изделий медицинского назначения, полные тексты книг и учебных пособий для врачей, научные статьи по фармакотерапии, система мониторинга информационного спроса на лекарственные средства «Индекс Вышковского», система мониторинга цен на ЖНВЛП и цены на лекарственные средства в аптеках Москвы и других городов России. Месячная аудитория сайта RLSNET.RU – более 8 миллионов уникальных пользователей, которые ежемесячно делают более 20 миллионов запросов. RLSNET.RU – самый посещаемый специализированный медико-фармацевтический сайт российского интернета.

Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012 Москва, ул. Ильинка, д.4 Гостиный Двор,
Бизнес центр «Деловой», офис 2102
телефон: +7(495) 249-90-35
электронная почта: info@ivrach.com
www.ivrach.com



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей NetworksInHealth.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7(495) 979-72-17
электронная почта: info@medego.ru
www.medego.ru



МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ

Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

Портал BeautyDay.Pro

г. Ростов-на-Дону, пер. Доломановский, д.53а
телефон: +7(863) 219-47-00
электронная почта: info@beautyday.pro
www.beautyday.pro

BEAUTYDAY.PRO
СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ РЕСУРС ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

Beautyday.pro – это первый региональный интернет-портал для профессионалов индустрии красоты и эстетической медицины Юга России. Свежие новости, экспертные блоги, новинки профессиональной косметики и оборудования, фото- и видео мастер-классы – всё это в открытом доступе для специалистов и руководителей салонного бизнеса. Портал Beautyday.pro также является самым полным справочником профессиональных брендов и компаний-дистрибьюторов Юга России.

Портал Профессионалов Индустрии Здоровья и Красоты

телефон: +7 916 822 99 65
электронная почта: spacehealth.rozanova@gmail.com
www.spacehealth.ru

**space
health**

Портал SpaceHealth.ru – пространство профессионалов и поклонников здоровья и красоты. Издание предоставляет качественную информацию, прямое общение с экспертами, коллегами, потенциальными клиентами, помогает расширять профессиональные возможности. Объединяет специалистов индустрии здоровья, салонного бизнеса, спа, веллнесс, фитнес, а также врачей и косметологов. www.spacehealth.ru

Портал 1ner.ru, Россия

117485, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 84/32, подъезд А 6
телефон: +7 (499) 517-90-37
электронная почта: info@1ner.ru
www.1ner.ru

1ner.ru
Professional

Первый национальный эстетический портал 1ner.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты.

Портал аккумулирует все важные аспекты и новинки отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, расписание отраслевых мероприятий, каталог клиник и салонов красоты.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12

телефон: +7 (495) 258-97-03

электронная почта: info@vrachirf.ru

www.vrachirf.ru



«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>

Социальная сеть и образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru, Россия

127994, г. Москва, ул. Тверская, д. 18, офис 421

телефон: +7(495) 650-61-50

электронная почта: vrvvm.koordinator@gmail.com

www.vrachivmeste.ru



Представляем Вам социальную сеть и образовательный портал для врачей «Врачи вместе» vrachivmeste.ru

Создание обучающего видеоконтента – дистанционного обучения, прямых трансляций конференций, симпозиумов, круглых столов, видеолекций врачей – ведущих специалистов, ученых и практиков – наша основная цель. Редакцией портала для ее участников на сегодняшний день подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и полезную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы, участвовать в трансляциях.

Сейчас портал Vrachivmeste.ru объединяет 60 тыс. специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег. Присоединяйтесь к коллегам на Vrachivmeste.ru!

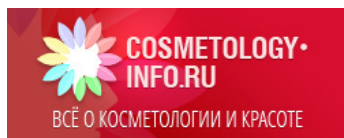
Cosmetology-info.ru

г. Санкт-Петербург

телефон: 7(911) 980-71-97

электронная почта: cosmetologyru@gmail.com

www.cosmetology-info.ru



Портал содержит статьи о косметике и косметологических процедурах, пластических операциях, новости отрасли. Имеются каталоги салонов красоты, фирм производителей, словарь ингредиентов и косметологических терминов. Также при портале работает форум.

Российское агентство медико-социальной информации АМИ

107140, Москва, ул. Русаковская, дом 13
телефон: 7 (495) 234-50-60
электронная почта: info@ria-ami.ru
www.riaami.ru



Основанное в 2005 году Российское агентство медико-социальной информации АМИ специализируется на распространении международных и российских новостей и аналитической информации в сфере здравоохранения, медицины и фармацевтики, здорового образа жизни и социальной защиты. Агентство сотрудничает с Комитетом по охране здоровья Госдумы России, Министерством здравоохранения РФ, другими министерствами и ведомствами в части освещения политики государства, взаимодействует с институтами гражданского общества.

Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская,
д. 64, корп. 1, литер. А, офис 521
телефон: +7(812) 380-71-88
электронная почта: kontakt@medsovet.info
www.medsovet.info/



Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН

Medsovet.info предоставляет:

- Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
- Форум для врачей и пациентов
- Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
- Сервис онлайн обучения для врачей
- Медицинские статьи и новости

И многое другое.

Экспрессия рецепторов эпидермального фактора роста у пациентов с себорейным кератозом

Александрова А.К., Смольяникова В.А., Фоминых Е.С.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Рецептор эпидермального фактора роста (EGFR) относится к числу рецепторных тирозинкиназ, важных регуляторов клеточной пролиферации и злокачественной трансформации. Особенности экспрессии EGFR изучены преимущественно при злокачественных новообразованиях. Его повышенное количество соотносят с плохим прогнозом, пониженным выживанием и/или повышенным метастазированием. Гиперэкспрессия EGFR была выявлена при паранеопластических дерматозах – синдроме Лезера-Трелата, а также черном акантозе, в патогенезе которого установлена роль инсулинорезистентности. Предположение о повышении экспрессии EGFR в результате нарушений углеводного обмена (гиперинсулиемии) у пациентов с себорейными кератомами при отсутствии злокачественной опухоли, определило цели нашего исследования.

Материалы и методы. Было обследовано 40 пациентов с себорейным кератозом, из них 20 – с сопутствующим диабетом 2 типа (СД 2 типа). Проводился клинический осмотр, консультация эндокринолога, диагноз себорейного кератоза верифицировался гистологически. Иммуногистохимическое исследование проводилось с антителами к EGFR, в том числе окрашивали 2 среза непораженной кожи у пациентов обеих групп в качестве контроля.

Результаты. При иммуногистохимическом исследовании с моноклональными антителами к EGFR интенсивное диффузное окрашивание мембран клеток опухоли было выявлено у пациентов I группы в 16 случаях (80%). Умеренное равномерное окрашивание присутствовало в 15% случаев (3 пациента) и слабое – в 5% (1 пациент). В 2 биоптатах здоровой кожи, взятых у пациентов с СД 2 типа, также была отмечена выраженная экспрессия EGFR. У лиц II группы интенсивность окраски была слабой у 14 человек (70%), умеренная экспрессия EGFR отмечалась у 4 пациентов (20%) и у 2 пациентов (10%) – диффузная, выраженная, на все слои эпидермиса, за исключением рогового. В биоптатах непораженной кожи, взятых у 2 пациентов II группы, отмечалась слабая экспрессия EGFR в базальных отделах эпидермиса.

Выводы. Таким образом, гиперэкспрессия EGFR при себорейном кератозе может являться результатом метаболических нарушений, а не диагностическим признаком наличия у пациента злокачественного новообразования. Выявленная нами повышенная экспрессия EGFR у пациентов с себорейным кератозом и сопутствующим СД 2 типа обусловлена инсулинорезистентностью и гиперинсулиемией, при которых нарушение передачи сигнала инсулина в клетку приводит к изменению синтеза и сигнального пути EGF, регулирующего пролиферацию и рост клеток.

Исследование клинической эффективности новой клеточной технологии Cellular Matrix (Клеточный матрикс)

Аленичев А.Ю.
КИЭМ, Москва

Эстетическая медицина и косметология на современном этапе одни из самых динамично развивающихся отраслей медицины. Рост продолжительности жизни, социально-культурные установки обуславливают повышенные требования к внешности, которая в определенной степени является отражением успешности человека в обществе. В последнее время особое внимание уделяется разработке и развитию клеточных технологий. Научное обоснование эффективности и безопасности клеточных технологий коррекции инволютивных изменений кожи яв-

ляется весьма актуальным. На современном этапе развития клеточных технологий ведется поиск дополнительных возможностей повышения жизнеспособности и терапевтической активности клеток. Недавно был разработан абсолютно новый тип клеточного матрикса – Cellular Matrix (Клеточный матрикс), основой которого является технологически инновационная сбалансированная комбинация натуральной, получаемой путем ферментации гиалуроновой кислоты (ГК) и богатой тромбоцитами плазмы (PRP) в одной пробирке, что обеспечивает синергию биологического действия PRP с эффектами гидратации и дополнительной вязкости гиалуроновой кислоты. В клинических условиях было проведено исследование по выявлению преимуществ этой комбинации в сравнении с эффектом от PRP-терапии для терапии инволютивных изменений кожи.

Материалы и методы. Для проведения процедур использовались изделия медицинского назначения имплантат интрадермальный Cellular Matrix и изделия медицинского назначения наборы для получения богатой тромбоцитами плазмы и аутологичного тромбин-активатора. В исследовании процедуры проводились 24 пациентам с признаками инволютивных изменений кожи лица (деформационный морфотип) в возрасте от 43 до 56 лет. Клинически признаки старения у включенных в исследование пациентов были представлены ксерозом, морщинами, нарушением пигментации и салообразования. Все пациенты были разделены на 2 сопоставимые по основным морфофункциональным параметрам группы. Первая группа (n=12) получали лечение препаратом Клеточный матрикс (PRP+гиалуроновая кислота) и 2 группа (n=12) получали терапию PRP. Эффективность результатов эстетической коррекции кожи лица оценивалась с помощью визуальных аналоговых шкал, фотографирования пациентов и дерматоскопии.

Результаты. Проявления пигментации значительно уменьшились, но в большей степени в 1 группе: на 52,3% и на 39,5% во 2 группе. Улучшение рельефа кожи также было более выражено при применении технологии Клеточный матрикс: в 1 группе улучшение составило 34,4%, во 2 группе 24,6%. Показатель эластичности кожи улучшился на 20,2% и 14,9% соответственно. По данным дерматоскопии и фотографирования была подтверждена клиническая эффективность и преимущество технологии Клеточный матрикс.

Выводы. По результатам оценки, у всех пациентов удалось достичь достаточного увлажнения, ремоделирования контуров лица и повышения эластичности кожи, без побочных эффектов. При оценке через 6 месяцев после курса процедур отдаленные клинические результаты терапии комбинированным препаратом Клеточный матрикс оказались более выраженными, чем после применения PRP без гиалуроновой кислоты. Сравнительный анализ результатов исследования с помощью визуальных аналоговых шкал показал, что эффект волюмизации мягких тканей при применении PRP в чистом виде выражен незначительно, а в сочетании PRP с гиалуроновой кислотой (Клеточный матрикс) обеспечивается мгновенный объемно-моделирующий эффект. Метод Клеточный матрикс является эффективным и безопасным в терапии инволютивных изменений кожи и может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

Комбинированное применение микроигольной RF-терапии и инъекций богатой тромбоцитами плазмы, активированной аутологичным тромбином в эстетической медицине

Аленичев А.Ю.
КИЭМ, Москва

Эстетическая медицина относится к одному из наиболее быстро развивающихся направлений медицины. Увеличение продолжительности жизни, современный ритм жизни, обуславливают повышенные требова-

ния к внешности, которая в определенной степени является отражением успешности человека в обществе. В связи с этим разработка и научное обоснование новых эффективных и в тоже время безопасных методов коррекции инволютивных изменений кожи является весьма актуальным. В клинических условиях было проведено исследование эффективности применения комбинированной программы коррекции инволютивных изменений кожи лица с использованием новой технологии на основе RF-излучения – микроигльчатый RF-лифтинг – и терапии аутологичной, богатой тромбоцитами плазмы PRP (Platelet Rich Plasma), действенность которой обусловлена запуском репаративных и трофогенных процессов, активируемых комплексом биологически активных веществ тромбоцитов, в первую очередь факторов роста в физиологически детерминированной пропорции.

Материалы и методы. Для проведения процедур использовался аппарат игльчатого RF-лифтинга и изделия медицинского назначения для получения плазмы, богатой тромбоцитами и аутологичного тромбина, как активатора их дегрануляции. Комбинированные процедуры по разработанному протоколу проводились 20 пациентам с признаками инволютивных изменений кожи лица возрасте от 41 до 62 лет. Эффективность терапии оценивалась с помощью визуальных аналоговых шкал, фотографирования пациентов и исследования качества жизни. Для повышения объективности полученных результатов пациенты сопоставлялись в зависимости от возраста: группа пациентов до 49 лет ($n=10$) и группа пациентов ($n=10$) старше 50 лет.

Результаты. В результате применения комбинированного метода лечения наблюдалось выраженное снижение степени проявления клинических признаков хроностарения кожи по данным динамики индекса VAS (качественные характеристики кожи и степень выраженности морщин). Полученные результаты уменьшения инволютивных изменений кожи способствовали повышению качества жизни в обеих группах пациентов. В среднем индекс ДИКЖ улучшился в группе пациентов до 49 лет на 76,6%: с $14,5 \pm 0,7$ до $3,4 \pm 0,8$ баллов ($p < 0,01$), в группе пациентов старше 50 лет на 70,4%: с $16,2 \pm 0,9$ до $4,8 \pm 0,5$ баллов ($p < 0,01$). В оценке косметологических процедур важным является показатель «удовлетворенность» (эффективность, комфортность процедуры, безопасность), который отражает мнение пациента на основании сопоставления ожидаемого и полученного эффекта в сравнении с применением других методов, применяемых по аналогичным показаниям. Более 90% пациентов вне зависимости от возраста отметили хорошую/очень хорошую эффективность и комфортность применения комбинированного метода. Оценка исследователя (врача) и пациента по всем позициям были статистически сопоставимы.

Выводы. Комбинированный метод коррекции инволютивных изменений кожи лица и шеи, основанный на сочетании клеточной технологии PRP-терапии с активацией тромбоцитов аутологичным тромбином и аппаратного воздействия на кожу игльчатым RF-лифтингом, является высокоэффективным методом коррекции инволютивных изменений кожи, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в клинической практике. Клинически значимый омолаживающий эффект у большинства пациентов сохраняется достаточно длительное время – 1,5–2 года.

Изменение функциональных параметров кожи при биоревитализации

Амбарцумян Л.Л., Королькова Т.Н.
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Биоревитализация кожи представляет собой весьма распространенный метод коррекции возрастных изменений кожи лица, шеи и зоны декольте, который заключается в мезотерапевтическом введении препаратов на основе гиалуроновой кислоты (ГК). Используется ГК разных концентраций, показанием для выбора препарата традиционно служит клиническая картина, отражающая степень выраженности таких

внешних признаков старения, как сниженный тонус кожи, наличие мелких морщин и др.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики функциональных параметров кожи у пациентов старше 45 лет под воздействием биоревитализации препаратами ГК разных концентраций.

Под наблюдением находились 12 женщин в возрасте от 45 до 55 лет. Выделили три группы женщин, которым вводили препараты 0,8%, 1,6% и 2,0% ГК с молекулярным весом от 800 до 1200 KDalton в кожу передней и боковой поверхности шеи папульным методом. Курс состоял из 4 процедур, интервал между процедурами составлял 2 недели. Изучали показатели корнеометрии (Cutometer MPA 580, Германия) и эластичности кожи (Courage&Khazaka, Германия) до и через 1 месяц после курса процедур.

Влагосодержание рогового слоя кожи у пациентов старше 40 лет практически не изменялось после лечения 0,8% ГК, значительно повышалось после введения 1,6% ГК ($p < 0,05$) и существенно снижалось ($p > 0,05$) после применения 2,0% ГК.

Введение 0,8% ГК значимых изменений показателей эластичности кожи не вызывало. После применения 1,6% ГК у пациентов повышалась растяжимость кожи ($R0$, $p < 0,05$), улучшались вязко-упругие свойства кожи ($R6$, $p < 0,05$), ухудшались показатели эластичности ($R8$, $p < 0,05$). После введения 2,0% ГК повышалась способность сопротивления кожи к деформации ($R0$, $p < 0,05$), повышался тонус кожи ($R4$, $p < 0,001$); повышалась способность кожи к возврату в исходное состояние ($R8$, $p < 0,001$), повышались интегральные показатели упругости кожи ($F0$, $p < 0,001$ и $F1$, $p < 0,001$).

Таким образом, у пациенток старше 45 лет биоревитализация 0,8% ГК не влияла на функциональные параметры кожи; 1,6% ГК улучшала влагосодержание рогового слоя и вязко-эластические свойства кожи; 2,0% ГК повышала упругость кожи, но снижала влагосодержание ее рогового слоя.

Сравнительный ретроспективный анализ распространенности кардиоваскулярной коморбидности у больных псориазом и псориатическим артритом (госпитальная когорта)

Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.
Российский университет дружбы народов, г. Москва,
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой», Москва

Актуальность. Исследования последних лет показывают, что больные псориазом наиболее предрасположены к развитию таких коморбидных состояний, как сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет (СД), ожирение и т.д. по сравнению с общей популяцией. Риск возникновения коморбидной патологии выше при тяжелых формах псориаза, таких как псориатический артрит. Наиболее часто среди всей структуры коморбидности встречается кардиоваскулярная патология.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности кардиоваскулярной коморбидности у больных псориазом и псориатическим артритом у стационарных больных.

Материал и методы исследования. Была проанализирована структура сопутствующей патологии у 592 больных псориазом, находившиеся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДЗ за период 2010–2011 гг. Мужчин было 348 (58,8%), женщин – 244 (41,2%). Возраст больных составил от 16 до 86 лет. Длительность течения псориаза колебалась от 1 года до 35 лет.

Все исследуемые были поделены нами на 2 группы: первую составили 372 пациента с вульгарным псориазом средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести, вторую – 220 пациентов с псориатическим артритом. Средний возраст больных первой группы составил $46,9 \pm 0,9$ года, второй группы – $53,3 \pm 0,9$ года ($p < 0,001$). При сопоставлении исследуемых групп

по полу, в первой – доля мужчин составляла 68,8%, женщин – 31,2%, во второй группе мужчин было 41,8%, женщин – 58,2%.

Всем пациентам (n=592) было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 20. проводился расчет средних арифметических величин (M), средних квадратических отклонений (σ) и средних ошибок средней арифметической (m) по стандартным формулам, t-критерий Стьюдента, критерий Фишера. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Нами был проведен сравнительный анализ встречаемости сердечно-сосудистой патологии у больных псориазом (1 группа) и псориатическим артритом (2 группа). Так, в первой группе болезни системы кровообращения (I00-I99) регистрировались в 53,5% случаях, во второй группе – в 70,5% ($p < 0,05$). Из них артериальная гипертензия (I10-I15) встречалась чаще всего. В группе больных псориазом встречалась в 47,9% случаев, в группе больных псориатическим артритом – в 62,7% случаев ($p < 0,001$). Цереброваскулярная патология (заболевания, обусловленные абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровообращения (I65-I66)) встречалась в 15,3% случаях у больных псориазом и в 22% случаях у больных псориатическим артритом ($p < 0,05$). Ишемическая болезнь сердца и атеросклероз регистрировались у 9,3% больных псориазом и у 18% больных псориатическим артритом ($p < 0,001$).

Таким образом, при ретроспективном анализе распространенности сердечно-сосудистой патологии у больных псориазом средне-тяжелого и тяжелого течения и псориатическим артритом выявлена достоверно более высокая заболеваемость кардиоваскулярными болезнями у больных псориатическим артритом. Так, заболевания сердечно-сосудистой системы у больных псориатическим артритом встречались в 1,3 раза чаще, чем у больных псориазом. В структуре заболеваемости самой частой была артериальная гипертензия. Причем у больных псориатическим артритом гипертоническая болезнь регистрировалась в 1,3 раза чаще, чем при вульгарном псориазе. Цереброваскулярная патология и ишемическая болезнь сердца встречались в обеих группах реже. У больных псориатическим артритом цереброваскулярная патология регистрировалась в 1,4 раза чаще, ишемическая болезнь сердца и атеросклероз в 2 раза чаще, чем у больных вульгарным псориазом тяжелого течения.

Количественная оценка эффективности терапии псориаза методом высокочастотной ультрасонографии 22 и 75 МГц

Безуглый А.П., Потехаев Н.Н.
ГБУЗ МНПЦДиК, Москва.

В настоящее время объективная количественная оценка результатов лечения кожных болезней является одним из приоритетов при проведении клинических исследований и испытаний.

Методом высокочастотной ультрасонографии исследовали кожу у 36 больных распространенной формой вульгарного псориаза. Для ультразвукового исследования применяли цифровую систему DUB (trm GmbH, Германия) с датчиками 22 и 75 МГц, с аксиальным разрешением датчиков 72 и 21 мкм соответственно. На частоте 22 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,8 мм и глубиной 10 мм, а на частоте 75 МГц длиной 12,8 мм и глубиной 4–6 мм.

Ультразвуковые сканы описывали согласно стандартному протоколу. Измеряли количественные параметры: толщину эпидермиса и дермы, размеры очага воспаления и акустическую плотность дермы в области папулезных высыпаний. В качестве контроля исследовали контралатеральные интактные участки кожи. Количественно оценили развитие и регресс псориатических папул. Оценивали индекс динамики (ИД) толщины эпидермиса, ИД толщины дермы, ИД акустической плотности дермы до начала терапии, через 7, 14 и 21 день после начала лечения.

Выявлены достоверные различия ИД толщины эпидермиса и дермы, а также ИД акустической плотности дермы между базисным периодом до начала лечения и через 7, 14 и 21 день после начала терапии ($p < 0,01$).

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи 22–75 МГц позволяет проводить объективную количественную оценку эффективности терапии псориаза.

Клинические и патогенетические аспекты atopического дерматита и их коррекция

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Атопический дерматит (АД) – заболевание с хроническим рецидивирующим течением, высокой частотой встречаемости в популяции, проявляющееся гиперчувствительностью замедленного типа к экзогенным и эндогенным факторам.

Важным аспектом развития АД является генетическая детерминированность. У таких пациентов семейная атопия встречается в 3–5 раз чаще, чем в среднем в популяции. Преимущественно наблюдается связь с атопическими заболеваниями по материнской линии (60–70%), реже – по отцовской (18–22%). При атопических заболеваниях у обоих родителей, риск развития атопического дерматита у ребенка составляет 80%, в случае если болен один из родителей риск снижается до 45–50%. В патогенезе АД важную роль играют изменения в иммунном статусе в виде активации фагоцитарно-макрофагального звена и увеличения популяции «наивных» Т-клеток за счет перехода в активированные. Также выявлено снижение популяции NK-клеток и CD8+ Т-клеток памяти, коррелирующее с тяжестью течения АД, характером и распространенностью высыпаний.

Важным фактором патогенеза при АД является недостаточность функции печени и желчевыводящих путей, что приводит к накоплению в организме эндотоксина и формированию эндотоксемии. Выявленное повышение уровня эндотоксина (в среднем в 11 раз) и снижение показателей антиэндотоксинового иммунитета на 45% обуславливают развитие «эндотоксиновой агрессии», которая поддерживает хроническое течение дерматоза.

Критерии эффективности лечения пигментации как признака фотостарения кожи

Вавилова А.А., Губанова Е.И., Гладько В.В., Староватова П.А., Закирова Г.Ш.
МИУВ, Москва

В последнее время лечение фотостарения (морщины, гиперпигментация, тусклость и дряблость кожи, эластоз и др.) является одним из актуальных направлений в области косметологии. Благодаря использованию инновационных и классических методов диагностики кожи накапливается научно-доказательная база по оценке эффективности проводимых косметологических процедур, направленных на устранение признаков фотоповреждения. Особого внимания заслуживают несколько диагностических аппаратов: Beau Visage, выявляющий количество меланина, уровень кровообращения, уровень коллагена и Tru Vu Digital Imaging (США), представляющий собой систему для изучения с четырьмя спектрами света и CR-400 Chroma Meter (Германия). Основными критериями эффективности отбеливающих средств и методов является положительная динамика инструментальных, в том числе цветовых показателей кожи, коррелирующая с уровнем самооценки пациентов признаков фотостарения и мнением врача и независимого эксперта. Опираясь на последние проведенные исследования в 2011–2016 гг. по изучению безопасности и эффективности пептидных мезотерапевтических препаратов (Curasen, Nucleospire, Yalupro) и отбеливающих средств (ретиноевый пилинг INNO-PEEL, Испания; крем

Retinol 0.3, США; Restylane Whitening Cream, Швеция) нами выделены основные и дополнительные критерии эффективности технологий, используемых для коррекции признаков фотостарения кожи лица, шеи и тыла кистей. Статистический анализ критериев в динамике позволил констатировать значимое клиническое и инструментальное улучшение состояния фотоповрежденной кожи. Среди основных критериев эффективности, определяемых в динамике, выделяются следующие:

- Удовлетворенность ближайшими и отдаленными результатами коррекции обработанных зон по шкале эстетического улучшения (GAIS) пациентом и врачом, выполнившим процедуру. При эффективности терапии и положительной динамике результаты всегда комплаэнтны.
- Изменение инструментальных цветовых показателей колориметрии L^* , a^* , b^* . При положительной динамике показатель L^* увеличивается, а показатели a^* и b^* – уменьшаются. Измерения сравниваются с показателями в контрольной зоне, не подвергавшейся лечебному вмешательству.
- Индекс пигментации MASI (используется и разработан для лица). Клиническое улучшение (осветление кожи и пигментных пятен) сопровождается снижением индекса, который коррелирует с показателями колориметрии.
- Положительная динамика оценки пациентом выраженности (в баллах или процентах) признаков фотостарения кожи. Опросники, содержащие ряд вопросов, заполняются до процедуры и во время визитов клинко-инструментального исследования. Данный критерий может оцениваться и как дополнительный. Дополнительными критериями оценки эффективности являются:
- Факторы, обуславливающие удовлетворенность пациента результатами (такие как свежесть лица, осветление кожи и пигментных пятен, уменьшение сухости, морщинистости, желание повторить процедуру, сохранность эффекта в процентах при оценке отдаленных результатов и т.д.) с помощью опросников, которые заполняются пациентами после курса процедур.
- Оценка результатов по фотодокументации независимым экспертом. Наш опыт показал, что для подтверждения эффективности терапии и статистической обработки в клинко-инструментальном исследовании необходимо: оценивать 3 основных и 2 дополнительных критерия; измерения, клиническую оценку и фотографирование проводить 2–3 раза с интервалом не менее 4–8 недель. Следует отметить высокую объективность, информативность и достоверность метода колориметрии во всех проведенных нами исследованиях, а также удобство и быстроту измерения для специалиста.

Вывод. Улучшение показателей критериев эффективности лечения фотостарения является важным обоснованием для внедрения новых технологий в практику косметолога. В докладе будут продемонстрированы примеры из клинко-инструментальных исследований по изучению эффективности различных методов лечения пигментации как признака фотостарения кожи.

Сравнительное изучение эффективности различных методов лечения аногенитальных бородавок у женщин

Василенко Т.И. Метлинова Е.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский Научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, филиал «Останкинский», Москва

Лечение папилломавирусной инфекции в аногенитальной области подразумевает патогенетическое и симптоматическое лечение. В связи с тем, что этиологической терапии пока не существует, лечение бородавок представляет определенные терапевтические трудности. В настоящее время существует большое разнообразие различных комплексных подходов к терапии кондилом преимущественно с использованием иммуномодулирующих препаратов, однако не все они являются надежными и отвечают требованиям высокой доказательности. Целью настоящего исследования являлось определение эффективности различных методов терапии аногенитальных бородавок у женщин.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 75 женщин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $37,76 \pm 3,45$ лет) с диагнозом аногенитальные бородавки. Все пациентки были предварительно обследованы и по необходимости пролечены по поводу инфекционных заболеваний урогенитального тракта, то есть в исследование вошли большие женщины с моноинфекцией ВПЧ. В зависимости от проводимой терапии пациентки были рандомизированы на три группы. В группе I ($n=25$) применялась лазерная деструкция клинических проявлений папилломавирусной инфекции, в группе II ($n=25$) использовалась комплексная терапия: лазерная деструкция и два курса иммунной терапии с использованием препарата, содержащего 150 мг инозин пранобекс по 6 таблеток в сутки в течение 14 дней. В группе III ($n=25$) также применялась комплексная терапия с использованием лазерной деструкции и иммуностимулирующего препарата, содержащего 250 мг меглюмина акридонатацетат по схеме, рекомендованной в инструкции. Всем пациенткам перед проведением лазерной деструкции была проведена аппликационная анестезия с использованием крема, содержащего 25 мг лидокаина и 25 мг прилокаина, что обусловило хорошую переносимость процедуры и возможность полноценного удаления аногенитальных бородавок. Оценка терапевтического эффекта проводилась на сроках через 10, 30 и 60 дней после деструкции. Всем больным был рекомендован половой покой на весь период наблюдения. Результат исследования. При первом контроле (10 дней) рецидив кондилом был зарегистрирован у одной женщины из первой группы (4%), на втором контроле (20 дней) – у 2(8%) больных из первой группы, у 1(4%) из второй группы и у 2(8%) из третьей группы. На завершающем визите через 60 дней после деструкции в группе I клинические проявления ВПЧ были отмечены у 4(16%) больных, в группе II – у 5(20%) и в группе III – у 4(16%) женщин.

Вывод. В результате сравнительного изучения эффективности различных методов лечения аногенитальных бородавок у женщин не было установлено достоверных различий по количеству рецидивирования заболевания, что доказывает необоснованность проведения иммуностимулирующей терапии

От частного к общему: лечение себорейной пузырчатки

Владимиров В.В., Матушевская Е.В., Владимирова В.В.
ООО «Институт дерматологии и косметологии, Москва, Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

Мотивом для этого сообщения послужил недавний случай консультации одной пациентки, 26 лет, заболевание которой началось 3 года назад. На основании клинической картины и выявлении акантолитических клеток в мазках-отпечатках с эрозий на месте пузырей был установлен диагноз: себорейная пузырчатка. Все три года получает лечение кортикостероидами (преднизолон в комбинации с дипроспаном). Несмотря на эту терапию, у пациентки постоянно появляются новые высыпания. В результате проводимого лечения у пациентки наступил побочный эффект в виде синдрома Иценко-Кушинга. На наш взгляд, врачи, проводящие лечение и наблюдение пациентки, допустили ряд ошибок. Естественно, что для лечения пузырчатки ведущим методом лечения является применение глюкокортикоидов. Однако спектр терапевтических подходов к лечению пузырчатки за последние годы был расширен. Для повышения эффективности терапии глюкокортикоидов и уменьшения их курсовой дозы применяют цитостатические препараты (метотрексат), иммунодепрессанты (циклоsporин, циклофосфамид, азатиоприн), гамма-глобулин, дапсон-ФАТОЛ. Как монотерапия проводится лечение ритуксимабом (моноклональное антитело к антигену CD20), циклоспорин. Присоединение или переход на какой-то из выше перечисленных препаратов мог бы привести длительной ремиссии и к снижению появления побочных эффектов.

Профиль микологического больного: формирование здорового образа жизни

Герасимчук Е.В.

Филиал №6 ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

Цель: проанализировать полиморбидность и коморбидность заболеваний внутренних органов у микологических больных с дерматофитией ногтей (МКБ, В-35.1), кожи стоп (МКБ, В-35.3) и кистей (МКБ, В-35.2) с учетом возрастных особенностей.

Материалы и методы: медицинские карты 408 больных с верифицированными микологическими диагнозами; анкеты-опросники, самостоятельно заполненные больными ДИКЖ МБ (Дерматологический Индекс Качества Жизни Микологического Больного), модернизированные автором.

Результаты: в группе молодых людей от 23 до 39 лет (n=26) среди отягощенной соматической патологии 1 место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, установленные у 17 больных (65,4% от общего числа заболеваний внутренних органов в данной возрастной группе); в группе людей среднего возраста от 40 до 59 лет (n=121) также заболевания пищеварительной системы – у 92 больных (76%); в группе пожилых людей от 60 до 74 лет (n=165) и в группе старых людей от 75 до 90 лет (n=96) на 1 месте актуальными являются заболевания сердечно-сосудистой системы у 149 (90,3%) и 90 больных (93,8%), соответственно. В двух последних возрастных группах гастроинтестинальная патология лишь на 2 месте – у 128 (77,6%) и 78 (81,3%). В протоколы лечения данных микологических больных наряду с наружными и системными антифунгальными препаратами, в зависимости от тяжести клинического поражения ногтей пластинок и кожи, рекомендовалось соблюдение диеты, включение пре- и пробиотических средств, корректирующих дисбиоз толстого кишечника, содержащих лакто- и бифидобактерии в жидкой и сухой (лиофилизированной) фармацевтической форме, с учетом индивидуальных особенностей больных; гепатопротекторов и желчегонных средств растительного происхождения и полученных химическим синтезом, ферментных препаратов и анксиолитиков.

Выводы: для формирования здорового образа жизни у микологических больных необходим полиморбидный соматический анамнез, с целью исключения катамнестического ятрогенного воздействия специфических противогрибковых и совместное ведение с врачами смежных специальностей, учитывая возрастные особенности старения.

Случай редкой формы эритематоза на красной кайме губы

Глебова Л.И., Старшина В.А., Сазонова М.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Целью работы явилось описание редко встречающейся изолированной формы красной волчанки.

На консультативном дермато-стоматологическом приёме в клиническом центре стоматологии мы наблюдали больную с типичной формой красной волчанки на красной кайме нижней губы.

По данным нашей кафедры (Т.Н. Антонова) локализация процесса только на красной кайме преимущественно нижней губы отмечена у 55% больных.

На красной кайме губ наблюдаются три формы красной волчанки:

- Типичная.
- Без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза.
- Эрозивно-язвенная.

Пациентка, 72 лет, заболела 2 месяца назад, когда появился единичный очаг поражения округлой формы застойно-красного цвета на нижней губе. Затем процесс довольно быстро распространился в виде «ленты» на всю кайму нижней губы. Субъективные ощущения отсутствовали.

Зона поражения в виде «ленты» на нижней губе имела насыщенно-багровый красный цвет, на поверхности очагов множественные белые неснимающиеся чешуйки. Красная кайма умеренно инфильтрирована, при удалении белых чешуек появляется болезненность и кровоточивость. По периферии, по направлению к слизистой оболочке, имеются участки помутнения эпителия.

При применении метода люминесцентной диагностики (осмотр красной каймы нижней губы в лучах лампы Вуда) отмечено наличие белоснежно-голубоватого свечения в зоне белых чешуек.

Был поставлен диагноз: Красная волчанка красной каймы нижней губы. Диффузное поражение. Типичная форма.

Эту форму эритематоза следует дифференцировать с различными заболеваниями. Во-первых, с лейкоплакией. Отличительными признаками является то, что лейкоплакия как бы наклепана на слизистую, имеет резкие границы и не выходит за пределы красной каймы на кожу. Во-вторых, с актиническим хейлитом, для которого характерна резкая гиперемия, равномерная инфильтрация, наличие чешуек, корочек. При красном плоском лишае характерно наличие выраженной синюшности, очаг состоит из отдельных папул. Иногда виден гиперкератоз в виде сетки, кружева. Все клинические формы красной волчанки на губах могут переходить одна в другую, в зависимости от интенсивности воспалительного процесса. При спокойном течении красной волчанки на губах прогноз хороший. При правильном лечении и соблюдении мер по профилактике обострения процесса, больных удаётся излечить от болезни.

Пациентке местно был назначен фторированный глюкокортикостероид. Через две недели применения мази процесс на нижней губе практически полностью разрешился. Лица, страдающие красной волчанкой, должны избегать пребывания на солнце. Выходя на улицу, необходимо смазывать очаги поражения солнцезащитными мазями.

Опыт применения циклоспорина А при атопическом дерматите.

Голоушенко И.Ю., Абесадзе Г.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, филиал «Крылатский», Москва

Проблема аллергодерматозов сегодня – одна из наиболее актуальных в современной медицине. Среди них атопический дерматит (АД) занимает ведущее место, являясь самым распространенным, так как заболеваемость в РФ достигает 244,5 на 100000 тыс. населения. В настоящее время патогенез АД объясняется генетически обусловленной патологической реактивностью нейроэндокринной и иммунологических систем. Что касается иммунной системы, установлено, что при АД имеется относительный иммунный дефицит, связанный с нарушением взаимодействия Т и В клеток, баланса количественной и функциональной активности Т-хелперов и Т-супрессоров в сторону дефицита последних, гиперпродукции IgE. Непосредственно в пораженной коже обнаружено большое количество активированных клеток Лангерганса, имеющих рецепторы, улавливающие лимфокины, лейкотриены, простагландины, а также макрофаги, базофилы, моноциты, синтезирующие биологически активные вещества, играющие активную роль в воспалительном процессе. Таким образом, несомненным является применение препаратов, обладающих способностью избирательно влиять на нарушения в иммунологическом звене патогенеза АД.

Таким препаратом является циклоспорин А (ЦА), относящийся к иммуносупрессорам и применяющийся в дерматологии уже несколько десятков лет, в основном при псориазе. ЦА также стали применять при тяжелых формах АД в конце 80-х годов. Эффективность ЦА при АД можно объяснить тем, что этот препарат подавляет синтез медиаторов во время активации Т-лимфоцитов антигенами, то есть можно сказать, что он снижает активность Т-хелперов в коже, а также блокирует дегрануляцию тучных клеток и базофилов, угнетая одновременно

в этих клетках продукцию интерлейкинов и таким образом косвенно воздействует на процесс воспаления.

Целью нашего сообщения является анализ результатов применения ЦА при АД, а также выработка рекомендаций по тактике терапии.

Под нашим наблюдением находилось 17 больных с АД тяжелой степени тяжести, в возрасте от 18 до 24 лет, 14 мужчин и 3 женщины, из них 13 человек с частичной эритродермией. Больные наблюдались амбулаторно. Все пациенты получали ЦА в дозе 3,5 мг/кг/сутки, с последующим снижением до 2,5 мг/кг/сутки, в зависимости от эффекта. Длительность терапии варьировала от 1,5 до 3 месяцев.

Зуд и шелушение начинали уменьшаться через неделю, а эритема и инфильтрация – медленно, еженедельно, но постоянно и к концу первого месяца лечения наступало значительное улучшение.

В случаях распространенного процесса, но с основной локализацией в складках, эритема и зуд уменьшались на 3–4 день, а лихенизация начинала регрессировать на 5–6 день, с практически полным разрешением через месяц.

Из побочных эффектов применения ЦА наиболее серьезным является нефротоксичность. В большинстве случаев ее удается избежать за счет варьирования дозами и контроля за уровнем креатинина в сыворотке крови. Другие побочные эффекты, такие как гипертензия, гипертрихоз, разрастание слизистой десен не представляют серьезной угрозы и легко обратимы при снижении дозы или отмене препарата. В целом, по нашим данным, побочные эффекты имеют отчетливую дозовую зависимость. Для предотвращения побочных эффектов мы придерживались следующей схемы наблюдения: до лечения проводилось исследование сывороточного креатинина (СК), липидов, мочевой кислоты, магния, электролитов крови, функциональных проб печени, измеряли артериальное давление. Если результаты были в пределах нормы, больные, после подписания информированного согласия, получали ЦА. В процессе лечения, каждые 3 недели проверяли уровень СК и каждые 3 дня измеряли давление. В результате такого тщательного мониторинга мы наблюдали только кратковременную диарею (3 б-х) и гипертензию (2 б-х) с невысокими цифрами, которая не потребовала даже дополнительного лечения.

Таким образом, ЦА является эффективным средством при АД. В относительно низких дозах он способен вызвать ремиссию, когда обычные методы лечения неэффективны. Наш опыт и анализ литературных данных и позволили нам представить определенные рекомендации по применению ЦА.

В заключении необходимо подчеркнуть, что ЦА является исключительно эффективным препаратом для лечения тяжелых или резистентных к обычной терапии форм АД. Он вполне может заменить кортикостероиды, дающие больше осложнений и имеющих много противопоказаний. Причем, лечение можно проводить амбулаторно при условии соответствующего обследования и мониторингования.

Значение пробиотика в терапии атопического дерматита

Голоусенко И.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В современном понимании атопический дерматит (АД) является синдромом, объединяющим несколько заболеваний с общими клиническими характеристиками, но различными патогенетическими механизмами. Пищевые аллергены общепризнанно играют триггерную роль в патогенезе АД у детей в возрасте от 0 до 4 лет. Ребенок рождается со стерильным желудочно-кишечным трактом, но с первых дней жизни начинается его быстрая колонизация до тех пор, пока не произойдет становления кишечной флоры. Уменьшение количества бифидо- и лактобактерий в ранней кишечной микрофлоре является предпосылкой к развитию атопических заболеваний.

Данные многочисленных исследований показывают, что состав кишечной микрофлоры у детей с АД качественно и количественно отлича-

ется от микрофлоры здоровых детей. Такие изменения практически отсутствуют при грудном вскармливании или применении у детей качественных пробиотиков. Так называемые «правильные» пробиотики могут уменьшать кишечную проницаемость, повышать её барьерную функцию, предупреждать микроальтерацию, и в конечном счете уменьшать и даже предупреждать развитие атопического диатеза.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния пробиотика на течение атопического дерматита.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 детей с АД, из них 19 – женского пола, 21 – мужского. До года было 30 больных, от года до двух лет – 6, от 2 до 3 лет – 4. В эту группу отбирались пациенты только с АД легкой и средней степени тяжести, имеющие в основном ограниченные эритемато-сквамозные высыпания и ксероз.

Перед исследованием испытуемым был сделан анализ кала на микрофлору. У всех детей микробный пейзаж не соответствовал норме, так как имелись отклонения по 2–4 позициям, причем у 36 человек имелось снижение количества бифидо- и лактобактерий. Наружно во время исследования использовались только косметические увлажняющие средства. Оценку клинических проявлений и тяжесть течения АД оценивали до и после лечения по индексу SCORAD.

Был применен пробиотик в капсулах, содержащих 5 видов штаммов: 2 вида бифидо- и 3 вида лактобактерий. Штаммы, входящие в него, сертифицированы GRAS и хранятся в банке штаммов бактерий. Эти виды хорошо переносят неблагоприятные условия кишечного транзита и способны фиксироваться на эпителиальной поверхности кишечника. Каждая капсула содержит 1 млрд клеток каждого штамма (а *B. bifidum* – 2 млрд), что является достаточным для реальной активности в кишечнике. Таким образом, в одной дозе препарата содержится 6 млрд бактерий (3 млрд бифидобактерий и 3 млрд лактобактерий):

- *Bifidobacterium bifidum* 2.10 9 UFC*
- *Bifidobacterium longum* 1.10 9 UFC*
- *Lactobacillus acidophilus* 1.10 9 UFC*
- *Lactobacillus rhamnosus* 1.10 9 UFC*
- *Lactobacillus casei* 1.10 9 UFC*

Дети до 2 лет принимали по 1 капсуле каждые 2 дня, а с 2 лет – по 1 капсуле ежедневно за полчаса до еды в течение 2 месяцев. Грудным детям содержимое капсулы высыпали в небольшое количество воды и давали перед кормлением или разводили в бутылочке с питанием перед кормлением.

Повторное бактериологическое исследование фекалий показало разнообразные изменения микробного пейзажа, с выравниванием количества лакто- и бифидобактерий до нормы. Однако следует учитывать, что данный анализ дает представление лишь по общему количеству пробиотических бактерий, не дифференцируя их.

Результаты исследования. Через 2 месяца терапии у 80% (32 чел.) отмечалось снижение индекса SCORAD в 2–3 раза. У 8 больных положительный эффект был незначительным, но у 4 из них нормализовался стул. Никаких побочных реакций отмечено не было.

Выводы. Пробиотический препарат показал значительную клиническую эффективность у детей с АД, хорошую переносимость и может быть использован в комплексном лечении заболевания.

Феномен самоизлечения в дерматовенерологии

Гомберг М.А., Гуцин А.Е., Ковалык В.П.

МНЦДК ДЗ,
ФГБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора
ИПК ФМБА, Москва

Цель исследования: оценить частоту и факторы спонтанной элиминации инфекций, передаваемых половым путем: *S. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, *T. pallidum*. Оценить возможность использования феномена самоизлечения в практической работе.

* Живые стабилизированные ферменты, на дату производства.

Материалы и методы. Повторное исследование урогенитальных образцов 77 женщин 16–33 лет с выявленными *S. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium* с помощью ПЦР спустя 7–14 дней без какого-либо лечения. Из исследования исключались случаи, когда имело место применение антибактериальных средств. Поиск по базе данных PubMed в период с 1955 г. по настоящее время, используя ключевые слова: «*S. trachomatis*», «*T. vaginalis*», «*M. genitalium*», «*T. pallidum*» и «spontaneous elimination». Результаты. У 3 из 39 (7,7%) пациентов с хламидийной инфекцией повторное исследование показало отрицательный результат. У 12 из 27 (40,7%) пациентов с *M. genitalium* – инфекцией повторное исследование оказалось отрицательным. У 3 из 11 пациентов женщин с трихомонадной инфекцией результаты молекулярно-генетического исследования не обнаруживали *T. vaginalis*.

По данным поиска в PubMed, проанализировано 16 работ, в которых оценивается исследуемый показатель. Частота спонтанной элиминации *S. trachomatis* колеблется от 32 до 94% в течение срока наблюдения 5 лет. Скорость элиминации положительно ассоциирована с ранним началом сексуальной жизни, использованием пероральных противозачаточных средств, наличием промежуточных серотипов *S. trachomatis* F-G. Имеются данные об отрицательных результатах культурально-го исследования содержимого уретры на *T. vaginalis* у 36% мужчин с трихомониазом спустя 4 месяца после верификации диагноза. При сифилисе схожие данные получены из двух независимых ретроспективных исследований: доля самоизлечения составила 33% (RPR-). Тем не менее поздние осложнения – кардиоваскулярный и нейросифилис со смертельным исходом наблюдали у 30–40% больных.

Выводы. Спонтанная элиминация бактериальных инфекций, передаваемых половым путем, достигает 94%. Тем не менее в настоящее время не представляется возможным использование феномена самоизлечения в практической работе, так как отсутствуют надежные маркеры подобного исхода болезни. Необходимы дальнейшие исследования факторов, влияющих на спонтанную элиминацию ИППП.

Коморбидные состояния у больных псориазом

Горина Ю.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Многочисленные исследовательские работы выявили связь псориаза и различных социально значимых соматических нозологий, имеющих в своей основе воспалительные изменения. Подобное сосуществование двух или более самостоятельных синдромов, где ни один из которых не считается осложнением по отношению к другому, относится к коморбидным состояниям. В основе этого явления заложены общность этиологии, единые механизмы патогенеза и клинических проявлений. Целью настоящего исследования являлся анализ социально-значимой соматической коморбидной патологии у больных псориазом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 больных с обыкновенным псориазом легкой и средней степени тяжести течения от 30 до 65 лет. Пациенты были распределены на две группы согласно гендерному признаку (мужчин – 26, женщин – 54). В группу сравнения вошло 30 человек из них 12 мужчин и 18 женщин. У обследуемых был проведен сравнительный анализ коморбидной патологии на основании анамнеза, клинического осмотра и данных амбулаторных карт. В группе социально-значимой коморбидной патологии учитывались – заболевания сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной и пищеварительной системы, заболевания ЛОР-органов и алкогольная поливисцеропатия. Прогноз летальности определялся с помощью индекса коморбидности Чарльсона. Показатель, превышающий значение 3 ассоциировался с повышенным риском смертности в течение одного года.

Результаты исследования. Анализ наличия коморбидных состояний у мужчин с обыкновенным псориазом показал наибольшую выявляемость сердечно-сосудистой патологии (12/46,15%), алкогольной поливисцеропатии (13/50,00%) и хронической обструктивной болезни легких (9/34,62%)

($p < 0,05$). Количество больных мужчин с дерматозом и алкогольной поливисцеропатией (13/50,00%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (9/34,61%) и ЛОР-органов (4/15,38%) было достоверно больше ($p \leq 0,05$), чем обследованных мужского пола из группы сравнения.

Среди женщин с псориазом преобладала коморбидность со стороны сердечно-сосудистой системы (19/35,18%) ($p \leq 0,05$). Также наблюдалась тенденция к увеличению удельного веса патологии сердечно-сосудистой (19/35,18%) и пищеварительной системы (17/31,48%). Алкогольная поливисцеропатия была констатирована у одной женщины больной псориазом, а в группе сравнения данной патологии не наблюдалось ни у одной обследованной. Отсутствие терапевтической патологии было зарегистрировано у здоровых женщин в 4/22,22% случаев, по сравнению с пациентками с псориазом – 5/9,25% ($p < 0,05$). Средние значения индекса коморбидности Чарльсона у мужчин и женщин составили $4,31 \pm 1,85$ и $5,84 \pm 2,37$ баллов соответственно, а у обследованных мужчин и женщин из группы сравнения данный показатель индекса имел средние значения $3,18 \pm 1,36$ и $4,48 \pm 1,92$ баллов.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что у мужчин с обыкновенным псориазом наиболее часто выявлялись сердечно-сосудистая патология, алкогольная поливисцеропатия и хроническая обструктивная болезнь легких. Среди женщин с псориазом преобладала коморбидность со стороны сердечно-сосудистой системы. Достоверной разницы средних значений индекса Чарльсона не было выявлено, но отмечалась тенденция к элевации его у больных псориазом.

Ботулинотерапия и филлеры в комплексной коррекции губ и периоральной зоне

Губанова Е.И.

Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО МГУПП, клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

Во всем мире отмечается неуклонный рост интереса к инъекционным методам омоложения. Согласно статистике ASAPS за 2015 выполнено 4 830 911 процедур ботулинического токсина (БТА) и 2 690 633 инъекций филлеров на основе гиалуроновой кислоты (ГК).

Старение кожи и потеря объема мягких тканей у женщин в периоральной зоне и красной кайме губ связаны с возрастным эстрогендефицитом, перераспределением жировой массы, мимической активностью, инволюцией костно-мышечных структур в челюстно-лицевой зоне. В ходе ряда исследований по изучению старения в нижней трети лица и губ нами установлена этапность возрастных изменений, показана роль стоматогнатической и психоневрологической патологии в формировании преждевременных морщин и складок.

Выбор схем и доз БТА в круговую мышцу рта, мышцы опускающие угол рта и подбородочную мышцу зависит от выраженности динамических и статических морщин, индивидуальной особенности мимики, гиперкинетической активности лицевой мускулатуры нижней трети лица. Выбор объема и вязкости наполнителя определяется глубиной складок, возрастным птозом, липоатрофией.

Опыт российских специалистов показал, что средняя дозировка Диспорта для женщин составляет 10–20 ЕД на процедуру (4–8 ЕД в *m. orbicularis oris*, 5–10 ЕД в *m. depressor anguli oris*, 5–10 ЕД в *m. mentalis*), при этом не рекомендуется одномоментно блокировать более двух зон. Объем водимых филлеров ГК средней и высокой вязкости на одну процедуру составляет 1,5–2 мл: в носогубные и губно-подбородочные складки 1–2 мл, в красную кайму губ 0,5–1 мл. Микрофиллеры и скинбустеры используются в белую часть губ в небольших объемах от 0,2–0,5 мл. Подход в объемном моделировании губ зависит от мотивации пациентов, анатомических особенностей красной каймы, выраженности инволюционных процессов. Повторная процедура с использованием меньших объемов филлеров через 1–2 месяца позволяет достичь высокой степени удовлетворенности пациентов с сохранностью результатов до 6–12 месяцев. Для достижения эффективности инъекционных омолаживающих процедур учитываются эстетические и анатомо-физиологические

особенности. Важная задача врача-косметолога при комплексной коррекции БТА и филлерами – не допустить гиперкоррекцию, выбрать гармонирующие подходы с учетом пропорций, подчеркивающие женственность и натуральность.

Иммунопатогенетические механизмы инновационной комбинации лазерной и фотодинамической терапии угревой болезни

Демина О.М., Потекаев Н.Н., Картелишев А.В.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ
Лазерная академия наук РФ, ФБГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, г. Москва

Последние годы отмечается существенный рост тяжелых торпидных форм угревой болезни (УБ), чаще у молодых (возрасте 12–24 лет), социально активных групп населения, что, несомненно, относит УБ к важной медико-социальной проблеме. По данным отечественных и зарубежных ученых, значительно увеличилось число пациентов с УБ, резистентных к методам традиционной системной и наружной терапии. Несмотря на большое количество исследований по данной тематике, пока отсутствуют патогенетически обоснованные комплексные методы терапии этого дерматоза, обеспечивающие стабильный и долговременный клинический результат, а также полноту реабилитации больных УБ. В связи с этим, изучение патогенетических механизмов УБ, позволяющих определить маркеры тяжести течения и прогноза течения заболевания, а также разработка и внедрение инновационных методов терапии с высокой эффективностью, долговременностью и стабильностью положительных результатов является важным и определяет высокую актуальность исследования.

Цель: охарактеризовать на примере угревой болезни патогенетически значимые иммунопатогенетические механизмы инновационной комбинации низкоинтенсивной лазерной (НИЛТ) и фотодинамической (ФДТ) терапии.

Материалы и дизайн исследования: 276 больных различными формами угревой болезни (УБ) в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелыми проявлениями УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%) подразделенные на две группы: I – контрольная (39) – лечившихся традиционно и II – основная (237) – получавших комбинацию НИЛТ+ФДТ по авторскому способу.

Методы исследования: синдромологический и цитокинетический мониторинг, метод статистического анализа.

Результаты и выводы. Показано, что УБ сопровождается избыточной секрецией компонентов провоспалительной цитокиновой системы: IL-1 α , IL-2, IL-8, TNF α и маркера репарации VEGF, которая проявляется на фоне сниженных показателей противовоспалительных медиаторов: IL-4, IL-10, IFN γ , свидетельствующих об активации воспалительной реакции и недостаточной функциональной противовоспалительной активности иммунной системы и клинически коррелирующих ($r = +0,89$) с персистирующим торпидным течением заболевания. С высокой степенью достоверности ($p < 0,01$) установлено ранее неизвестное явление, заключающееся в том, что разработанный нами инновационный способ и алгоритм этапно проводимых курсов лечения больных УБ основной группы с помощью комбинированной НИЛТ+ФДТ сопровождается коррекцией и восстановлением должного баланса патогенетически значимых для заболевания цитокинетических компонентов иммунного статуса (про- и противовоспалительных), оказывая тем самым системный выраженный иммуномодулирующий эффект. Выявлено, что данный эффект у них, по сравнению с контрольной группой пациентов, получавших комплексную традиционную терапию, прямо и высоко достоверно коррелирует ($r = +0,89$) с оперативным регрессом специфических кожных высыпаний, а также с гораздо более продолжительной ремиссией и существенным сокращением количества рецидивов заболевания.

Ближайшие и отдаленные результаты эффективности пептидных препаратов в коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи

Закирова Г.Ш., Гладько В.В., Губанова Е.И.,
Вавилова А.А., Староватова П.А.

Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО МГУПП,
клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

Одним из этапов протокола комплексной косметологической коррекции хроно- и фотостарения кожи лица и шеи является внутрикожное введение препаратов на основе гиалуроновой кислоты с пептидными комплексами. Изучение эффективности и безопасности мезотерапии с целью увлажнения и осветления кожи, коррекции поверхностных морщин инновационной группы препаратов является актуальным направлением в косметологии.

Цель исследования: оценить эффективность курсовой терапии пептидными препаратами у женщин старше 40 лет на основании ближайших и отдаленных результатов эстетического улучшения кожи лица и шеи, динамики клинико-функциональных показателей, анализа самоопросников.

Материалы и методы: с февраля по сентябрь 2016 г. под наблюдением находились 15 женщин в возрасте 40–65 лет, удовлетворяющих критериям включения и исключения. Длительность курсовой терапии для каждого пациента составил 6 инъекций с интервалом 10–14 дней. Медицинские препараты системы «Нуклеоспайр», в количестве 2 мл были введены внутрикочно в зону лица (с акцентом на веки), а также в зону шеи.

Результаты: 1. Инъекционная терапия пептидными препаратами для коррекции возрастных изменений лица и шеи является безопасной процедурой, хорошо переносится и сопровождается симптомами болезненности, отека, покраснения, экхимозами легкой степени выраженности. Все нежелательные явления в постпроцедурный период были предполагаемыми, кратковременными и самопроизвольно проходящими, наиболее выраженными в деликатной зоне вокруг глаз и области шеи. Серьезных НЯ в ходе исследования и на протяжении 5-месячного срока наблюдения выявлено не было. 2. Клиническое улучшение врачом и пациентами после 4 и 6 выполненных процедур показало комплаентность и стабильность результатов: показатели GAIS на Визите 5 (M02) составили $2,5 \pm 0,52$ по оценке доктором и $2,2 \pm 0,41$ и по оценке пациентом, на Визите 7 (M03) $2,6 \pm 0,51$ и $2,2 \pm 0,41$ соответственно. При оценке отдаленных результатов, по мнению пациентов сохранность эффекта через 3 месяца после 6 процедур составила 87%, GAIS по оценке врачом $2,1 \pm 0,36$ и $1,9 \pm 0,62$ пациентом. 3. Курс терапии пептидными комплексами оказывает положительное влияние на вязко-эластические свойства и функциональные показатели кожи. Получен статистически достоверный результат динамического улучшения показателей корнео- и кутометрии кожи лица и шеи, между Визитом 1 и Визитом 5 и 7. Осветляющий эффект препаратов подтверждается улучшением показателей колориметрии: получены статистические различия между Визитом 1 и Визитом 6 по показателям пигментных пятен (L^* , b^*) и равномерности тона (L^*).

Выводы. Проведенное клинико-инструментальное исследование по изучению омолаживающих и отбеливающих свойств медицинских препаратов на основе гиалуроновой кислоты с пептидными комплексами в коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи подтвердило эффективность и безопасность препаратов. Изученная схема мезотерапии из 6 процедур хорошо переносится, оказывает положительное влияние на клинико-функциональные показатели кожи, улучшает ее качественные характеристики, повышает самооценку женщин с признаками хроно- и фотостарения, с достижением высокого уровня удовлетворенности ближайшими и отдаленными результатами.

Трудности диагностики лимфом кожи у детей. Клинический случай

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Бакусева З.Я.,
Пилявская С.О., Гришко Т.Н., Гребенюк В.Н.

Филиал «Коломенский» подразделения «Консультативно-диагностический Центр детской дерматологии и косметологии» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Проблема первичных Т-клеточных кожных лимфом (ТКЛК) является одной из важнейших и приоритетных проблем современной медицины как в связи с их высокой распространенностью, так и чрезвычайной сложностью диагностики и лечения, требующих учета многих факторов и использования широкого спектра современных методов обследования (гистологических, иммунологических, молекулярно-генетических). ТКЛК чаще всего поражает взрослых на 5–6-м десятилетии жизни; соотношение мужчин и женщин – 2:1. У детей встречается редко.

Описанное клиническое наблюдение представляет особый практический интерес с точки зрения дифференциальной диагностики ТКЛК у детей.

Результаты нашего наблюдения. Пациент, С., 12 лет, мужского пола. Из анамнеза: первые высыпания отмечены мамой на коже живота в 2009 году (в 5 лет). Появление высыпаний ни с чем не связывает. С 2009 года наблюдался и лечился амбулаторно у дерматолога, аллерголога-иммунолога при НЦЗД Морозовской больницы с диагнозом: «Атопический дерматит, распространенная форма, упорно-рецидивирующее течение». С 2010 года – появились множественные розовато-синюшные очаги на коже груди, живота. Продолжал получать лечение у дерматолога с диагнозом: «Атопический дерматит». В связи с появлением новых очагов, в мае 2015 года ребенок был направлен в Центр детской дерматологии и косметологии (ул. Бочкова, д. 4А). Патологический кожный процесс носил хронический дистрофический характер. Локализовался на коже груди, живота, в подмышечных, паховой областях, ягодиц, внутренней поверхности бедер. Был представлен многочисленными (более 10) округлыми, овальными очагами розовато-синюшного цвета, отдельные с атрофией в центральной части, с четкими границами. Беспокоил умеренный кожный зуд. Был выставлен диагноз: «Очаговая склеродермия» и рекомендовано лечение в условиях стационара. В июне, ноябре 2015 года мальчик проходил курсы стационарной терапии в детском стационаре «Клиники им. В.Г. Короленко» (пенициллин, сосудистые препараты, ГКС-наружная терапия). В указанный период времени кожный процесс соответствовал клинически очаговой склеродермии на стадии эритемы, в связи с чем и было рекомендовано лечение в соответствии со стандартами. На фоне лечения отмечалась положительная динамика кожного процесса, регрессирование отдельных очагов. Новых высыпаний не отмечалось. Сохранялась поверхностная атрофия кожи в центре отдельных очагов. В январе-марте 2016 года продолжено курсовое лечение в дневном стационаре филиала «Коломенский». Проведено динамическое обследование, рекомендовано консультация ревматолога для исключения системности заболевания. Ребенок проконсультирован ревматологом ФГБНУ НИИР им. Насоновой (март 2016 г.) диагноз: «Ювенильная склеродермия с наличием очагов на коже конечностей и туловища». Рекомендовано: провести диагностическую биопсию кожи. 28.03.2016 г. в дневном стационаре филиала «Коломенский» проведена диагностическая панч биопсия кожи. При гистологическом исследовании от 28.03.2016 г.: Эпидермис с акантозом, скоплениями лимфоцитов в шиповатых и базальных слоях, фокусами спонгиоза. В верхних слоях дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, макрофаги, наполненные гранулами бурого пигмента, фиброз.

При иммуногистохимическом исследовании от 28.03. 2016 г.: Лимфоциты в пределах эпидермиса преимущественно CD8-позитивные,

в дерме смешанный (CD 4+/ CD 8+) инфильтрат. Экспрессия CD 7, CD 5 сохранена.

Заключение: иммуноморфологическая картина может наблюдаться при CD8+ грибовидном микозе. Рекомендовано – повторная биопсия, ПЦР исследование.

Консультация патогистологических микропрепаратов врачом-патоморфологом клинического центра МГМУ имени И.М. Сеченова (забор материала от 28.03.2016 г. в филиале «Коломенский»): Фрагмент кожи с признаками гиперкератоза, акантоза, вакуольной дистрофии базальных клеток, в дерме периваскулярная инфильтрация лимфоидными элементами с примесью меланофагов.

Заключение. Морфологическая картина позволяет предположить развитие дискоидной красной волчанки. Морфологические проявления грибовидного микоза в присланном материале не выявлены. На тот момент – клинически: часть очагов разрешились полностью. Однако отмечалось появление новых очагов на коже бедер. В области живота, паха – очаги с выраженной инфильтрацией. Несмотря на наличие эритематозных склеродермоподобных очагов, имелось шелушение отдельных из них. Присоединились жалобы на легкий зуд. 16.05.2016 г. Проведена повторная диагностическая биопсия кожи (с боковой поверхности туловища). Заключение гистологического исследования от 16.05.2016 г.: Эпидермис с очаговым паракератозом, незначительным акантозом. В эпидермисе и эпителии устьев волосных фолликулов определяются скопления лимфоцитов, окруженные оптически пустым ободком. В верхних отделах дермы фиброз, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, макрофаги, наполненные гранулами бурого пигмента. При иммуногистохимическом исследовании: Эпидермальные лимфоциты экспрессируют CD 7, CD 5, CD 8, единичные CD 4. Отмечается потеря экспрессии CD 5. Заключение. Гистологические изменения и иммунофенотип более всего соответствуют CD8 грибовидному микозу в стадии пятна. Рекомендуется ПЦР исследование для определения клональности по цепям Т-клеточного рецептора.

ОАК 13.05. 2016 г. – лимфоцитоз (66%), нейтропения (22%), лейкопения (3.1 · 10⁹ /л).

Б/х крови от 13.05.2016г. – Снижение уровня креатинина (47 $\mu\text{mol/l}$).

В других анализах патологии нет.

Пациент был направлен с диагнозом: Грибовидный микоз (?) в ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения. Диагноз: «Грибовидный микоз» был подтвержден.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ТКЛК у детей. Сходство ранних проявлений ТКЛК с другими многочисленными дерматозами весьма затрудняет своевременную диагностику заболевания. Возможность установления диагноза лимфом кожи только клиническими методами не превышает 50%, а использование в динамике заболевания гистологических, иммуногистохимических методов при достаточной квалификации патоморфолога повышает достоверность диагностики до 75–100%, подчеркивая важность данных методов диагностики.

Мастоцитоз: особенности течения и диагностики заболевания

Заторская Н.Ф., Динер Н.Е., Валитова И.В.

Филиал «Коломенский» подразделения «Консультативно-диагностический Центр детской дерматологии и косметологии» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

В последние годы обращают на себя внимание участвовавшие случаи мастоцитоза. Мастоцитоз относится к группе заболеваний, связанных с инфильтрацией различных тканей и органов тучными клетками. В большинстве случаев пациенты, страдающие мастоцитозом, не имеют семейного анамнеза. Кожный мастоцитоз раннего

детского возраста разрешается в пубертате. Как правило, системные изменения отсутствуют. Прогрессирование системной формы наступает крайне редко. Кожный мастоцитоз подростков и взрослых с частыми системными поражениями, сопровождающимися системными нарушениями с благоприятным течением (без прогрессирования системных нарушений). Спонтанный регресс возможен у детей (у взрослых не описан).

Мастоцитоз подразделяют на 4 типа (I–IV):

- тип I – представляет наибольшую группу, включает большинство детей и достаточно большое количество взрослых пациентов. У этой категории больных есть высыпания на коже, но могут встречаться и системные изменения (желудочные и дуоденальные язвы; вторичная мальабсорбция, вызванная инфильтрацией мастоцитов в кишечнике с соответствующим выбросом медиаторов; скелетные изменения как результат увеличения количества мастоцитов и их медиаторов; гемодинамическая нестабильность в виде приливов и обмороков; мастоцитарная инфильтрация костного мозга, печени, селезенки и лимфатических узлов). В отличие от мастоцитоза у детей, у взрослых характерны внекожные симптомы, преимущественно системные;
- тип II – мастоцитоз ассоциирован с гематологическими заболеваниями, когда поражение кожи отнюдь не обязательно. Обычно у таких больных поражены печень, селезенка и лимфатические узлы. Речь идет о пациентах более старшего возраста, а ведущими симптомами оказываются лихорадка, потеря массы тела, общее недомогание, приливы, гастроинтестинальные явления. Гематологические ассоциации включают: полицитемию, хроническую миелоидную лейкемию, хроническую миеломоноцитарную лейкемию, идиопатический миелофиброз, лимфому, гиперэозинофильный синдром. Также может быть вторичная миелобластная или миеломоноцитарная лейкемия. Наряду с гематологическими изменениями в материале костного мозга увеличено количество мастоцитов. Прогноз в таких случаях зависит от тяжести гематологического заболевания;
- тип III – мастоцитоза встречается редко, отличается преимущественным отсутствием клинических симптомов со стороны кожи. Инфильтраты из мастоцитов расположены в костном мозге, пищеварительном тракте, печени, селезенке и лимфатических узлах. Летальный исход при таком мастоцитозе наступает через 2–4 года;
- тип IV – мастоцитоза (мастоцитарная лейкемия) также встречается редко. В этих случаях 10% ядерных клеток в крови представлены мастоцитами. Следует отметить, что единичные мастоциты в крови встречаются крайне редко, поэтому их появление должно насторожить. У большинства таких пациентов нет никаких проявлений на коже. Клиническая картина этой формы характеризуется лихорадкой, потерей массы тела, абдоминальными болями, диареей, тошнотой и рвотой.

Диагностика мастоцитоза предполагает совокупность клинических проявлений заболевания и параклинического подтверждения. Для пациентов с мастоцитозом рекомендованы следующие лабораторные тесты:

- общий анализ крови с подсчетом формулы
- функциональные печеночные тесты (включая активность аминотрансфераз и щелочной фосфатазы)
- уровень триптазы сыворотки крови (повышение)

Дополнительно может быть определен уровень метаболизма активированных тучных клеток (включая определение уровня N-метилгемоглобина и 11 β -простагландина F₂ в суточной моче).

Важным параклиническим подтверждением системного мастоцитоза (у подростков и взрослых) является результат морфологического исследования биоптата и результат иммуногистохимического исследования, проводимого в лаборатории ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» – определение количества CD117 в биоптате.

Заключение. Данный диагноз представляет несомненный интерес для врачей разных специальностей: дерматологов, аллергологов-иммуно-

логов, педиатров, терапевтов, гематологов, неврологов. Выработка правильной тактики в отношении больных позволит существенно повысить их качество жизни.

Альтернатива топической стероидной терапии ограниченного псориаза в стационарной и регрессирующей стадиях

Звездина И. В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Москва

Актуальность: псориаз одна из самых распространенных нозологий в структуре дерматологических заболеваний. Как правило, на первичном приеме дерматолога оказываются пациенты с ограниченными формами псориаза. Тактика ведения таких больных сводится к назначению средств наружной терапии. Среди которых предпочтение отдается топическим глюкокортикостероидам в сочетании с кератолитическими компонентами. Данный выбор продиктован желанием и врача, и пациента добиться быстрого положительного эффекта, после достижения которого препарат отменяется и заболевание «возвращается» вновь. Пациент, уже имеющий опыт наружной стероидной терапии, самостоятельно прибегает к использованию уже известного препарата и, поскольку псориаз носит хронический рецидивирующий характер, больной применяет топический стероид в течение нескольких лет по необходимости. Это несомненно приводит к развитию местных нежелательных явлений, тахифилаксии и необходимости повышать степень активности ТГКС.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности препаратов на основе солидола, которые могли бы выступать в качестве альтернативы топической стероидной терапии ограниченного псориаза в стационарной и регрессирующей стадиях.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 19 пациентов (7 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 17 до 43 лет, страдающих ограниченным бляшечным псориазом от 6 месяцев до 4 лет, средние значения индекса PASI которых был равен до лечения $6,3 \pm 1,5$; BSA = $7,6 \pm 2,1\%$, IGA составлял $1,9 \pm 0,5$. Клиническую эффективность терапии оценивали по динамике индексов PASI, BSA, IGA, переносимости лечения, частоты развития нежелательных явлений. Снижение значения индекса PASI более чем на 75% от исходного расценивалось как клиническое выздоровление, на 50–75% — как значительное улучшение, на 25–50% — как незначительное улучшение. Снижение PASI менее чем на 25%, трактовалось как отсутствие клинического эффекта. Необходимо отметить, что у 13 пациентов был предыдущий опыт лечения различными наружными кортикостероидами. Всем пациентам была рекомендована наружная терапия препаратом на основе солидола 1 раз в день на ночь под окклюзионную повязку в течение 4 недель, что позволило избежать некоторых неудобных моментов, возникающих при использовании данного препарата, в частности замасливания одежды и постельного белья.

Результаты: в результате терапии наблюдалось значительное улучшение сопровождающееся снижением индекса PASI на 53,9% от исходной величины и составил $2,9 \pm 0,7$; площадь поражения кожи уменьшилась на 46,1%, индекс BSA снизился до $4,1 \pm 1,0\%$; значения IGA стали ниже на 36,8% и достигли $1,2 \pm 0,2$. Большинство больных отмечали, что первые признаки улучшения наступали уже через 3–4 дня от начала лечения. У 2 пациентов из нежелательных побочных эффектов наблюдался остеофолликулит, и у 1 – обострение процесса в виде усиления эритемы, отека и зуда в начале терапии.

Выводы: результаты проведенного исследования свидетельствуют, что препараты на основе солидола при лечении ограниченных форм псориаза оказывают заметный терапевтический эффект (снижение индекса PASI на 53,9%), хорошо переносятся и могут выступать в качестве альтернативы топической стероидной терапии.

Заболееваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в 2015 году: сравнительная оценка с 1997 и 2006 гг.

Иванова М.А., Романова О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва

Целью исследования явился сравнительный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, за 10-летний период и с 1997 годом.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ заболеваемости ИППП на основании данных форм федерального статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 1997, 2006 и 2015 гг. Результаты и их обсуждение: С периода наиболее высоких показателей заболеваемости сифилисом (277,3 в 1997 г.), когда показатели заболеваемости и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, имели наиболее высокие значения, заболеваемость сифилисом уменьшилась в 11,8 раза, гонококковой инфекцией – в 6,1 раза, трихомонозом – в 5,2 раза, хламидийной инфекцией – в 2,8 раза. Несущественно изменились показатели заболеваемости вирусными инфекциями, в том числе генитальным герпесом (с 14,1 на 100 000 населения в 1997 г. до 13,5 в 2015) и аногенитальными (венерическими) бородавками (с 24,9 на 100 000 населения в 1997 г. до 21,2 в 2015 г.). За последние десять лет максимально уменьшились заболеваемость гонококковой инфекцией (на 71,0%), сифилисом (на 64,1%) и хламидийной инфекцией (на 56,1%), в то время как другие инфекции уменьшились несколько более одной трети, в том числе трихомонозом – на 47,5%, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция – на 43,0%, аногенитальные (венерические) бородавки – на 36,9%. В 2015 году, как и в предыдущие годы в структуре ИППП превалирует заболеваемость трихомонозом, на которую приходится более одной трети (34,8% в 2015 и 45,6 в 2006 г.) случаев регистрации ИППП. На втором месте по частоте выявления хламидийная инфекция (22,8 в 2015 и 22,0 в 2006 г.), далее в порядке убывания: сифилис (13,0% в 2015 и 10,9 в 2006 г.), аногенитальные (венерические) бородавки (11,7% в 2015 г. и 5,3 в 2006 г.), гонококковая инфекция (10,2% в 2015 г. и 10,8 в 2006 г.) и аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (7,5% в 2015 и 5,4 в 2006 г.). Как в 1997 г., так и в 2006 г. и в 2015 г. лидирующие позиции в структуре ИППП остаются за трихомонозом, хламидийной и сифилитической инфекциями, хотя за последние десять лет их доля несколько снизилась за счет роста доли вирусных инфекций, передаваемых половым путем, в том числе аногенитальной герпетической вирусной инфекции в 1,4 раза и аногенитальных (венерических) бородавок в 2,2 раза.

Таким образом, сравнительный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, за последние десять лет и в сравнении с 1997 г., показал превалирование трихомонозной инфекции в структуре ИППП. Если в начале анализируемого периода показатели заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией были практически на одном уровне, то к 2015 году показатель заболеваемости сифилисом остается практически стабильным. За последние десять лет максимально уменьшились заболеваемость гонококковой инфекцией, сифилисом и хламидийной инфекцией, в то время как снижение других инфекции было несколько замедленным.

Отечественный препарат ботулинического токсина типа А на основе желатина в терапии первичного локального гипергидроза

Исаева С.Г., Задионченко Е.В., Звездина И.В.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Одной из социально-значимых медицинских проблем является первичный гипергидроз – распространенная форма нарушения

потоотделения. Повышенная влажность кожи при гипергидрозе приводит к снижению защитных свойств кожи, что является благоприятным условием для развития патогенных микроорганизмов. У таких пациентов гораздо чаще встречаются такие заболевания, как пиодермии, микозы стоп и крупных складок кожи.

Целью работы было изучение практических аспектов лечения первичного аксиллярного локального гипергидроза отечественным препаратом ботулинического токсина типа А на основе желатина, действие которого основано на блокировании нервной стимуляции потовых желез, подбор индивидуальной дозы вводимого препарата с учетом интенсивности потоотделения, снижение риска возникновения и рецидива хронических дерматозов, улучшение качества жизни больных.

Материалы и методы. Наблюдалось 34 пациента (18 мужчин и 16 женщин), в возрасте 20–45 лет, с диагнозом умеренный или выраженный локальный аксиллярный гипергидроз, с отсутствием в этой области клинических признаков заболеваний кожи и с отрицательной аппликационной кожной пробой при нанесении средства. Выраженность гипергидроза оценивалась пробой Минора (йодно-крахмальный тест). Перед выполнением процедур пациентам проводилась местная анестезия с помощью местного анестетика на основе прилокаина, который наносился на обрабатываемую поверхность на 20–30 минут. Непосредственно перед инъекцией кожу обрабатывали 0,05% раствором хлоргексидина. В зависимости от результатов пробы Минора изменялась доза инъекций в местах более интенсивного потоотделения. Инъекции проводились внутривожно с интервалом 1,5–2 см. При умеренном гипергидрозе доза препарата на одну точку была 1,25 Ед. При выраженном гипергидрозе – 2,5 Ед на одну точку. Стандартной достаточной дозой для устранения гипергидроза является доза от 50 до 75 Ед на одну подмышечную область. Результаты. Все пациенты отмечали снижение потоотделения в обработанной зоне на 3–4 день. Максимальный эффект развивался к 8–10 дню. Через две недели у всех пациентов было отмечено полное отсутствие потоотделения в аксиллярных областях, тест Минора отрицательный. Эффект от отечественного ботулотоксина в среднем по группе сохранялся у женщин 5 месяцев, а у мужчин 4,5 месяца, что в основном зависело от физической активности. Побочных реакций не отмечено, кроме чувства жжения при введении препарата у 3 пациентов. Таким образом, эффективность и переносимость отечественного препарата ботулинического типа А на основе желатина сопоставима с другими препаратами ботулотоксина типа А.

Выводы. Внутривожное введение отечественного препарата ботулинического токсина типа А на основе желатина является высокоэффективным и безопасным медикаментозным методом лечения первичного аксиллярного локального гипергидроза.

Коморбидность в трихологической практике

Кандалова О.В., Ключникова Д.Е., Джафарова С.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. В последнее время много внимания уделяется диагностике и лечению пациентов сочетанием двух и более заболеваний – коморбидные состояния. Больные с сочетанными трихологическими и соматическими жалобами это наиболее сложные пациенты, с которыми сталкиваются практикующие дерматологи.

Цели: оценить частоту встречаемости сочетанной патологии у пациентов с заболеваниями волос и кожи головы.

Материалы и методы: в работе проанализировано 300 амбулаторных карт пациентов с патологией волос и кожи головы.

Результаты: пациенты 257 женщин и 43 мужчин в возрасте от 18 до 69 лет, страдали диффузным облысением 150 пациентов (50%), себорейным дерматитом 70 (23%), андрогенетической в том числе и гиперандрогенной алопецией 66 (22%), гнездной алопецией 14 (5%). Среди 230 исследуемых пациентов с выпадением волос у 21 пациента (9%) были обнаружены заболевания щитовидной железы: кисты,

узловой зоб, тиреотоксикоз, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. У 148 пациентов (49%) выявлялась разнообразная патология желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастрит, гастро-эзофагальный рефлюкс, хронический колит, холецистит. У 1/3 исследуемых пациентов выявлены очаги хронической инфекции в области головы и шеи: тонзиллит, патологии зубочелюстной системы, отиты, синуситы. У 53 (21%) пациенток диагностирована гинекологическая патология: воспаление придатков матки, дисфункция яичников, поликистоз яичников, эндометриоз, миомы матки. Следует отметить, что 146 пациентов (89%), страдающих диффузной и гнездовой алопецией, отмечали связь заболевания с хроническим стрессом и депрессивными состояниями.

Выводы. Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и патофизиологическими механизмами. Коморбидность негативно влияет на течение заболевания и его исход.

Результаты клинической эффективности гидролизата плаценты человека при псориазе

Каримова И.М., Ляпон А.О.

Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность: псориаз до сих пор является заболеванием с мультифакторной природой, которое очень сложно поддается лечению.

Материалы и методы: в качестве монотерапии для лечения псориаза был выбран современный иммуномодулятор и гепатопротектор – препарат из гидролизата плаценты человека.

Препарат применялся у 20 пациентов от 25–55 лет (12 женщин и 8 мужчин), у которых был установлен диагноз вульгарного псориаза. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 25 лет. Площадь поражения составляла от 5 до 26%. Для объективной оценки степени тяжести заболевания и эффективности терапии у наблюдаемых нами пациентов использовался индекс PASI. В целом по группе больных его средний показатель составлял $8,9 \pm 0,8$ баллов. Также проводилось ультразвуковое исследование кожи.

Препарат гидролизата плаценты человека у всех пациентов применялся в качестве монотерапии по следующей схеме: 10 мл препарата в 250 мл физ. раствора внутривенно капельно, 3 раза в неделю №10. Результаты исследования. При обследовании больных псориазом до лечения с помощью метода ультразвуковой диагностики были выявлены следующие ультразвукографические характеристики: на патологически измененном участке кожи утолщение эпидермиса, дермы и снижение плотности дермы, как в области папулы, так и на участках дермы, прилежащих к папуле. Эпидермис утолщен над папулой до 266 мкм, по сравнению со здоровой кожей – 172 мкм. Внутренняя структура псориазных папул пониженной эхогенности, акустическая плотность в среднем 14 баллов. Толщина дермы, прилежащей к псориазной папуле, в среднем 1830 мкм, что больше, чем в здоровой коже, средняя толщина которой составляла 1086 мкм. Эхогенность дермы снижена по сравнению со здоровой кожей равномерно за счет визуализации большого количества трубчатых структур, что вероятно, обусловлено дилатацией сосудистых элементов. Акустическая плотность дермы, прилежащей к папуле: в верхней части – 26 баллов, в нижней части 30 баллов, средняя плотность 24 балла. Отграничение дермы от подкожно-жировой клетчатки нечеткое.

После 2 недель лечения у 90% больных отмечалось существенное снижение индекса PASI – он составлял от 3–7,4 балла, а также значительный регресс субъективных проявлений – степень выраженности субъективных проявлений в среднем оценивалась как слабая.

После 3 недель лечения у тех же пациентов отмечалось дальнейшее снижение индекса PASI (он составлял от 1–4 баллов) и окончательный регресс субъективных проявлений.

Таким образом, после 3 недель лечения уровень положительного ответа на лечение колебался от 76 до 90%. Переносимость терапии самими

пациентами оценивалась как хорошая, ни у одного пациента за весь срок использования препарата нежелательные явления не наблюдались. У 9 (45%) из 20 больных достигнута полная клиническая ремиссия, у 9 отмечалось значительное улучшение кожного процесса и только у 2 пациентов (10%) динамики не наблюдалось. Результаты УЗИ кожи у больных псориазом в процессе терапии препаратом гидролизата плаценты. После лечения показатели плотности дермы подверглись изменениям: акустическая плотность дермы увеличилась до 53 баллов, в нижней части до 70 баллов, средняя плотность – 56 баллов, толщина эпидермиса приближалась к норме в среднем 185 мкм, эхогенность дермы увеличивалась до 20 баллов, толщина дермы уменьшалась до 1230 мкм. Выводы: клинико-инструментальная оценка эффективности применения препарата гидролизата плаценты человека при лечении псориаза различной степени тяжести позволила выявить высокую клиническую эффективность, хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов.

Оценка эффективности метода измерения акустической проводимости кожи у пациентов с предрасположенностью к розацеа

Карпова А.В., Баткаев Э.А., Федорова В.Н.

РУДН, Москва

Актуальность. Гистологические, гистохимические и электронно-микроскопические исследования точны, но их применение ограничено травматичностью и возможностью провоцирования обострения процесса и чаще используются для научных исследований. Тепловизионный контроль требует не только специальной аппаратуры, но и специально оборудованного кабинета. Метод, осуществляемый с помощью прибора «АСА» (acoustical skin analyser), позволяет измерять скорость распространения поверхностных сдвиговых волн, которая отражает распределение механического напряжения в исследуемой коже. Скорость акустической проводимости зависит от структуры рогового слоя эпидермиса, локализации, возраста, содержания воды, барьерной функции кожи, васкуляризации, температуры и значительно изменяется при развитии дерматозов.

Цель исследования. Оценить состояние кожных покровов по изменению скорости поверхностных сдвиговых волн у больных с розацеа в эритематозной стадии и предрасположенностью к розацеа с целью совершенствования диагностики, оценки результатов терапии и возможности профилактики у людей с предрасположенностью к развитию данного дерматоза.

Дизайн исследования включал измерение скорости акустической проводимости кожи в области правой щеки у пациентов с розацеа с целью совершенствования диагностики, оценки эффективности терапии и возможности профилактики у людей с предрасположенностью к данному дерматозу.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 человек, 20 мужчин и 30 женщин в возрасте от 45 до 70 лет. У 34 (68%) человек эритематозная стадия розацеа, у 16 (32%) имеется предрасположенность в виде отягощенной наследственности по этому дерматозу.

Всем исследуемым было выполнено измерение акустической проводимости кожи в области патологических изменений с помощью прибора «АСА» (acoustical skin analyser), в области правой щеки, который позволяет измерять скорость распространения поверхностных сдвиговых волн, которая отражает распределение механического напряжения в исследуемой коже. При нормальных значениях $V_y = 5,5$ м/с, $V_x = 6$ м/с (для кожи области щек у 40–60-летних женщин и мужчин) нами были получены следующие результаты: у женщин с эритематозной стадией розацеа проводимость увеличилась на 24%, с предрасположенностью на 18%, у курящих на 21%. У мужчин с эритематозной стадией розацеа акустическая проводимость кожи увеличилась на 21%, с предрасположенностью на 16%, у курящих – на 20%.

Заключение. Измерение скорости акустической проводимости кожи позволяют инструментально, но без нарушения целостности кожных

покровов, подтвердить наличие заболевания или предрасположенности к нему, усовершенствовать методы лечения и прогнозирование течения заболевания.

Клинический случай тяжело-протекающей пиодермии лица на фоне ВИЧ-инфекции

Кладова А.Ю., Максимова М.В., Купарев В.И.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Эпидемиологическая ситуация по распространению ВИЧ-инфекции продолжает ухудшаться. По данным официальной статистики, количество ВИЧ-инфицированных россиян, зарегистрированных в Российской Федерации на 31.12.2015 г., достигло 1 006 388 человек (из них 93 188 – впервые выявленные), что на 3,9% больше, чем за аналогичный период 2014 г. Показатель заболеваемости в 2015 г. составил 63,6 на 100 тыс. населения. Первичные клинические проявления ВИЧ-инфекции разнообразны, несут неспецифический характер и похожи на симптомы других инфекций. Могут проявляться в виде ангин, бактериальной пневмонии, кандидоза, герпеса и, как правило, хорошо поддаются лечению. Затем наступает латентный период, в который происходит медленное прогрессирование иммунодефицита. В среднем он длится 6–7 лет. Единственным проявлением этой стадии может быть увеличение лимфоузлов. Далее следует стадия вторичных заболеваний. Они носят обратимый характер в результате лечения и представлены длительными, трудно-поддающимися кожными поражениями, потерей веса, воспалительными заболеваниями внутренних органов. В терминальной стадии поражения органов и систем имеют необратимое течение. Даже адекватно проводимые противовирусная терапия и лечение оппортунистических заболеваний не эффективны.

Цель сообщения: показать важность комбинированного лечения дерматозов, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией. Пациентка, 1982 года рождения, диагноз: Импетиго стрептококковое, острая стадия. Считает себя больной с сентября 2014 года, когда впервые появились высыпания на лице. Лечилась самостоятельно антибактериальными мазями с незначительным эффектом. В филиал «Бирюлевский» обратилась в январе 2015 года с жалобами на высыпания на лице, болезненность в зоне высыпаний, слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38° С. Патологический процесс островоспалительного характера, локализовался на лбу, больше справа и левой щеке с переходом на подбородок. Для исключения грибковой природы высыпаний проведено микроскопическое и культуральное обследования. Мицелий патогенного грибка не обнаружен, роста культуры не выявлено. Назначена терапия: цефтриаксон 1,0 в/м №7, наружно мазь баноцин. Проведенное лечение – без динамики. Из анамнеза известно, иммуноблот положительный от 07.12.2009 г. В МГЦ СПИД не наблюдалась, антиретровирусную терапию не получала. Повторное исследование на обнаружение антител к ВИЧ: иммуноблот положительный от 28.01.2015 г. Учитывая данные анамнеза, результаты обследований, отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии пациентка направлена в МГЦ СПИД, и далее на стационарное лечение в ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ. Здесь установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4 Б фаза прогрессирования вне антиретровирусной терапии. Кандидоз полости рта. Дефицит веса тела более 10%. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Импетиго стрептококковое. Проводилось лечение антибиотиками трех разных групп, противовирусными и противогрибковыми препаратами. Через две недели от начала лечения присоединили антиретровирусные препараты – Калетра, Абакавир, Ламивудин. На фоне комплексной терапии высыпания на коже лица регрессировали.

Таким образом, данный случай демонстрирует необходимость направления пациентов с дерматологическими проявлениями ВИЧ-инфекции в МГЦ СПИД для проведения комбинированного лечения антибактериальными, противовирусными, противогрибковыми и антиретровирусными препаратами, от которых во много зависит клинический эффект.

Опыт применения 0,1% мази Такролимус у пациентки с линейной формой склеродермии по типу «удар саблей»

Кладова А.Ю., Максимова М.В., Немировская И.Ю.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Локализованная склеродермия – прогрессирующее поражение соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых нарушений, развивающихся преимущественно в коже и подкожной клетчатке. Провоцировать заболевание могут травмы, длительное переохлаждение, медикаменты, вакциноterapia. Выделяют две основные разновидности локализованной склеродермии: бляшечную и линейную. Излюбленной локализацией линейной (полосовидной) склеродермии является лицо и волосистой части головы. Заболевание в этом случае характеризуется многолетним прогрессирующим течением, несмотря на проводимую терапию. Линейная склеродермия на лице и волосистой части головы обычно выглядит в виде плотного тяжа склерозированной кожи (форма «удар саблей»). Со временем поверхность очага сглаживается, образуя западение, обусловленное атрофией кожи, мышц и костной ткани. Заболевание носит пограничный характер, больных курируют как терапевты, хирурги, окулисты, так и дерматологи.

Нами наблюдалась пациентка Н, 1945 г.р., в течение 28 лет страдающая линейной формой склеродермии. Заболевание возникло после черепно-мозговой травмы, полученной пациенткой во время аварии. С 2005 г. большая неоднократно получала лечение: лидаза, ксантинола никотинат, АТФ, пенициллин, эриус; наружно: фонофорез с лидазой, солкосерил с незначительным положительным эффектом. На фоне проведенных курсов терапии сохраняется очаг белесовато-желтого цвета с блеском и прогрессирующим уплотнением внутри. В филиал «Бирюлевский» пациентка обратилась в апреле 2016 г. В качестве наружного лечения нами было рекомендовано ежедневное применение 0,1% мази Такролимус в течение 3 месяцев. За этот период состояние кожного процесса значительно улучшилось в виде уменьшения плотности кожи и покраснения вокруг очага атрофии, у пациентки уменьшились субъективные ощущения стянутости кожи. Таким образом, применение 0,1% мази Такролимус в качестве монотерапии может быть рекомендовано пациентам с ограниченной формой склеродермии по типу «удар саблей».

К миксту сифилиса и генитального герпеса

Коган А.И., Кладова А.Ю.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Различные миксты сифилиса с такими урогенитальными инфекциями, как гонорея, трихомоноз, кандидоз в литературе озвучивались неоднократно, тогда как симбиоз с генитальным герпесом упоминается крайне редко. Между тем, именно герпетическая инфекция может заметно усугубить течение сифилиса, подрывая защитные силы организма, снижая его иммунитет. Герпетическая инфекция, сочетаясь с сифилисом способна видоизменить отдельные клинические особенности самого сифилиса, вызывать целый ряд осложнений в его развитии. С другой стороны, сифилис может нарушить латентную форму герпеса, вызвать обострение и появление герпетических рецидивов.

Под нашим наблюдением находился мужчина 38 лет, обратившийся в филиал с жалобами на периодические высыпания в области головки полового члена на протяжении последних 3 лет. Наружная терапия помогала только временно. При осмотре на теле головки полового члена имелся довольно обширный плоский рубец, величиной примерно с 1,5–2 см в диаметре, на поверхности которого четко выделялись точечные бурые корки в количестве 6–7. Паховые лимфоузлы не увеличены. Все это напоминало клиническую картину герпеса в стадии обратного

развития. Общий анализ крови, мочи в норме. В мазках изнутри без особенностей, гонококк и трихомонозы не обнаружены. Серология крови выявила сифилис: РМП +, РПГА+, РИФ-4+. ИФА положительно, КП 715. На туловище у больного была зафиксирована розеолезная сыпь. С диагнозом сифилис II был помещен на лечение в стационар, где по стандарту обследования больному сделана спино-мозговая пункция. При этом в ликворе: ИФА положительно. КП 715; белок – 10,62 г/л; цитоз – 31,0 x 10⁶/л. Никакой неврологической патологии не выявлено. Мы склонны расценивать данную воспалительную реакцию ликвора, как определенное осложнение раннего сифилиса. Микст с рецидивирующим прогенитальным герпесом особенно при его обострении может, несомненно, влиять на подобное развитие сифилитической инфекции. Поэтому в подобных случаях специфическое лечение сифилиса должно проводиться наряду с противогерпетической терапией. Мы полагаем, что при постановке диагноза сифилиса, если в анамнезе больного имеются указания на прогенитальный герпес, даже при отсутствии клинического в данный момент, ему в комплексе с основной терапией должна проводиться противогерпетическая профилактика. При этом в ряде случаев могут быть использованы иммунные противогерпетические препараты.

Герпетический блефарит в дерматологической практике

Коган А.И., Кладова А.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Излюбленная локализация герпетических высыпаний на лице – это губы и крылья носа. Однако нередко они локализуются и на веках, особенно по краям. Заболевание приобретает как бы пограничный характер, больных курируют как окулисты, так и дерматологи. К дерматологам обычно эти больные направляются для исследования ресниц и пораженных мест на наличие клеща демодекс. В этих случаях окулисты думают, прежде всего, о демодекозе, порой не считаясь с клиникой каждого случая. Мы наблюдали двух больных, которым, даже в отсутствие демодекса при исследовании ресниц, было назначено противоклещевое лечение и безрезультатно. Всего за 2016 год в наш филиал было направлено 664 пациента для исследования ресниц на демодекс, из них у 256 – был выявлен демодекс. Таким образом, эти больные находятся как бы между окулистом и дерматологом, что требует определенных знаний клинических особенностей поражения век при герпесе и его отличия от возможного довольно распространенного поражения век демодекозом. При последнем, в отличие от герпеса, клиника обычно довольно спокойная, вялая, отличается умеренная сухость краев век, наличие сухих корок, небольшой зуд. Процесс почти всегда двусторонний. Клиника герпетического блефарита обычно отличается остротой, наличием выраженных воспалительных явлений. При этом заметен отек век, краснота их краев, могут быть ощущения рези и зуда. Воспаление может распространяться и захватывать слизистую век (блефароконъюнктивит), а также кожу век и прилегающих участков. Поражение чаще всего одностороннее, порой захватывает лишь часть самого века. Герпетический блефарит может рецидивировать, протекать довольно длительно с периодическими обострениями. При этом основной рецидивирующий очаг герпетической инфекции может находиться на значительном расстоянии от блефарита.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных (мужчин – 7, женщин – 3) с герпетическим блефаритом. Рецидивы наблюдались у двух пациентов. Все больные получали противогерпетическое лечение (валацикловир по 500 мг 2 раза в день, в течение 10–15 дней). Местно больные применяли противовирусные мази (ацикловир). Отдельные больные использовали препараты для стимуляции естественного иммунитета. У ряда больных после исчезновения высыпаний какое-то время оставался остаточный периодический зуд, который требовал только мазевое лечение. Всем больным с рецидивами герпетических проявлений в прошлом рекомендовалось проведение ежемесячных профилактических курсов приема

валацикловира 3–5 дней в одни и те же числа, примерно 4–6 месяцев. У всех наших больных было отмечено излечение.

Острая дистрофия ногтей как осложнение вирусной пузырчатки

Коган А.И., Кладова А.Ю., Немировская И.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Обычно инфекция стоит на одном из первых мест, особенно у детей, среди причин, вызывающих различные трофоневротические состояния и нейровегетативные нарушения в тканях. В этом плане парвовирусная инфекция не является исключением. В последнее время целый ряд острых нейротрофических нарушений в организме связывают именно с развитием данного инфекционного процесса. Вирусная пузырчатка поражает в основном детей и подростков, у которых заболевание протекает особенно остро и сама клиника характеризуется обильными и острыми высыпаниями, пузыри при этом на дистальных отделах конечностей крупные, напряженные. Нарушения микроциркуляции и дистрофические изменения в тканях в этих случаях бывают самые разные и зависят от целого ряда факторов и глубины инфекционного воздействия. Обычно заметных следов данной инфекции не остается и через 7–10 дней все пузыри подсыхают. Однако, по-видимому, в отдельных случаях инфекционный процесс захватывает и более глубокие тканевые слои, что может вызвать определенные существенные осложнения. К таким осложнениям мы относим развитие острой дистрофии ногтей у больных вирусной пузырчаткой детей. На фоне выраженных вегетативных нарушений (бледность кожных покровов, брадикардия и др.) острая дистрофия ногтей кистей и стоп может развиваться достаточно быстро, обычно на пике кожных высыпаний. Ногти при этом изменяются, возникает их деформация, цвет приобретает серовато-грязный оттенок, может возникнуть поперечная линия в виде впадины и заметной холмистости. Неровности и шероховатости создают внешний вид ногтей. Количество пораженных ногтей может быть самым разным, симметричности поражения не отмечено. Под нашим наблюдением находилось трое детей (2 мальчика и 1 девочка) в возрасте 6–8 лет. Дистрофия ногтей у всех появилась на пике инфекции, когда пузырьные высыпания на кистях и стопах уже начали подсыхать. Все дети проконсультированы у невропатолога. Анализы крови и мочи у всех пациентов в норме. Восстановление ногтей у всех детей прошло в обычные сроки (5–6 месяцев). Всем детям с острой дистрофией ногтей мы назначали теплые ванночки для стоп и кистей перед сном с солью. Первые 2 месяца больные применяли кортикостероидные мази (метилпреднизолона ацепонат или мометазон), чередуя их с аппликацией масла зародышей пшеницы в область ногтевого ложа. Острое поражение ногтей стоп и кистей рук у детей на фоне вирусной пузырчатки следует рассматривать как осложнение данного инфекционного процесса, более глубокое воздействие инфекции на пораженные ткани. В течение полугода эти дети должны находиться на диспансерном наблюдении.

Определение корреляции интенсивности зуда с уровнем концентрации IL-31 у больных atopическим дерматитом

Константиновская Е.Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

В настоящее время показано заметное повышение концентрации Т-хелперов 2-го типа, продуцирующих IL-31 в коже пациентов с зудящими дерматозами. Согласно проведенным исследованиям, АД нередко обостряется после стрессовых воздействий и зачастую сопровождается отклонениями в психоэмоциональной сфере. Так, ассоциация АД и депрессивных расстройств установлена в исследованиях коморбидности обсуждаемого дерматоза и аффективной патологии.

Цель исследования. Определить влияние концентрации IL-31 и показателей психологического тестирования на выраженности кожного зуда больных АД.

Материалы и методы. Обследованы 28 больных АД (12 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 29 лет до 49 лет (средний возраст 35,16±2,24 лет) и 12 здоровых людей (2 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 23 лет до 56 лет (средний возраст 32,04±2,24 лет). Степень тяжести и распространенности АД оценивали с помощью индекса SCORAD, степень выраженности зуда – с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови обследуемых определяли концентрацию IL-31. Всем пациентам был оценен психологический статус на основании шкалы тревоги Цунга. По результатам данного исследования, больные с АД были разделены на две группы: в группу А вошли 12 пациентов с диагностированной тревогой, группу В составили 16 пациентов без отклонений результатов по шкале Цунга. Результаты. У больных АД обнаружено статистически значимое повышение содержания IL-31 (126,25±6,09 pg/ml) по сравнению с группой контроля (29,58±5,28 pg/ml). Уровни концентрации IL-31 у пациентов группы А и В – без достоверной разницы. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем концентрации IL-31 и показателем SCORAD. Оценка выраженности кожного зуда по данным визуально-аналоговой шкалы в группе А варьировала от 4 до 10 баллов (в среднем 7,84±0,34 балла), что выше чем в группе В – от 2 до 9 баллов (в среднем 5,74±0,53 балла). Корреляционной связи между уровнем концентрации IL-31 и выраженностью кожного зуда не обнаружено.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможном участии IL-31 в патогенезе АД. По результатам данного исследования зарегистрировано влияние психологического статуса на выраженность кожного зуда у пациентов с АД.

Изменение функциональных параметров кожи при мезотерапии полипептидами эпифиза

Королькова Т.Н., Гома С.Е.

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

Коррекция внешних признаков старения является наиболее актуальным современным направлением косметологии. Среди множества методов, используемых в эстетической медицине, интрадермальное введение препаратов много лет сохраняет позиции профилактической или поддерживающей терапии, сохраняющей привлекательный внешний вид кожи, предупреждающей появление новых морщин.

Перечень препаратов для мезотерапии является многочисленным и разнообразным. Наше внимание привлек препарат Пинеамин, содержащий низкомолекулярные полипептиды эпифиза и рекомендованный для лечения климактерического синдрома у женщин.

Целью настоящего исследования явилась оценка изменения влажности и эластичности кожи под воздействием мезотерапии препаратом на основе полипептидов эпифиза.

Под наблюдением находилось 18 женщин в возрасте от 39 до 59 лет. Препарат вводили в кожу передней и боковой поверхности шеи в технике «глубокий напаж», глубина введения препарата составляла около 1,5 мм. Курс состоял из 5 процедур, интервал между процедурами составлял 1 неделю. Изучали показатели корнеометрии (Cutometer MPA 580, Германия) и эластичности кожи (Courage&Khazaka, Германия) до и после курса процедур. Контрольная группа включала 30 женщин в возрасте от 31 до 59 лет, им вводили изотонический раствор NaCl аналогичным образом. При изучении влагосодержания рогового слоя кожи значимых изменений ни в основной, ни в контрольной группе не выявлено. Под воздействием полипептидов эпифиза увеличилась растяжимость (R0, p<0,001), снизился тонус (R4, p<0,05) и интегральный показатель упругости кожи (F1, p<0,05), но повысились вязко-упругие свойства дермы (R6, p<0,05). В контрольной группе под воздействием изотонического раствора NaCl снизились растяжимость (R0, p<0,001) и вязко-упругие

свойства кожи (R6, p<0,05) кожи, повысились тонус (R4, p<0,05), тургор (R6, p<0,05) и интегральный показатель упругости (F0, p<0,05) кожи. Полученные результаты свидетельствуют об инициации особых метаболических процессов в коже под воздействием полипептидов эпифиза, требующих дальнейшего изучения.

Опыт преодоления стероидрезистентности комбинированным фармакофизиотерапевтическим лечением гипертрофических форм красного плоского лишая (КПЛ), включающим в себя сочетание локального воздействия полихроматического света (ПС) и ингибитора кальциневрина

Левшин Р.Н., Жукова О.В.

Областной кожно-венерологический диспансер, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Липецк, Москва

Актуальность. Совершенствование терапевтической тактики у больных КПЛ по-прежнему представляет актуальную и зачастую трудноразрешимую задачу. Популяционная частота КПЛ по различным данным колеблется от 0,5–3,5%. Рост числа гипертрофических форм резистентных к традиционной фармакотерапии, сопровождающихся интенсивным зудом значительно снижают качество жизни таких пациентов, а длительное самолечение топическими стероидами приводит к многочисленным осложнениям.

Цель работы: изучить эффективность альтернативного метода терапии КПЛ, заключающегося в сочетанном применении полихроматического света (ПС) и ингибитора кальциневрина (ИК) у пациентов в анамнезе с длительным и неконтролируемым самолечением топическими стероидами на фоне интенсивного зуда, и как следствие с сформировавшейся резистентностью к наружной терапии различными гормональными мазями. Материалы и методы: Полихроматический некогерентный свет (Биоптрон) с диапазоном 480–3500 нм с низкой энергией излучения при плотности энергии 2,4 Дж/см² в минуту и удельной мощностью 40 мВт/см². Данный свет линейно поляризован и движется в одном направлении, при этом длина волны выше, чем при УФ-излучении, а энергия ниже лазерного луча, что обуславливает физиологичность воздействия и безопасность для человека. Проникая на 2–2,5 см в кожу, поляризованный свет стимулирует регенеративные процессы, улучшает микроциркуляцию, обладает местным иммуномодулирующим, противовоспалительным и противозудным эффектами.

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов (средний возраст 28,6±5,9 года, 12 женщин и 6 мужчин) с ограниченной гипертрофической формой КПЛ, сопровождающейся интенсивным зудом, некупируемым топическими стероидами средней силы. Продолжительность заболевания 2,7±0,8 года. Время воздействия – утро, на гипертрофический очаг – 6 мин, расстояние до очага 10–12 см (суммарное время одной процедуры не более 24 мин, на курс №10–20). ИК (элидел) наносился на очаги после смягчающих ванн на ночь (на курс 15–20 процедур). Все пациенты были разделены на две обследуемые группы, рандомизированные по возрасту, полу, течению заболевания, психоэмоциональным характеристикам, наличию сопутствующей патологии. Всем пациентам проводилась тщательное клинико-диагностическое обследование с расчетом дерматологических индексов и лабораторное исследование уровня гистамина. 1 группа (основная) 9 человек получала сочетанное фармакофизиотерапевтическое лечение: антигистаминный препарат (а/г), полихроматический свет (по выше указанной методике)+элидел на ночь. 2 группа (сравнения) 9 человек получали аналогичный а/г препарат, топические стероиды средней силы.

Результаты. Клинические наблюдения показали, что уже на 2–3 сутки в 1 группе выраженное уменьшение зуда, болезненности, чувства

кожный зуд, обильные эритематозные высыпания на коже туловища и конечностей, вновь повысилась температура тела до 38° С. С учетом антибактериальной терапии описанная симптоматика была расценена как токсико-аллергическая реакция, однако назначенная терапия оказалась безуспешной. По назначению дерматолога проведена биопсия кожи: диффузно-очаговая инфильтрация полиморфными гистиоцитами и атипичными ретикулярными клетками как глубоких слоев дермы, так и с распространением на эпидермис и периваскулярно. С учетом полученных данных проведено иммуногистохимическое исследование, при котором обнаружена положительная экспрессия CD 4 > CD 8. На основании клинической, морфологической и иммунофенотипической картины диагностирован грибвидный микоз. Принимая во внимание коморбидный статус пациента и отсутствие генерализованной лимфоаденопатии, принято решение воздержаться от специфической терапии и отменить назначенные ранее антигистаминные препараты и преднизолон. В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение нефролога и дерматолога на амбулаторном этапе. Представленный случай является примером продуктивного междисциплинарного взаимодействия дерматолога с врачами других специальностей в условиях многопрофильного стационара.

Использование метода скотч-проб для диагностики микозов стоп

Малярчук А.П.

Московский государственный институт пищевых производств, Институт медико-социальных технологий, Лечебно-диагностический центр ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка МО РФ», Москва

Для диагностики микозов кожи в настоящее время используют как традиционные (бактериоскопические и бактериологические), так и современные методы исследования: полимеразную цепную реакцию (Екимов А.Н. и др., Липницкий А.В. и др.), кристаллографический (Баженов Л.Г. и др.), иммунобиосенсорный (Халдеева Е.В. и др.), хемилюминесцентный (Новицкая И.В. и др.) методы, газовую хроматографию (Курчавов В.А.) и др. Реформирование отечественного здравоохранения, ликвидация специальности «медицинская микология», централизация и удаленность лабораторий, коммерциализация медицинских услуг создали определенные трудности для врачей. Лечение и контроль его эффективности у большинства больных микозами стоп (МС) в амбулаторных условиях осуществляется только клиническими методами. В связи с этим поиск новых, адаптированных к амбулаторным условиям методов диагностики МС, является актуальной задачей.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности метода скотч-проб для диагностики МС.

Материалы и методы исследования. Клинической базой для выполнения исследования был ЛДЦ ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ. Обследовано 26 больных МС. Мужчин – 12 (46,2%), женщин – 14 (53,8%). Возраст больных составлял от 15 до 76 лет, в среднем 45,5. Давность заболевания колебалась от 1 мес. до 19 лет. Преобладали больные с интертригиозной формой МС (19 или 73,1%). Реже регистрировались пациенты со сквамозно-гиперкератотической формой заболевания МС (5 или 19,3%) и еще реже – с дисгидротической (2 или 7,6%). Описание метода скотч-проб. Для забора материала с гладкой кожи стоп использовали прозрачный скотч размером с предметное стекло. Его маркировали сбоку бумажной биркой. Скотч многократно с усилием прикладывается к очагу поражения до потери липкости (8–10 раз). Перед забором материала пациенту не рекомендовали использовать наружно крем/мазь, что затрудняло прилипание чешуек эпидермиса. Если больной уже использовал эти средства, их смывали моющими средствами и высушивали кожу бумажной салфеткой. Кусочки ногтя, обрывки пузырей приклеивали к скотчу. Препарат помещали в полиэтиленовый пакет или прозрачные канцелярские файлы, которые герметизировали скотчем и отправляли в лабораторию. В лаборатории скотч помещали на предметное стекло в 10–30% раствором щелочи с глицерином липкой стороной книзу. Скотч

заменял покровное стекло. Препарат, приготовленный из чешуек кожи, микроскопировали через 20–30 мин. Кусочки ногтя, обрывки пузырей находились в щелочи в течение нескольких часов. За счет малой толщины скотча (40–50 мкм) нередко проводили иммерсионную микроскопию. При микроскопии обнаруживали эпителиальные клетки, истинный септированный мицелий, споры дерматофитов, псевдомонелий и почкующиеся клетки дрожжеподобных грибов. Приготовленный препарат мог храниться несколько часов и даже суток. Использование цифровой фото- и видеотехники (смартфоны, фотоаппараты) позволяло фиксировать результаты исследования через окуляр микроскопа. Результаты собственных исследований. При однократном использовании метода скотч-проб положительный результат зарегистрирован у 18 (69,2%) больных, при повторном – еще у 5 (19,2%). Этиологически диагноз подтвержден в 23 (88,4%) случаев. Эффективность диагностики возростала с увеличением числа исследований. Поэтому, при возможности, материал забирали из нескольких очагов поражения (1–5). Наиболее эффективным методом был у больных со сквамозно-гиперкератотической формой МС. Вывод. Доказана высокая эффективность, простота, экономичность и преимущества метода скотч-проб при диагностике МС. Отсутствует необходимость скоблить очаг поражения. Это предотвращает рассыпание материала. Возможно послойное исследование за счет забора нескольких скотч-проб с одного места. Простота транспортировки материала и даже его пересылка почтой (упаковка герметична). Возможность забора и транспортировки материала самим пациентом. Высокая эффективность микроскопии за счет получения тонкого слоя материала и возможности иммерсионной микроскопии. Эффективность метода повышается при неоднократном использовании.

Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны

Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П.А. Герцена», Москва

Абстракт. В последние годы отмечается значительный прирост заболеваемости различными видами рака кожи. Среди всех злокачественных новообразований рак кожи занимает 3-е место у мужчин и 2-е у женщин. Наиболее часто рак кожи поражает открытые участки тела, наиболее подверженные солнечному излучению (до 90% локализуется в лицевой зоне). Однако несмотря на относительно удобную для осмотра локализацию, многие больные впервые обращаются к врачам на поздних стадиях, вследствие чего в блок удаляемых тканей приходится включать достаточно обширные участки. Подобные хирургическое вмешательства ведут эстетическим и функциональным дефектам. Применяются различные виды пластики – местными тканями, перемещенными кожно-жировыми лоскутами (по Лимбергу, носогубный лоскут, Z-образный, П-образный, парамедиальный, скользящий лоскут), пластика местными тканями с использованием экспандеров, перемещенные кожно-мышечные лоскуты на сосудистой ножке, микрохирургическая пластика, в зависимости от полученного дефекта. Цель. Изучить варианты пластического материала для восстановления дефектов лицевой зоны вследствие оперативных вмешательств по поводу рака кожи. Обеспечить наилучший эстетический и функциональный результат.

Материалы и методы. В отделение микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена используются все виды пластического материала для восстановления косметических и функциональных дефектов кожных покровов. За последние 5 лет выполнено более 100 хирургических вмешательств с одномоментной пластикой дефекта. Наиболее часто использовались перемещенные кожно-жировые лоскуты (по Лимбергу, носогубный лоскут, Z-образный, П-образный, парамедиальный, скользящий лоскут). Для замещения больших дефектов лицевой зоны использовалась методика экспандерной дермотензии. При обширных дефектах, недостатке

местного пластического материала, ранее проведенной лучевой терапии использовалась микрохирургическая пластика. Всем пациентам проводилось анкетирование социальной адаптации до и после операции по системе EORTC. Большинство пациентов отметило улучшения качества жизни после проведенной пластики.

Выводы. При пластике дефектов лицевой зоны необходим индивидуальный подход при выборе пластического материала в зависимости от объема пораженных тканей и характеристик окружающих тканей. При локализованном опухолевом процессе кожи лицевой зоны практически любой локализации приоритет отдается пластике местными тканями, т.к. достигается наиболее удовлетворительный косметический эффект ввиду схожих свойств кожных покровов (цвет, толщина, эластичность). При недостатке местных тканей используется микрохирургическая пластика перемещенными свободными лоскутами.

Опыт применения инновационных форм наружных лекарственных средств в профилактике хронических аллергодерматозов у рабочих металлургического производства

Моисеева И.В., Дорохина О.В., Яцына И.В.

Мытищинский кожно-венерологический диспансер, Мытищи

Безопасным и применимым для длительного использования в качестве поддерживающего местного средства терапии в периоде стихания острого процесса можно считать эмоленты, обеспечивающие свободный транспорт активных веществ в межклеточное пространство и внутрь клетки без разрушения клеточных мембран и внеклеточных структур, не нарушающие структуру липидного барьера и восстанавливающие эпидермальный барьер. Увлажняющие и смягчающие лечебные дерматологические средства являются важным компонентом в реабилитации пациентов с зудящими дерматозами.

Цель настоящего исследования состоит в оценке клинической эффективности применения эмолентов (крем *скин-актив*: содержит в своем составе карбамид, витамин А, Е, РР, керамиды, холестерол, Д-пантенол, физиологические липиды) у рабочих, контактирующих с пылью алюминиевых сплавов, серебра, кадмия, никеля, кобальта; окисью углерода, сернистым ангидридом, солями фтористоводородной кислоты, двуокисью кремния, аэрозолями селена, парами соляной кислоты. Материалы и методы. Изучение клинической эффективности крема *скин-актив* провели у 48 больных хроническими аллергодерматозами (рабочие металлургических цехов различных специальностей). Возраст пациентов варьировал от 36 до 67 лет: 11 (22,9%) женщины (средний возраст 43+4,72 года) и 37 (77,1%) мужчин (средний возраст 47+5,18 года), стаж работы составил 23,1+0,8 лет. Из сопутствующих заболеваний у 14 диагностировали заболевания пищеварительного тракта в стадии ремиссии (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецисто-панкреатит), у 8 – очаги хронической инфекции ЛОР-органов, у 3 – хронические обструктивные заболевания легких. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование: клинический, биохимический (АСАТ, АЛАТ, билирубин, холестерин, триглицериды, ГГТП в сыворотке крови) анализы крови, общий анализ мочи. У пациентов с экземой кожный процесс локализовался на тыльной и ладонной поверхности кистей (n=16), на ладонной поверхности кистей (n=21), на сгибательных поверхностях рук (n=11). В соответствии с существующими стандартами лечения всем больным в периоде ремиссии проводилась проактивная терапия 0,1% мометазона фууроатом 1 раз в день 2 раза в неделю в комбинации с препаратом *скин-актив* 2 раз в день ежедневно в течение 32 недель, в дальнейшем препарат *скин-актив* применялся в течение 10 недель в качестве монотерапии. Эффективность терапии оценивали по динамике дерматологических индексов. Для оценки тяжести экземы использовали индекс EASI, контактного аллергического дерматита – VAS (визуально-аналоговая шкала). Результаты и обсуждение. В процессе лечения была отмечена положительная динамика величин дерматологических индексов. Во время проведения про-

активной терапии по истечении 32 недель наблюдения у больных экземами индекс EASI составил 1,2+0,6, VAS 0,5+0,2, а у больных аллергическими дерматитами индекс VAS составил 0 отметку. В периоде применения эмолента в качестве монотерапии в течение последующих 10 недель наблюдения индекс EASI составил 0,4+0,9, VAS остался на аналогичной 0 отметке. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата *скин-актив*. Данных о побочных эффектах не выявлено, изменений в биохимических и клинических анализах крови и мочи пациентов отмечено не было.

Выводы. На основании полученных результатов для восстановления липидной мантии и барьерной функции кожи можно рекомендовать в лечебной практике применение наружных препаратов нового поколения, содержащих керамиды, липиды, мочевины, незаменимые жирные кислоты и витамины. Благодаря своему составу эмоленты восстанавливают состав и структуру кожного барьера; стимулируют синтез коллагена и эластина, укрепляют структуру кожи; обладают комплексным механизмом увлажнения кожи; снижают потребность в топических стероидах, что особенно важно в терапии длительно протекающих хронических дерматозов. Эмоленты также являются важным компонентом в реабилитации пациентов с зудящими дерматозами в условиях металлургического производства.

Принципы диагностики генодерматозов.

Мордовцева В.В.

Институт медико-социальных технологий ФБГОУ ВПО МГУПП, Москва

Генодерматозы представлены большой и неоднородной группой наследственных заболеваний кожи с широким спектром проявлений: от слабо выраженных нарушений кератинизации (обычный ихтиоз) до системных процессов преждевременного старения (прогерия, синдром Вернера) и метаболических нарушений, не совместимых с жизнью (синдром Менкеса). Для многих из этих заболеваний на сегодняшний день известен дефект (мутация гена), лежащий в основе клинических проявлений. Однако для значительного числа генодерматозов первичный дефект до сих пор не известен. Поэтому продолжающиеся исследования в этом направлении во многих странах мира чрезвычайно актуальны. Затрудняет исследования наличие не только моногенных, но и полигенных наследственных заболеваний, а также генетически гетерогенных состояний при сходной клинической симптоматике. Большинство генодерматозов являются редкими заболеваниями, но именно этот факт является одной из причин несвоевременной диагностики из-за малой осведомленности практикующих врачей. Поэтому очень важно знать о современных возможностях диагностики наследственных болезней кожи. К методам исследования в клинической генетике и генетике в дерматологии относят следующие: клинико-генеалогический, цитогенетический, молекулярно-генетический (разнообразные ДНК-технологии), антенатальная диагностика. По показаниям прибегают также к биохимическому, иммуногенетическому, гистологическому/иммуногистохимическому методам. Каждый из этих методов имеет свои возможности и ограничения, поэтому подход к каждому больному должен быть сугубо индивидуализированным и отвечать конкретной клинической ситуации.

Случай шиповидного фолликулярного дерматоза CROCKER-ADAMSON на детском приеме

Овчинникова С.П., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф.

Филиал «Коломенский» подразделения «Консультативно-диагностический Центр детской дерматологии и косметологии» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Шиповидный фолликулярный кератоз (ШФК) в педиатрической дерматологии – явление редкое. Полагают, что этот дерматоз встречается

в детском возрасте чаще у мальчиков, в среднем 1 случай на 200 больных дерматологического профиля (Friedmans 1990). С недостаточным знакомством дерматологов с этим дерматозом связаны определенные диагностические трудности и неадекватное лечение.

18 января 2016 г. среди пациентов, посетивших «Консультативно-диагностический Центр детской дерматологии и косметологии» (КДЦ) филиала «Коломенский», были 2 мальчика с этим редким заболеванием. Один из них, больной Ш. 13 лет был направлен в КДЦ с диагнозом Атопический дерматит. Заболевание, существовавшее 2 года, проявлялось высыпаниями на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей.

Status localis при обращении в виде округлых, четко очерченных очагов, диаметром в среднем 3 см: на фоне слабой эритемы много шелушащихся фолликулярных папул без субъективных ощущений. Появление первых высыпаний мама связывает с проведением биологической пробы препаратом диаскинтест (для алергодиагностики туберкулеза). Рассматривался дерматоз как псориаз, и его лечение у дерматолога мазью 0,03% такролимус (протопик) в течение 10 дней, а также крахмальными ваннами было неэффективным.

У другого больного К. 6 лет с направительным диагнозом Атопический дерматит, высыпания напоминали очаги первого пациента. Заболевание у него было обусловлено психо-эмоциональным стрессом – разводом родителей. Лечение таблетками клемастином (тавегил) и 5% дексапантенолом кремом (бепантен) было неэффективным.

Через неделю после названных двух случаев на прием пришел третий пациент с аналогичной клинической картиной. Этот больной Р. 10 лет был направлен на консультацию с предположительным диагнозом Acanthosis nigricans. Сыпь располагалась на коже сгибательной поверхности правого локтевого сустава, в области спины и аксилярных складок и в некоторых других местах. Причина возникновения дерматоза не установлена. Возможно, она связана с отдыхом на море и длительным пребыванием на солнце.

Проводившееся нами лечение (капсулы витамина А и Е (аевит), мазь эргокальциферол, ретинол, токоферол (радевит), 2% салициловая мазь, 2% нафталановая паста, субэритемные дозы УФО) оказало выраженный терапевтический эффект, выразившийся значительным увеличением длительности ремиссии.

Заключение. Наблюдавшиеся нами случаи шиповидного фолликулярного кератоза Crocker-Adamson представляет собой определенный клинический интерес. Относительно редкая встречаемость дерматоза определяет некоторые диагностические трудности и проведение неадекватного лечения.

Особенности течения экземы у пожилых пациентов с пониженным уровнем витамина D в сыворотке крови

Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Витамин D (кальцидол, 25(OH)D) относится к группе жирорастворимых витаминов и естественным образом он присутствует лишь в очень ограниченном количестве продуктов питания, а синтез в организме человека возможен только в определенных условиях, когда ультрафиолетовые (УФ) лучи солнечного света попадают на кожу. Экспрессия большого количества генов, кодирующих белки, участвующие в пролиферации, дифференцировке и апоптозе, регулируется витамином D. В настоящее время недостаточность, а в большей степени дефицит 25(OH)D представляют собой пандемию, затрагивающую преобладающую часть общей популяции, особенно у пожилых людей, обуславливая формирование возраст-ассоциированных заболеваний.

Целью настоящего исследования являлось определение клинических особенностей течения экземы у пациентов старшей возрастной группы на фоне недостаточности и дефицита витамина D.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента (23 мужчины и 41 женщина) в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст 70,19±3,58 лет). Клиническое течение экземы оценивали на основании регистрации дерматологического индекса EASI, а также анализа продолжительности ремиссии и количества рецидивов в год. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови оценивали при помощи иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. При проведении лабораторного исследования было установлено, что средние значения уровня витамина составили 33,16±2,13 нг/мл, что характеризовало тенденцию к снижению данного показателя. У 13/20,31% обследованных была выявлена недостаточность содержания 25(OH)D в сыворотке крови (средние значения 24,19±1,04 нг/мл) и у 29/45,31% (средние значения 14,27±1,02 нг/мл) – дефицит. Только у 22 пациентов были адекватные значения витамина D (61,02±4,33 нг/мл). Анализ особенностей клинического течения позволил установить обратную сильную корреляционную зависимость тяжести и распространенности экземы от уровня витамина D ($r = -0,71$, $p \leq 0,05$). Средние значения индекса EASI при дефиците 25(OH)D составили 21,17±2,17 баллов, при недостаточности – 12,95±1,25 баллов, при адекватных значениях – 6,27±0,24 баллов. При снижении уровня кальция у пожилых пациентов с экземой достоверно реже отмечалось благоприятное течение заболевания, что проявлялось преобладанием больных с возникновением более 5 рецидивов заболевания в год и с отсутствием периодов ремиссии.

Вывод. Установлено, что недостаточность и дефицит витамина D у пациентов старшего и пожилого возраста способствует более тяжелому течению экземы, что в значительной степени определяет патогенетическое значение данного витамина в развитии дерматоза.

Гормонально-метаболические нарушения у пациентов с воспалительными заболеваниями кожи старшего и пожилого возраста

Перламутров Ю.Н. Ольховская К.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Старение кожи и ее патологические возрастные изменения связаны с инволюцией всего организма в целом. В многочисленных исследованиях было показано, что кожные болезни чаще встречаются у людей в возрасте старше 60 лет, чем у остального населения, а у 40% пациентов между 65 и 74 годами жизни имеется достаточно серьезное заболевание кожи, чтобы обратиться за помощью к врачу.

Целью настоящего исследования являлось определение состояния гормонально-метаболического статуса у больных воспалительными дерматозами старшего и пожилого возраста.

Материал и методы. Было обследовано 98 пациентов с диагнозом псориаз (21/21,43%), экзема (64/65,30%) и красный плоский лишай (13/13,27%) в возрасте от 65 до 89 лет (средний возраст 71,57±3,57 лет). В группу сравнения вошли 30 человек соответствующего возраста (72,04±2,49 лет) без заболеваний кожи. В рамках исследования проводилось измерение массы тела и роста, биохимический анализ с определением глюкозы и липидного спектра сыворотки крови (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, индекс атерогенности), концентрации инсулина в плазме, определяли индекс инсулинорезистентности HOMA-IR. Состояние мелатонинобразующей функции эпифиза (МФЭ) оценивали по уровню ночной экскреции с мочой 6-гидроксимелатонина сульфата (6-ГМС).

Результаты исследования. Анализ результатов обследования позволил констатировать высокую частоту метаболических отклонений у пациентов с воспалительными дерматозами в возрасте старше 65 лет. Так, в основной группе пациентов метаболический синдром был диагностирован у 74/75,51%, абдоминальное ожирение – у 48/79,59%, изолированная гипергликемия натощак – 29/29,60%, инсулинорезистентность тканей – 21/21,43%, дислипидемия – у 86/87,76% больных. В группе сравнения гормонально-метаболические расстройства регистрировались достоверно

у меньшего количества пациентов (метаболический синдром – 6/20,00%, абдоминальное ожирение – 4/13,33%, изолированная гликемия натощак – 1/3,33%, инсулинорезистентность тканей – 3/10,00%, дислипидемия – 15/50,00%). Сравнительный анализ уровня ночной экскреции 6-ГМС показал наличие достоверных различий между группами. В группе больных средние значения, характеризующие МФЭ, составили 5,63±0,34мкг, а в группе сравнения – 11,84±0,91 мкг (p≤0,05). Важно отметить, что статистическая обработка результатов исследования выявила сильную обратную корреляционную зависимость между уровнем секреции 6-ГМС и выраженностью отклонений в углеводном и липидном обмене (r=0,86, p≤0,05). Вывод. У пациентов старшего и пожилого возраста с воспалительными заболеваниями кожи достоверно чаще определяется снижение мелатонинобразующей функции эпифиза, обуславливающей возникновение гормонально-метаболических отклонений, что является не только триггером возникновения дерматозов, но и фактором, определяющим хроническое резистентное к терапии течение заболеваний.

Особенности амбулаторного дерматологического приема пациентов в возрастной группе старше 60 лет

Петрова С.Ю., Солнцев В.В., Метлинова Е.В., Подарь И.И., Скворцова О.А., Игнатьева К.В.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

При опросе, диагностике и лечении пациентов пожилого, старческого возрастов и долгожителей врач-дерматовенеролог сталкивается с множеством дополнительных профессиональных трудностей. В период герантомологии ослабляются процессы возбуждения и торможения, происходящие в нервной системе, подвижность нервных процессов, удлиняются латентные периоды нервных реакций. Инволюционные процессы идут на уровне не только первой, но и второй сигнальной системы. С возрастом усиливается асимметрия различных психологических функций: страдает механическое запоминание, ослабевает образная память, часто преобладают тревожные и навязчивые состояния, снижается острота интеллекта. Социальная адаптация таких больных, как правило, тоже снижена. В связи с отрицательными сдвигами, происходящими в сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других системах в процессе инволюции организма, возрастает доля сопутствующих хронических заболеваний. Все это приводит к развитию у таких пациентов более тяжелых и прогностически неблагоприятных форм дерматологических заболеваний и требует от врача более внимательного и терпеливого отношения к лицам старше 60 лет. Диагностические мероприятия и лечение таких пациентов сопровождается множеством как профессиональных, так и психологических трудностей. Всего на амбулаторном приеме за 2015 год было принято 45 550 пациентов, из них в возрасте старше 60 лет – 10 545, что составило – 23,2%. Задачи – практическое исследование подсчета времени, затрачиваемого на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом старше трудоспособного возраста врача на дерматологическом приеме. В цели входило получить данные максимально приближенные к реальным условиям современного повседневного амбулаторного приема лиц старше 60 лет. Врачи были поставлены в жесткие условия необходимости принять не только данных пациентов, но и уложиться во временные рамки, выделенные на обследование и лечение всех записанных в дни хронометража дерматовенерологических больных различных возрастных групп. При условии записи – 1 пациент каждые 15 минут. Подсчитывалось общее время затраченное врачом, на сбор жалоб и анамнеза, визуальное исследование, пальпацию, определение дермографизма, оформление медицинской документации, назначение необходимых исследований, при завершеном случае – лечебных и профилактических рекомендаций. Исследование проводили четыре врача. Среднее полученное время составляет – 20±7 минут, при n = 100, где n – количество пациентов старше 60 лет. Уже давно назрела

необходимость и началась разработка отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога в том числе и с применением хронометражных и фотохронометражных наблюдений. Существующий на данный момент приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача терапевта-участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» от 2 июня 2015 года №290н касается только перечисленных специализаций. Между тем, работа врача-дерматовенеролога имеет свою специфику как в проведении диагностических, так и лечебных мероприятий. Проведенный хронометраж несомненно свидетельствует о высокой напряженности и трудоемкости работы врача-дерматолога с пациентами старше шестидесяти лет.

Значимость неопределенных результатов исследования антител к вирусу гепатита С для клинической практики

Потапова А.А., Туполева Т. А., Овчинникова Е.Н., Шульгина М.М., Ермолаева М.И., Ефремова Е.В., Сяч Н.И.
ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, ФГБУ ГНЦ МЗ РФ, Москва

Целью являлось установление диагностической значимости неопределенных результатов исследования антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) для повышения качества клинико-лабораторной диагностики инфекции.

Материалы и методы. Исследованы пробы сыворотки крови пациентов лечебно-профилактических учреждений г. Москвы. Определение количества противоречивых результатов исследования анти-ВГС в различных группах пациентов проведено более чем в 5000 образцов с помощью иммуноферментных тест-системы планшетного формата (ИФТС) нескольких производителей, хемииммунного анализа на микрочастицах (ХИАМ), иммуноблотов, линейного иммунного анализа (ЛИА), иммуночипов (ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора). Разработка алгоритма обследования пациентов проведена на основании более чем 1000 исследований проб 117 пациентов с низкими положительными результатами в ИФТС (вычисляли коэффициент позитивности пробы КП) и в ЛИА. Наличие РНК исследовано с использованием ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени при чувствительности 50 МЕ/мл. Концентрацию α-фетопротейна (АФП) в иммуноферментном анализе определяли в 65 пробах сыворотки крови мужчин в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст 33,6 ± 12,9 года), в 56 образцах сыворотки крови женщин в первом триместре беременности (8–10 недель), в 88 образцах сыворотки крови пациентов старше 60 лет (средний возраст 74,0 ± 6,5 лет).

Полученные результаты. В подтверждающих ИФТС «РекомбиБест анти-ВГС-подтверждающий тест» и «ДС-ИФА-АНТИ-НСV-СПЕКТР-GM» с отдельным выявлением антител к Core-антигену (анти-Core) и к комплексу NS-антигенов (анти-NS) сопоставлены результаты подтверждения наличия анти-ВГС в пробах, положительных в первичном скрининге. При сравнении частоты отрицательных результатов в ЛИА различий в специфичности подтверждающих диагностических систем планшетного формата не выявлено. Принцип дополнительного исследования в ИФТС разных производителей был использован при разработке алгоритма дополнительного тестирования проб с низкими положительными результатами, с выделением критериев для выбора в дополнительное исследование проб с КП анти-Core < 2 КП анти-NS < 3. Был предложен также упрощенный алгоритм тестирования низкопозитивных проб, в котором в качестве референсных включены ИФТС с отдельным определением антител к анти-Core, анти-NS3, анти-NS4 и анти-NS5, содержащие критерии неопределенного результата. Использование метода ПЦР (с чувствительностью 50 МЕ/мл) для верификации наличия ВГС-инфекции у пациентов с проблемами выявления антител оказалось эффективным при исследовании образцов с неопределенными результатами тестирования анти-ВГС в ИФА, об-

условленными выявлением антител только к NS3 антигену ВГС с КП>3. При использовании ПЦР для исследования проб с неопределенными результатами исследования анти-ВГС в ИФТС и в ЛИА, но позитивными в иммуночипах по наличию специфических иммуноглобулинов класса М, в некоторых образцах наблюдалась типичная картина кривой накопления продуктов реакции ПЦР, не выходящая, однако, на критический уровень. Не исключено, что при совершенствовании методов выделения РНК ВГС наличие генетического материала вируса будет подтверждаться в большем количестве проб с неопределенными результатами исследования анти-ВГС в ИФА и в ИБ. При исследовании концентрации АФП обнаружено, что при наличии анти-ВГС она увеличена у мужчин моложе 60 лет (в 2,9 раза) и женщин в первом триместре беременности (в 2,6 раза) с антителами к ВГС. При неопределенных результатах исследования анти-ВГС концентрация АФП в данных группах увеличена соответственно в 1,7 и 1,95 раза. Увеличение концентрации АФП характерно для проб с антителами к Core или к NS3, но не к NS4 антигенам ВГС.

Выводы. При неопределенных результатах исследования анти-ВГС, обусловленных выявлением только антител к Core или к комплексу NS антигенов ВГС, для предупреждения сообщения ложнопозитивного результата пробы с КП анти-Core менее 2 или с КП анти-NS менее 3 необходимо исследовать в ИФТС другого производителя и/или в ИФТС «спектр». РНК ВГС при чувствительности метода ПЦР 50 МЕ/мл выявляется в пробах сыворотки крови пациентов с неопределенными результатами исследования анти-ВГС вследствие обнаружения только анти-NS3 с КП более 3. Повышение концентрации АФП у пациентов моложе 60 лет наблюдается не только в случае положительного, но и неопределенного результата исследования анти-ВГС.

Фототехнологии в комбинированной терапии актинического кератоза

Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е., Варданян К.Л.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Европейский медицинский центр, Москва

Актинический кератоз (АК) является предраковым заболеванием кожи с наиболее частой локализацией очагов на открытых участках кожного покрова. АК развивается в результате повреждающего действия ультрафиолетового облучения на кератиноциты. Для очагов АК характерна потенциальная вероятность трансформации в плоскоклеточный рак кожи с последующим местно-деструктивным ростом и метастазированием. Для фотодинамической терапии (ФДТ) характерно селективное поражение патологически измененных клеток в ходе фотохимических реакций с образованием токсичных форм кислорода. В дерматологии предпочтительно использование топических фотосенсибилизаторов (ФС), в частности, метиламинолевулиновая кислота (МАЛК), для которой характерна большая липофильность по сравнению с другими топическими ФС, за счет чего наблюдается более глубокое проникновение в кожу. Для активации МАЛК рекомендовано использование IPL-лазера с длиной волны, соответствующей максимальному уровню ее поглощения.

Под нашим наблюдением находились 40 пациентов: 29 мужчин (72,5%) и 11 женщин (27,5%) в возрасте от 52 до 78 лет, с гистологически подтвержденным диагнозом «актинический кератоз». У 25 пациентов (62,5%) наблюдалась эритематозная форма АК, у 10 пациентов (25,0%) – гипертрофическая форма АК, у 5 пациентов (12,5%) были диагностированы другие формы заболевания. Всем пациентам была однократно проведена процедура IPL-ФДТ с МАЛК с предварительным хирургическим иссечением очагов АК. Экспозиция МАЛК под окклюзионной повязкой составила 3 часа. В качестве источника света использовался импульсный источник света IPL-лазер с длиной волны 630 нм, доза световой нагрузки – 37 Дж/см². Время экспозиции света 8 минут. Через 3 месяца после проведенного лечения у всех 40 пациентов (100%) отмечался полный регресс очагов АК. Таким образом, IPL-фотодинамическая терапия с метиламинолевулиновой кислотой

и предварительным хирургическим иссечением может быть успешно использована при лечении пациентов с различными формами актинического кератоза.

Линейная форма склеродермии на коже полового члена у мужчин

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МНПЦДК ДЗМ, ЦТП ФХФ РАН.

Склеродермия является хроническим заболеванием соединительной ткани, характеризующейся поражением мелких и крупных сосудов, воспалением, аутоиммунной и тканевой реконструкцией, что часто приводит к рубцеванию и фиброзу в сосудах и внутренних органах. Несмотря на то, что данный дерматоз известен давно, его этиология остается не до конца изученной. Ключевую роль в развитии дерматоза играют некоторые инфекционные агенты, химические вещества и лекарственные препараты, сопутствующие заболевания (онкологические), генетические и сосудистые факторы.

В настоящее время выделяют две формы заболевания: ограниченную и системную формы склеродермии, при этом ограниченная склеродермия подразделяется на бляшечную и линейную формы, а также выделяется склероатрофический лишай. К линейной форме склеродермии относится полосовидная и саблевидная форма. Клиническая картина полосовидной формы склеродермии представлена очагом склероза в виде ленты или полосы, которая располагается по ходу нервно – сосудистого пучка. Высыпания чаще всего локализуются на коже конечностей или полового члена у мужчин, где они имеют кольцевидную форму. На коже полового члена появляется очаг гиперемии кольцевидной формы, который затем уплотняется, а позднее, с течением времени, развивается атрофия. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Кожа в области очага приобретает белесоватый оттенок, истончается и приводит к сужению в области ствола полового члена или крайней плоти. При локализации очага в области крайней плоти сужение может привести к затруднению обнажения головки полового члена, надрывам кожи в области крайней плоти, а даже развитие парафимоза. Развитие полосовидной формы склеродермии в области полового члена может привести к необходимости циркумцизии.

За период с января по июнь 2016 года в филиал Варшавский обратились 69 пациентов, страдающих склеродермией (50 женщин и 19 мужчин). Из 19 мужчин у 9 отмечалась полосовидная форма склеродермии в области полового члена. Субъективные ощущения отсутствовали. Пациенты были в возрасте от 31 до 58 лет с длительностью заболевания от 4 месяцев до полутора лет. Объективно на коже полового члена отмечались очаги кольцевидной формы розовато – сиреневого цвета с индукцией или очаги атрофии белесого цвета. При осмотре отмечалось затруднение обнажения головки полового члена, у 4 больных присутствовали надрывы кожи в области крайней плоти. При поступлении мы назначали больным препараты пенициллинового ряда, а затем назначали преднизилон в дозировке 30 мг/сутки с постепенной отменой препарата в течение 1,5–2-х месяцев. Необходимо отметить, что на фоне проводимой терапии у всех 9 больных отмечалось улучшение, и отпала необходимость в проведении циркумцизии.

Выявление сифилиса среди иностранных граждан и лиц без гражданства в городе Москве

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В.
Московский городской научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. В последние годы, в связи с нестабильностью экономического положения в ряде стран постсоветского пространства (преимущественно из Средней Азии) наблюдается рост числа иностранных граждан, направляющихся в город Москву в поисках работы.

Необходимым условием их пребывания в Москве, получения разрешения на временное проживание, вида на жительство или разрешения на работу в Российской Федерации является обследование на сифилис. Цель исследования: анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости сифилисом среди иностранных граждан и лиц без гражданства в городе Москве.

Материалы и методы. В течение 2013–2015 гг. в городе Москве проводилось обследование на сифилис иностранных граждан и лиц без гражданства. Медицинское обследование проводилось на базе 22 филиалов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», 40 негосударственных медицинских организаций и 2 медицинских учреждений Федерального подчинения в соответствии с приказом ДЗМ № 35 от 17.01.2013 «Об организации проведения медицинского обследования иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство или разрешения на работу в Российской Федерации».

Результаты и обсуждение. Число иностранных граждан и лиц без гражданства, обследованных на сифилис в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», в 2013 г. составило 37 926 человек, в 2014 г. – 34 400 человек, в 2015 г. – 156 046 человек. По результатам обследования среди иностранных граждан в 2013 году было выявлено 57 случаев сифилиса, в 2014 году – 80, в 2015 году – 468. Число случаев сифилиса, выявленных среди данной категории лиц в 2015 году, составило 0,3% от общего числа обследованных иностранных граждан и было на 0,23% больше, чем в 2014 году, и на 50% больше, чем в 2013 году. По данным, представленным в отдел медицинской статистики ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», в негосударственные медицинские организации в 2014 году обратились для проведения медицинского освидетельствования 55 910 иностранных граждан и в 2015 году – 496 401. Среди иностранных граждан в 2015 году было выявлено 396 случаев сифилиса (в 2014 году – 73), что составило 0,079% от общего числа всех обследованных иностранных граждан. По данным ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», доля иностранных граждан среди больных сифилисом, выявленных в городе Москве, составила: в 2013 году – 2,3%, в 2014 году – 4,24%, в 2015 году – 17,4%. При этом общая заболеваемость сифилисом в городе Москве в перечисленные годы наблюдения составила: в 2013 году – 20,4 случая на 100 000 населения, в 2014 году – 16,7 и в 2015 году – 21,9.

Выводы. Обследование иностранных граждан и лиц без гражданства является важной составляющей эпидемиологического надзора над распространением сифилиса в городе Москве. Необходимость такого обследования подтверждается значительным увеличением доли иностранных граждан и лиц без гражданства среди больных сифилисом (рост в 4 раза в сравнении с 2014 годом и в 7,6 раза в сравнении с 2013 годом). Основную роль в выявлении больных сифилисом среди иностранных граждан и лиц без гражданства в городе Москве играет ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», выявляющий в 3,8 раз больше больных сифилисом, чем негосударственные медицинские организации. Сложившаяся ситуация диктует необходимость усиления государственного контроля за медицинским освидетельствованием иностранных граждан и лиц без гражданства в городе Москве.

Коррекция кожных проявлениями хронической РТПХ у детей наружными средствами

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, Москва

Рост количества проводимых трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и успехи в ведении пациентов в посттрансплантационном периоде привели к повышению выживаемости пациентов

после ТГСК. Однако наряду с этим отмечено увеличение количества пациентов с хронической реакцией трансплантат против хозяина (РТПХ). Лечение хронической РТПХ требует длительной системной иммуносупрессивной и сопроводительной терапии, в связи с чем особое значение приобретает поиск методов и способов улучшения состояния кожи, не нарушающих структуру и функцию этого иммунокомпетентного органа.

Цель исследования: оценить место косметических средств в нормализации состояния кожи.

В связи с поставленной целью было обследовано 15 пациентов с кожными проявлениями хронической РТПХ в возрасте от 3 до 24 лет с хронической РТПХ. Среди них 6 (40%) жен.п., 9 (60%) муж.п., распределение пациентов по возрастным группам: 6 (40%) 3–5 лет, 1 (6%) 6–12 лет, 5 (33%) 13–17 лет, 3 (20%) 18–24 года.

Материалы и методы: оценка морфологических изменений кожи проводилась с помощью дерматоскопии и УЗИ кожи с использованием датчиков 22 и 100 Мгц. Для определения функционального состояния кожи пациентам выполнялась себуметрия и корнеометрия. С целью определения наличия изменений в качестве жизни рассчитывался дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), а так же проводилась оценка психоэмоционального статуса пациентов: для оценки депрессии были использованы шкала Гамильтона и шкала Бека, для оценки тревожности шкала тревоги Кови и шкала Спилберга. Общее состояние пациентов оценивалось по шкале Лански (младше 16 лет) и по шкале Карновского (старше 16 лет). Оценка состояния проводилась до начала лечения и на фоне проводимой терапии. Первичное обследование пациентов с хронической РТПХ показало уменьшение толщины эпидермиса у всех пациентов, увеличение толщины и плотности дермы у 80% пациентов по данным УЗИ кожи. Изменение сосудов ногтевого ложа при дерматоскопии у 30%, также отмечено значительное снижение сальности и влажности кожи у всех (100%) пациентов. У обследованных с помощью психотерапевтических шкал пациентов наблюдалось легкое депрессивное расстройство (8–10 баллов по Гамильтону), тревожность слабой и умеренной выраженности (1–2 балла по шкале Кови). Степень тяжести по дерматологическому индексу качества жизни была средней и легкой степени выраженности (9–14,6 баллов ДИКЖ). Общее состояние пациентов по шкале Лански составило 50 у 29% пациентов, 80 у 71% пациентов, по шкале Карновского 70 у 25% пациентов, 80 у 12,5% пациентов и 90 у 62,5% пациентов. С целью коррекции сухости кожи использовались эмульсии наружно 2–5 р/день, в зависимости от тяжести состояния, как дерматопротектор использовались косметические средства, содержащие гиалуроновую кислоту в комплексе с мукополисахаридами. С целью ускорения эпителизации трещин, уменьшения воспаления применялись косметические средства, содержащие пантенол, медь, цинк, марганец, термальную воду.

Предварительные результаты: рациональное применение косметических средств на фоне стандартной иммуносупрессивной терапии привело к снижению субъективного дискомфорта в виде регресса ощущения стянутости и зуда кожи у 80% пациентов, увеличению уровня сальности и влажности кожи у 93,3% пациентов. На фоне снижения кожных проявлений хронической РТПХ и улучшения общего состояния, подтвержденного на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных, психоэмоциональное состояние пациентов улучшилось. Баллы по шкале Гамильтона снизились до 5, а по шкале Кови до 0, что соответствует варианту нормы. Степень тяжести по ДИКЖ так же снизилась до 3 у 80% пациентов. Общее состояние пациентов по шкале Лански составило 50 у 14% пациентов, 80 у 86% пациентов, по шкале Карновского 70 у 12,5% пациентов, 80 у 25% пациентов и 90 у 62,5% пациентов.

Выводы. Рациональный уход за кожей, ограниченный использованием косметических средств на фоне стандартного лечения хронической РТПХ приводит к уменьшению кожных проявлений хронической РТПХ у детей, что улучшает психоэмоциональное состояние и оказывает положительное влияние на реабилитацию пациентов.

Остроконечные кондиломы аногенитальной области: возможное решение найдено?

Протасов А.Д.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Остроконечные кондиломы аногенитальной области представляют собой инфекцию, передающуюся преимущественно половым путем и вызываемую вирусами папилломы человека (ВПЧ) низкого онкогенного риска (ВПЧ 6 и 11 типов). Они склонны к самоизлечению, но чаще отмечается их рецидивирующее течение, обусловленное персистенцией вируса. Распространенность ВПЧ-инфекции в популяции достигает 80%. Разработано множество подходов к терапии данной проблемы (криодеструкция жидким азотом, хирургическое удаление, лазерная терапия, электрокоагуляция, применение подофиллотоксина, интерферонов, имихимода, других иммунных препаратов). Однако ни один из них не является идеальным. Современная терапия остроконечных кондилом по своей сути является симптоматической и преследует цель уменьшить симптомы заболевания. Риск рецидивов после любого лечения достигает 30%. Наиболее перспективными в плане решения данной проблемы являются иммунопрепарат имихимод и квадριвалентная рекомбинантная вакцина, направленная на создание иммунитета к ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов. Цель исследования: оценить эффективность сочетанного применения препарата имихимод 5% крем и вакцинации против вируса папилломы человека с использованием квадριвалентной рекомбинантной вакцины по классической трехдозной схеме с целью достижения длительной клинической ремиссии хронической ВПЧ-инфекции, проявляющейся остроконечными кондиломами аногенитальной области. Было проведено одноцентровое, нерандомизированное, открытое, проспективное, пилотное исследование с участием 36 испытуемых в возрасте 26,4 (4,1) лет (22 мужчины), имеющих от 1 до 5 остроконечных кондилом аногенитальной области. Остроконечные кондиломы диагностировались при сборе анамнеза (указание на наличие незащищенных половых контактов, наличие диагностированных врачом остроконечных кондилом у постоянного полового партнера) и клиническом осмотре. В исследование не включались пациенты с сомнительным диагнозом (имеющие папулезное ожерелье полового члена, микропапилломатоз половых губ). Испытуемым, имеющим от 1 до 5 остроконечных кондилом аногенитальной области, назначалось нанесение на кондиломы имихимода 5% крема 3 раза в неделю перед сном с последующим смыванием утром водой с мылом до исчезновения видимых аногенитальных бородавок, но не более 16 недель, с одновременным трехкратным введением квадριвалентной рекомбинантной вакцины против вируса папилломы человека по схеме 0–2–6 мес. Контрольный визит проводился через 24 месяца. При необходимости пациенты имели возможность связаться с врачом-исследователем в любое время. Статистическая обработка результатов была проведена при помощи пакета прикладных программ StatPlus 2009 Professional 5.8.4.

Результаты. Все испытуемые закончили исследование в соответствии с протоколом. После завершения установленного курса терапии полное исчезновение остроконечных кондилом наблюдалось у 34 из 36 испытуемых (94,4%). У 2 пациентов количество кондилом уменьшилось с исходных 5 до 1 в конце наблюдения через 1 год. Эти пациенты в сроки 1 год 3 мес. и 1 год 4 мес. прошли успешный курс лечения препаратом «Солкодерм». При этом у данных пациентов отмечалось исчезновение остроконечных кондилом. В течение 2 лет не выявлено рецидивов остроконечных кондилом аногенитальной области. Клинически важных местных или общих реакций при использовании данного метода достижения длительной клинической ремиссии хронической ВПЧ-инфекции, проявляющейся остроконечными кондиломами аногенитальной области, отмечено не было.

Выводы. Вакцинация квадριвалентной рекомбинантной вакциной против вируса папилломы человека по схеме 0–2–6 месяцев с одновременным использованием имихимода 5% крема 3 раза в неделю не более 16 недель приводит к достижению длительной клинической ремиссии

хронической ВПЧ-инфекции, проявляющейся остроконечными кондиломами аногенитальной области, в 94,4% случаев (наблюдение в течение 2 лет). Возможно, речь идет об элиминации ВПЧ из окружающих тканей с помощью имихимода 5% крема и формировании иммунитета против ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов с помощью квадριвалентной рекомбинантной вакцины, что предупреждает повторное инфицирование. Однако для подтверждения этого необходимы дальнейшие исследования с проведением вирусологических тестов.

Дифференциальная диагностика аутодеструктивной патологии волос

Романова Ю.Ю., Львов А.Н., Романов Д.В., Миченко А.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Своевременная постановка диагноза при аутодеструктивной патологии волос может вызывать у дерматолога (трихолога) значительные сложности. Клинически потеря волос вследствие аутодеструктивного поведения может имитировать другие варианты алопеций (чаще проявления гнездовой алопеции), а в ряде случаев сочетаться с другими первичными вариантами потери волос (алопециями). Патология с аутодеструктивным поведением в отношении волос является клинически неоднородной и характеризуются значительным разнообразием: трихотилломания (аутоэкстракция волос), трихотейромания (деструкция волос в ходе растирания и расчесывания кожи головы), трихотемномания (состригание волос) и др. Применение метода дерматоскопии может оказать значительную помощь при постановке диагноза, однако дерматоскопические признаки, которые могут выявляться при аутодеструктивной патологии волос, не являются строго специфичными и с различной частотой могут наблюдаться при других вариантах алопеций.

Цель. Анализ особенностей клинических проявлений, включая дерматоскопические признаки, у пациентов с потерей волос вследствие аутодеструктивного поведения.

Методы. Пациенты с аутодеструктивной патологией волос (n=12; 9 женщин) обследованы трихологом с применением метода дерматоскопии. Результаты. С использованием метода дерматоскопии трихологом были установлены следующие диагнозы: трихотилломания (n=11) (в 2 набл. ассоциированная с андрогенетической алопецией); трихотейромания, ассоциированная с андрогенетической алопецией (n=1). Клинически наиболее часто зоны привычной деструкции волос локализовались в области темени (у 66,67% пациентов) и макушки (у 50%), реже были вовлечены другие области: затылок, виски, брови, ресницы. Наиболее частыми дерматоскопическими находками при потере волос вследствие механического воздействия были участки снижения плотности волос с черными точками каверизированных волос (83,33%), с обломанными на разной высоте волосами (91,67%), обломанными волосами с расщепленными концами (трихоптилоз, 58,33%), реже обнаруживались другие дерматоскопические находки: желтые точки, волосы в виде «пламени», «метелки», а также скрученные. Выявление приведенных дерматоскопических признаков, в отсутствие наиболее типичных для гнездовой алопеции феноменов (дистрофичных волос, волос в виде «восклицательного знака»), требует внимательного клинического анализа и дифференциальной диагностики с аутодеструктивной патологией волос. Клиническая особенность участков облысения у пациента с трихотейроманией – явления лихенификации в зонах привычного растирания кожи головы. У пациентов с сопутствующей андрогенетической алопецией (n=3) были выявлены следующие дерматоскопические проявления: анизотрихоз и желтые точки в андрогензависимой зоне скальпа.

Выводы. Дерматоскопия – ценная методика диагностики аутодеструктивной патологии волос. Для постановки диагноза требуется

тщательный анализ анамнеза, клинических проявлений, а также оценка всего комплекса дерматоскопических признаков.

Роль инфекций, передаваемых половым путем и эндотелиальной дисфункции в патогенезе мужского бесплодия

Садретдинов Р.А., Короткий Н.Г.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель работы. Изучить состояние вазорегулирующей функции эндотелия у бесплодных и фертильных больных хроническим простатитом (ХП) на фоне инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и без таковых. Материалы и методы исследования. 280 больных ХП были распределены на 4 группы: 70 фертильных больных без ИППП, 70 фертильных больных с ИППП, 70 бесплодных больных без ИППП и 70 бесплодных больных с ИППП. Группу контроля составили 50 соматически здоровых мужчин. Средний возраст обследованных пациентов составил 34 [22; 43] года. Длительность хронического простатита на фоне ИППП варьировала от 2 до 6 лет. У 23% пациентов с ХП выявлялся трихомониаз, в ряде случаев выявлялся хламидиоз (9%), уреоплазмоз (5%), в остальных случаях обнаруживалась микст-инфекция: сочетание трихомониаза с хламидиозом (19%), трихомониаза с микоплазмозом (20%), трихомониаза с уреоплазмозом (19%) и трихомониаза с кандидозом (5%). В ходе лазерной доплеровской флоуметрии проводились ионофоретические пробы с эндотелий-зависимым вазодилататором (ацетилхолин) и с эндотелий-независимым вазодилататором (нитропруссид натрия). Рассчитывался коэффициент вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия – КЭФ, как отношение степени прироста показателя микроциркуляции (ПМ) при ионофорезе ацетилхолина к степени увеличения ПМ при ионофорезе нитропруссида натрия. Для показателя КЭФ в каждой группе наблюдения мы вычисляли медиану, 5 и 95 процентиля. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 12.0, Stat Soft, Inc. Результаты. Значение коэффициента эндотелиальной функции во всех исследуемых группах было статистически значимо ($p < 0,001$) меньше, чем в группе контроля, составляя 0,93 [0,8; 1,1] ед. в группе фертильных больных ХП без ИППП, 0,9 [0,81; 1,07] ед. в группе фертильных больных ХП с ИППП, 0,85 [0,7; 1,0] ед. в группе бесплодных больных ХП без ИППП и 0,69 [0,6; 0,9] ед. в группе бесплодных больных ХП с ИППП против 1,09 [1; 2] ед. в группе контроля. Различия между группами фертильных больных ХП без ИППП и фертильных больных с ИППП были статистически незначимы ($p = 0,062$). В группе бесплодных больных с ИППП, напротив, значение КЭФ было статистически значимо ($p < 0,001$) ниже, чем в группе бесплодных больных ХП без ИППП. Зависимость выраженности эндотелиальной дисфункции от наличия ИППП в группе бесплодных больных ХП подтверждалось выявленной обратной корреляционной взаимосвязью между значением КЭФ и наличием ИППП ($r = -0,67$; $p < 0,001$). В группе фертильных больных ХП статистически значимой взаимосвязи между значением КЭФ наличием ИППП не прослеживалось ($r = 0,158$; $p = 0,061$), однако, выявлялась статистически значимая обратная связь между значением КЭФ и наличием микст-инфекции ($r = -0,54$; $p < 0,001$). Данная связь подчеркивала, что именно микст-инфекция у фертильных больных ХП оказывает особенно неблагоприятное воздействие на состояние микрососудистого эндотелия, инициируя и поддерживая эндотелиальную дисфункцию. В группе фертильных пациентов прослеживалось неблагоприятное воздействие хламидийной и трихомонадной инфекции на состояние микрососудистого эндотелия, что подтверждалось наличием обратных корреляционных взаимосвязей между наличием данных инфекций и КЭФ ($r = -0,28$; $p = 0,018$ и $r = -0,35$; $p = 0,003$ соответственно). Обращает на себя внимание, что сила связей КЭФ с хламидийной и микоплазменной инфекциями была меньше, чем с микст-инфекцией. В группе бесплодных больных ХП также наблюдалась статистически значимая сильная обратная корреляционная взаимосвязь

между значением КЭФ и наличием микст-инфекции ($r = -0,84$; $p < 0,001$), подчеркивающая роль микст-инфекции в поддержании эндотелиальной дисфункции у бесплодных пациентов.

Выводы. Значение коэффициента вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия меньше 1 указывало на угнетение эндотелиального механизма микрососудистого тонуса и подтверждало наличие эндотелиальной дисфункции у больных хроническим простатитом. В группах фертильных больных ХП без ИППП, фертильных больных с ИППП и бесплодных больных без ИППП была диагностирована умеренная дисфункция, а в группе бесплодных больных ХП с ИППП преобладала выраженная дисфункция микрососудистого эндотелия. У бесплодных больных ХП наличие ИППП выступает как фактор, усугубляющий поражение микрососудистого эндотелия и способствующий развитию и поддержанию дисфункции эндотелия.

Диагностические подходы при торпидном течении атопического дерматита

Свечникова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Поликлиника №1" Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск

Цель: обоснование новых диагностических подходов при торпидном течении атопического дерматита.

Материалы и методы: обследована группа пациентов – 470 человек (69% девочек/женщин, 31% мальчиков/мужчин). В качестве контроля взята группа – 470 человек состоящая из: популяционной выборки 25-35 летних жителей Октябрьского района г.Новосибирска 200 человек (31% мужчин, 69% женщин) и группы учащихся общеобразовательных школ 270 человек (31% мальчиков, 69% девочек).

Методы исследования: клинико-генеалогический, молекулярно-генетический, хроматографическое исследование мочи, кариологический. Результаты исследования: на основании проведенного исследования моногенная форма атопического дерматита составила 15%, ферментопатии/НБО составили 21%, хромосомные болезни составили 2%, моногенные болезни с фенотипом атопического дерматита составили 8%, атопический дерматит неустановленной этиологии составил 54%. Выводы: клинико-генеалогический метод, молекулярно-генетическое исследование мутаций R501X и 2282del14 в гене FLG, хроматографическое исследование мочи, кариологический метод позволяют идентифицировать этиологическую структуру торпидно текущего атопического дерматита в 46% случаев.

Обоснование дополнительных методов исследования при торпидном течении атопического дерматита

Свечникова Е.В., Максимова Ю.В., Лыкова С.Г., Куприянова Л.Я., Кноль С.А., Максимов В.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Одно из самых частых кожных заболеваний детского возраста – атопический дерматит (АД). Как фенотип, он представляется очень гетерогенным с позиции этиологии состоянием. Дерматологи выделяют три основных вида дефектов при АД: дефекты барьерной функции эпидермиса; дефекты врожденного иммунитета, 3. дефекты иммунной регуляции. По данным литературы, у 80% детей, страдающих АД, отмечаетсяотягощенный семейный анамнез. Требованиями, предъявляемыми к пациентам, для включения в исследование были: уста-

новленный и зафиксированный в медицинской документации диагноз АД с распространенным характером поражения, с невыраженным эффектом от проводимой терапии у пациентов до года – более 2 месяцев, у пациентов старше года – более 4-х месяцев находившихся на элиминационной диете не менее одного месяца. Число обострений – до 3–4 в год с увеличением их длительности. Группа пациентов с торпидным течением АД – 470 человек. Возраст пациентов составил от нескольких месяцев жизни до 45 лет. На первом приеме произошло разграничение пациентов на 2 группы: 431 пациент с АД и 39 пациентов (8,3%) с заболеванием, при котором имеются клинические критерии характерные для АД (эктодермальная дисплазия – 16 человек; X-сцепленный ихтиоз – 10 человек; с-м Тоста-Унны – 5 человек; мастоцитоз – 5 человек; лейомиома – 1 человек; гистиоцитоз – 1 человек; гипотиреоз – 1 человек). Всем 470 пациентам проводилось исследование ДНК на наличие мутаций 2282del4 и R501X в гене филаггрина FLG. У 14,7% пациентов (69 человек) оказалась моногенная форма АД. 101-му пациенту с АД в возрасте до 6 лет проведено хроматографическое исследование мочи. У 84 человек выявлены различные отклонения от нормы, обусловленные ферментативной недостаточностью и/или нарушением обмена веществ, при которых АД является одним из ведущих симптомов. Средняя величина индекса SCORAD до назначения диеты в этой группе пациентов составила 54,2+/-5,4. Им назначалась диета с исключением продуктов, содержащих вещества, обнаруженные в анализе мочи. После назначения индивидуальной диеты больные осматривались через 5–7 недель с повторным расчетом индекса SCORAD для объективной оценки эффекта от назначения индивидуальной диеты. При этом все пациенты всё время находились на назначенном им лечении. Индекс SCORAD снизился до 13,1+/-4,6. 47 пациентам с АД и различными полисистемными проявлениями проводилось кариологическое исследование, у 8 из них выявлены различные хромосомные перестройки (17,0%).

В результате проведенного исследования был выработан алгоритм дополнительного обследования пациентов с торпидным течением АД: проведение поиска мутаций 2282del4 и R501X в гене филаггрина FLG; в возрасте до 6 лет проведение хроматографического исследования мочи; кариологическое исследование при наличии у пациента с АД различных полисистемных поражений.

Ошибки диагностики чесотки

Симановская Е.Ю., Валитова И.В., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

Филиал «Коломенский» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Заболеемость чесоткой остается довольно распространенной. Несмотря на то, что заболевание хорошо знакомо врачам, ошибки диагностики встречаются не так уж редко. Обусловлено это как недостаточностью знания особенностей клиники чесотки, так и просчетом при лабораторной диагностике.

Особые трудности для врача представляют случаи с минимальными клиническими проявлениями чесотки. Её нераспознаемость усложняет эпидемиологическую обстановку в очагах заболевания. Не менее трудны для диагностики наблюдения чесотки, развившейся на фоне аллергических дерматозов (аллергический и атопический дерматиты, экзема) и при осложнении вторичными инфекциями.

В нашей практике было клиническое наблюдение чесотки, когда ребенка несколько месяцев под наблюдением двух опытных дерматологов лечили как больного атопическим дерматитом. Только после лабораторного обнаружения в соскобе из очага чесоточного клеща и проведения адекватной терапии наступило излечение чесотки, возникшей на фоне обострения атопического дерматита. С подобным случаем заболевания чесоткой, продолжавшимся три года, в филиал «Коломенский» обратился пациент, 9 лет. Вначале у него дерматоз был расценен как

аллергический дерматит. Амбулаторное лечение антигистаминными препаратами и топическими ГКС (мазями) было безуспешным. В 2015 г. на фоне профилактического лечения туберкулеза (пиразинамид, пиридоксин) сыпь постепенно распространилась на туловище и конечности. Многократное амбулаторное лечение, включающее метипреднизолон ацепонат крем, эмульсия (адвантан) и бетаметазон+гентамицин+клотримазол крем, мазь (акридерм), приносило временный положительный эффект. В мае 2016 г. пациент поступил в дерматовенерологическое отделение (детский стационар) филиала «Коломенский» с диагнозом Атопический дерматит, обострением двухмесячной давности. Поражение кожного покрова было тотальным. Проводимое амбулаторное лечение (таблетки мебгидролин (диазолин), сорбенты, наружные ГКС в виде мази, крема) было без эффекта. При обследовании в филиале «Коломенский» из очагов поражения был обнаружен чесоточный клещ и продукты его жизнедеятельности. После проведенного соответствующего комплексного лечения ребенок выписан в стадии ремиссии атопического дерматита и с излечением чесотки.

Заключение. Наши наблюдения указывают на необходимость тщательного обследования больного, включающего лабораторный анализ на чесоточного клеща, при упорном течении зудящих дерматозов. Запоздалое распознавание болезни, неадекватное её лечение способствуют распространению чесотки и снижению эффективности борьбы с ней.

Практический подход к подбору наружной терапии в частном случае буллёзного эпидермолиза

Симановский С.Е., Валитова И.В., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.

Филиал «Коломенский» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Буллёзный эпидермолиз (БЭ) – группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующаяся ранимостью кожи и её чувствительностью к незначительной механической травме («механобуллезная болезнь»). Это неизбежно связано с возникновением эрозий. При большинстве форм БЭ эрозиям предшествуют напряженные пузыри, большая часть которых наполнена прозрачной бесцветной жидкостью, иногда пузыри имеют геморрагическое содержимое.

В настоящее время не существует радикальных методов лечения ни одной из форм БЭ. Несмотря на это, существуют эффективные превентивные и симптоматические методы терапии. В целом лечение должно быть комплексным и осуществляться мультидисциплинарной командой врачей, так как БЭ – это системное заболевание.

Среди методов превентивного и симптоматического лечения ведущую роль занимает наружная терапия с применением различных форм лекарственных препаратов. Их состав и количество подбирают в каждом случае заболевания БЭ индивидуально, исходя из тяжести клинических проявлений, распространённости воспалительного процесса и имеющихся осложнений.

Проблема количественного подбора наружной терапии больных БЭ остается актуальной, т.к. частичная компенсация стоимости лекарственных препаратов происходит из государственных дотаций и различных благотворительных фондов. В связи с этим крайне важен точный подсчёт необходимых лекарств для конкретного больного.

Нами было проведено выявление необходимой потребности в лекарственных средствах больной Л. с тяжелой генерализованной формой буллёзного эпидермолиза. При осмотре: патологический процесс носит хронический, распространенный (генерализованный) характер с поражением кожи лба, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен множественными пузырями неправильных очертаний различного размера и формы, эрозиями с вялыми покрывками, местами с краевой эпителизацией и серозно-геморрагическими корочками.

В области проксимальных межпальцевых пространств синехии и контрактуры, тотальный онихолизис кистей и стоп.

В МНПЦДК ДЗМ больная получает комплексную терапию, включающую курсы препаратов, обладающих заживляющим, противовоспалительным, регенерирующим, антибактериальным, увлажняющим, десенсибилизирующим действием с временным эффектом. В перечень льготного обеспечения для пациентки также входят перевязочные материалы, средства по уходу и медицинскому обслуживанию.

Для выявления потребности в наружной терапии осмотр пациентки с присутствием при перевязке был осуществлен на дому. В процессе нанесения на очаги каждого лекарственного средства производился его количественный учет. Таким образом была выявлена потребность каждого лекарственного средства для одной перевязки. Больной Л. перевязки делают, как правило, 1 раз в 2 дня. Исходя из этого, стало возможным подсчитать квартальную и годовую потребность в каждом топическом препарате.

Пример подсчета на 2 лекарственных наименованиях:

Наименование	Потребность на 1 перевязку, упак.	Квартальная потребность, упак.	Годовая потребность, упак.
Сульфатиазол серебра (Аргосульфан), 40 г, крем	1	45	180
Депротенизированный гемодериват из крови телят (Актовегин), 20 г, гель	4	180	720

Таким образом, для наружной терапии больной Л данная схема позволила произвести объективный подсчет необходимого количества каждого лекарственного препарата. По той же схеме мы произвели подсчет перевязочных материалов. Эти расчёты легли в основу формирования годовой потребности в лекарствах для данной больной, которую используют в настоящее время.

Заключение: благодаря нашим действиям стало возможно формирование истинной потребности в лекарственных средствах и перевязочных материалах для конкретного нозологического случая БЭ. Точный подсчет возможен лишь в присутствии врача при полном цикле одной перевязки. Таким образом, данную методику можно рекомендовать лечащим врачам пациентов с БЭ.

Количественная оценка клинических манифестаций при различных вариантах течения эпидермофитии и рубромикоза стоп

Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А.,
Монтес Росель К.В.

Московский государственный институт пищевых производств,
Институт медико-социальных технологий, Москва

Создание новых топических антимикотиков (ТА) и внедрение их в практику для лечения микозов стоп (МС) не исключает традиционного подхода к тактике ведения данного контингента больных. Не случайно, фармацевтические фирмы стараются разработать разные лекарственные формы одного ТА (раствор, крем, мазь, в комбинации с кортикостероидами).

Целью настоящего исследования явилась количественная оценка клинических манифестаций при различных вариантах течения дерматофитий стоп (ДС) – эпидермофитии (ЭС) и рубромикоза стоп (РС). Материалы и методы исследования. Работа базируется на результатах многоцентрового исследования «Изучение реальной практики регистрации и лечения больных микозами в РФ», проведенного сотрудниками кафедры в 2012–2013 гг. под патронажем фармацевтического завода «Эгис». Для унификации исследования разработан авторский вариант анкеты, которую врачи РФ заполняли при первичном обращении пациента на прием. В исследовании приняли участие 174 врача из 50

регионов РФ, работающие в 97 медицинских учреждениях. Доля больных МС в структуре 2784 больных дерматофитиями составила 995 (35,7%). Одним из критериев включения пациентов в исследование был индекс КИОТОС 1–2 [Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2008]. Бактериоскопически диагноз подтвержден в 98% случаев по наличию истинного септированного мицелия, а культурально – при ЭС в 34,5%, при РС – в 40,4%. Данные репрезентативны при большой выборке больных.

Результаты собственных исследований. Встречаемость первичных и вторичных морфологических элементов при различных вариантах течения МС и степень их выраженности в баллах (2–3) определяла выбор тактики местной терапии. Нередко применению ТА должна была предшествовать противовоспалительная терапия (ПВТ): примочки, присыпки, анилиновые красители, настойка йода, повидон-йод и др. При сквамозной форме ЭС в клинической картине заболевания преобладали шелушение (100%) на фоне эритемы (82,4%). Около половины больных (49,5%) имели трещины. Гиперкератоз слабой степени (1 балл) выявлен только у 18,7% больных, папулы по периферии очага – у 13,7%, корки – у 9,3%. В этой группе больных (90,7%) изначально можно начинать лечение ТА в виде крема или мази. При сквамозно-гиперкератотическом варианте РС все пациенты имели гиперкератоз (100%) на фоне эритемы (100%) с шелушением (99,5%). Степень выраженности гиперкератоза составляла 2–3 балла. Трещины зарегистрированы в 63,2% случаев, в том числе на фоне выраженной инфильтрации у половины больных (49,8%). Это указывает на целесообразность использования при данном варианте течения РС у 88,1% пациентов комбинированных ТА в сочетании с кератолитиками (мочевойной, салициловой кислотой) и в виде мази. При степени выраженности гиперкератоза в 3 балла у 1/3 больных однокомпонентные ТА необходимо сочетать с отслойками по А.М. Ариевичу. При дисгидротическом варианте ЭС преобладали везикулы (86%), около половины больных имели корки (54,4%), пустулы (49,3%), эрозии (46,3%). Редко регистрировались многокамерные пузыри (13,2%). Это свидетельствует, что в предварительной ПВТ нуждались не менее 86% больных. Для интертригинозной ЭС характерно преобладание эритемы (90%), мацерации (74,6%), шелушения (70,8%), трещин (65,4%), что указывает на возможность одновременного использования анилиновых красителей в сочетании с ТА в виде крема. Более чем у половины больных с экссудативно-дисгидротическим вариантом РС заболевание протекало с наличием эрозий (58,3%), трещин (56,7%), мацерации (55,8%). Около половины имели везикулы (46,7%), мокнутие (42,5%), 1/3 (38,3%) – пустулы. Т.е. 70,8% пациентов этой группы нуждались в предварительной ПВТ.

Вывод. В предварительном проведении ПВТ нуждались 86% больных дисгидротической ЭС; 70,8% – экссудативно-дисгидротическим РС и 34,6% – интертригинозной ЭС. В последнем случае нередко можно кератолитической терапии при сквамозно-гиперкератотическом РС нуждались 88,1% пациентов. Среди них при интенсивности гиперкератоза 1–2 балла в 66,7% случаев можно было ограничиться 2–3% салициловой мазью или ТА, содержащими кератолитики. При гиперкератозе в 3 балла у 1/3 больных однокомпонентные ТА целесообразно сочетать с отслойками по А.М. Ариевичу.

Состояние иммунной системы и фармакотерапия у больных рецидивирующим урогенитальным кандидозом

Соловьев А.М., Анохина Л.С., Кулешова Л. М.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, филиал «Крылатский», Москва

Актуальность. Важнейшим фактором, определяющим развитие кандидоза, является состояние иммунной системы макроорганизма. Исследования показывают существенную роль местных иммунных реакций, зависящих от состава, количества и активности клеток и медиаторов иммунной системы на поверхности слизистых оболочек.

Целью работы явилось изучение эффективности иммунотерпии при рецидивирующем течении урогенитального кандидоза. Больные и методы. Провели обследование и лечение 104 больных рецидивирующим урогенитальным кандидозом (РУГК). Всем больным проводили стандартное обследование мочеполовой системы, микроскопическое исследование материала из урогенитального тракта, тестирование этого материала на наличие ИППП, исследование крови на сифилис, ВИЧ, общеклиническое и биохимическое исследование крови и мочи, анализ показателей иммунного статуса. Для лечения применяли местную иммунотерапию синтетическим пептидом, состоящим из 14 аминокислотных остатков: Thr-Glu-Lys-Lys-Arg-Arg-Glu-Thr-Val-Glu-Arg-Glu-Lys-Glu с молекулярной массой 1818 дальтон, в виде 0,04% раствора, которым проводили орошения слизистой, примочки или инстилляций в зависимости от локализации очагов, курсом 3 процедуры в течение 10 дней. Результаты исследований и обсуждение. У большинства из 32 больных РУГК, прошедших иммунологическое обследование, показатели иммунной системы укладывались в рамки нормы. Нормальное количество лейкоцитов выявлено у 28 (87,5%), лимфоцитов – у 24 (75,0%), количество CD3+ – клеток – у 22 (68,75%); количество CD4+ – клеток – у 20 (62,5%), количество CD8+ – клеток – у 26 (81,25%), значение иммунорегуляторного индекса – у 22 (68,75%), количество NK HLADR+ – клеток – у 32 (100%), количество CD19+ – клеток – у 22 (68,75%), количество NK – клеток – у 18 (56,25%). Хотя не выявлено значимых отклонений в показателях основных субпопуляций Т-лимфоцитов – CD3+, CD4+, CD19+, обнаружено превышение процента регуляторных CD4+25+ – клеток у 56,25% больных, а также количество NK – клеток – 25% больных. Обращает внимание дисбаланс некоторых показателей у больных РУГК. Так, процент активированных CD4+ HLADR+ – клеток у 50% больных был снижен, а у другой половины пациентов – повышен. Это же касается субпопуляций CD8+ – клеток, которые у 25% пациентов были повышены и у такого же количества больных снижены. В то же время процент активированных CD8+HLADR+ – клеток был только повышен у 25% пациентов. Возможно, что этот дисбаланс отразился на повышении иммунорегуляторного индекса у 25% пациентов. Изучение свойств фагоцитирующих клеток показало активацию хемолюминисценции, индуцированной зимозаном, у 50% больных, индуцированной ФМА – у 37,5%, фагоцитирующей способности нейтрофилов – у 28,13% пациентов. Выявлена активация сывороточных факторов иммунной защиты больных РУГК. У 68,75% больных отмечалось повышение содержания IgG, у 56,25% – повышение содержания IgA, у 37,5% – IgM. При сравнении иммунологических показателей больных данной группы с показателями контрольной группы обнаружили признаки активации иммунитета. У больных по сравнению с контрольной группой определили статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение процента активированных CD3+HLADR+ – клеток (15,7±17,7), иммунорегуляторного индекса (2,02±1,0), спонтанной (255±173) и индуцированной хемолюминисценции (8468±3891,1), содержания всех определяемых типов иммуноглобулинов (IgG 1262±239,8; IgA 287±161,9; IgM 190±77,3). Учитывая, что течение кандидоза у обследованных пациентов носило хронический рецидивирующий характер, воспалительный процесс локализовался на слизистых оболочках и больным назначалась местная монотерапия иммуномодулятором в ходе исследования был проведён анализ данных местного иммунитета. Исследование местного иммунного статуса у женщин с РУГК свидетельствовало об отсутствии достоверных различий по сравнению с контролем по уровню ИЛ-8, ИЛ-12, ИЛ-4, ИЛ-10, ФНО- α и sIgA, мг/мл. Однако нами были получены следующие достоверные отклонения: повышение концентрации в цервикальной слизи ИФ- γ до 89,92±8,31 пг/мг белка ($p < 0,05$) и неспецифической эстеразы до 5,79±1,06 МЕ/мг ($p < 0,05$). При обследовании больных рецидивирующим кандидозом после лечения отметили выраженный эффект синтетического олигопептида на клиническое состояние больных. Исчезновения признаков воспаления, наблюдаемое уже после первых процедур, удалось добиться у большинства больных – 89 из 104 (85,6%). Лишь у 4 мужчин и 11 женщин после лечения сохранялась легкая гиперемия слизистых и незначительные выделения. Столь выраженный клинический эффект сопровождался положительной динамикой микро-

скопических исследований. При обследовании больных через 3 месяца прекращения рецидивов и отсутствие псевдомицелия грибов *Candida* выявили у 85 из 104 (81,7%) больных.

Выводы. Результаты проведенного лечения позволили установить, что рецидивирующее течение урогенитального кандидоза является основным критерием для назначения фармакотерапии с использованием иммуностропного препарата независимо от степени и характера отклонений в иммунной системе. Обоснованием выбора иммуномодулятора для проведения иммуностропной терапии является его адекватная направленность действия и клиническая эффективность при конкретной инфекционной патологии, в данном случае синтетического олигопептида при рецидивирующем урогенитальном кандидозе.

Влияние бактериального лизата *E.coli* на мукозальный иммунитет больных простым герпесом с локализацией в области гениталий

Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Волкова Е.В., Масюкова С.А., Кузьминская М.А.

Научно-исследовательский институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова, Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, Институт медико-социальных технологий, Москва

Течение рецидивирующего герпеса с локализацией в области гениталий в 50–78% случаев осложняется наличием ассоциаций ВПГ с хламидиями, гарднереллами, трихомонадами, грибами рода *Candida*. В ряде исследований установлена важная роль условно-патогенных микроорганизмов в патогенезе герпетической инфекции: *Klebsiella*, *Proteus*, *Staphylococcus*, *Escherichia coli* и др. Длительная персистенция этих микроорганизмов утяжеляет клиническое течение заболевания, снижая эффективность проводимой терапии. В 77,7% случаев причиной неосложненных инфекций мочевых путей у женщин является уропатогенная *Escherichia coli*. В терапии герпетической инфекции, осложненной бактериальной инфекцией, показана эффективность комбинированных схем с использованием препаратов из бактериальных антигенов.

Цель работы. Изучить влияние лизата *E.coli* на уровни мРНК дефензинов в уретре, синтез дефензинов (HNP1–3, лактоферрин) и уровни IgM / IgA у женщин с генитальным герпесом (ГГ), осложненным рецидивирующей бактериальной инфекцией нижних мочевых путей (RILUT).

Материалы и методы. В исследовании были включены 40 женщин с рецидивирующим генитальным герпесом и рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей в возрасте от 18 до 68 лет, которые получали терапию бактериальным лизатом из 18 штаммов *E.coli*. Исследовали уровень Def 1-а и экспрессии гена Def 1-а и Def-103b mRNA в уретре с помощью RT-PCR. Уровни дефензинов и иммуноглобулины определяли с помощью теста ELISA (HNP1–3, LF, Elisa Kit, Hycult Biotech, Нидерланды; Serazym® Human IgA, IgM, Германия).

Результаты. У пациентов с ГГ, ассоциированным с RILUT, исходно выявлены сниженные уровни дефензинов HNP1–3 (32,23 пг / мл) и LF (75,8 пг / мл). Применение лизата *E.coli* привело к нормализации этих показателей в сыворотке крови женщин (55,8 пг / мл - HNP1–3 и 208,57 пг/мл – LF). Уровни иммуноглобулинов IgM и IgA у пациентов с ГГ и RILUT оставались в пределах нормы, применение бактериального лизата не оказало влияния на эти параметры. Уровни экспрессии Dev-103B были снижены до лечения (0,49 EU) по сравнению со здоровыми лицами. Лечение способствовало повышению уровня Def-103B через 1 месяц (2,84 EU) и 3 месяца (2,27 EU). Тем не менее через 6 месяцев после терапии уровни Def-103B снова отказался 1.54 EU (в 1,8 раза от нормального уровня, $p < 0,05$). Терапия повышала уровни экспрессии гена Def-1a в течение 1 месяца в 4,6 раза, через 3 месяца – в 2,9 раза. Через 1 мес. при посеве мочи не было выявлено роста флоры в 27 случаях (67,5%), а в 9 случаях – отмечалось уменьшение микробного числа в посеве мочи. После 3 месяцев лечения стерильность в посеве мочи отмечается в 23 случаях, через 6 месяцев – только в 16 случаях (40%). Применение препарата микробного происхождения

на основе лизата *E.coli* оказывает иммунокорректирующее действие при терапии пациентов с генитальным герпесом, ассоциированным с бактериальной рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей, способствуя повышению экспрессии генов дефензинов Def-103B и Def-1a.

Дисрегуляция экспрессии цитокинов и антимикробных пептидов при гнойном гидрадените

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Алиева З.А.

Научно-исследовательский институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова, Медицинский институт усовершенствования врачей высшего, Москва

Гнойный гидраденит (ГГ) является хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием мультифакториальной природы, трудно поддающимся терапии. Патогенез ГГ до настоящего времени недостаточно изучен, спорными являются взгляды на первичность поражения структурных элементов кожи, что определяет актуальность проведения научных исследований в данном направлении. Многочисленные исследования указывают на наличие системных иммунных нарушений, в том числе в системе врожденного иммунитета, а также дисбаланс цитокинов в очагах поражения.

Цель исследования: выявление особенностей экспрессии TLRs, синтеза антимикробных пептидов и цитокинового профиля у больных ГГ.

Материалы и методы. Определение уровней HNP1-3 и лактоферрина в сыворотке крови/коже с помощью твердофазного ИФА (HNP1-3, LF, Elisa Kit, Hycult biotech, Netherlands). Определение уровня цитокинов в сыворотках/плазме крови больных проводили методом твердофазного ИФА «Biosource» (Австрия). Изучение иммунофенотипа лейкоцитов в крови проводили с использованием МАТ методом проточной цитометрии на проточном цитометре FACS Calibur (Becton Dickinson, США). Определение уровней транскриптов генов цитокинов IFN- γ и TNF- α на клетках кожи в очагах гнойного гидраденита и клетках здоровой кожи определяли с помощью ПЦР после обратной транскрипции. Тотальную РНК выделяли с помощью набора для выделения РНК YellowSolve («Clonogene», Россия). Результаты. Под наблюдением находились 92 больных гнойным гидраденитом в стадии обострения в возрасте 16–60 лет с длительностью заболевания от 2 месяцев. Группа больных гнойным гидраденитом в целом характеризовалась сниженными уровнями дефензинов HNP1-3 в плазме по сравнению с группой здоровых лиц ($32,9 \pm 7,1$ нг/мл и $68,6 \pm 7,5$ соответственно). Это свидетельствует о недостаточной активации гуморальных компонентов врожденного иммунитета на системном уровне при гнойном гидрадените. В исследовании выявлено, что с развитием гнойного гидраденита происходит снижение содержания HNP1-3 в плазме, что говорит о нарушении активации врожденного иммунитета. При гнойном гидрадените выявлена также высокая обратная корреляционная связь между тяжестью течения и сывороточными уровнями HNP1-3 ($r = -0,580$), ($p < 0,05$). Выявлены высокие концентрации HNP1-3 в отделяемом из очагов гидраденита ($64,8 \pm 11,6$) нг/мл, наиболее высокие значения (до 83,6 нг/мл) наблюдались при остром течении с длительностью заболевания до 3 месяцев и высокой тяжестью процесса (средний балл, отражающий тяжесть течения, составил $76,1 \pm 6,4$). У больных с длительным затяжным, часто рецидивирующим течением отмечались низкие уровни α -дефензинов (до 17,5 нг/мл) по сравнению с показателями в сыворотке крови, что позволяет указать на прогностическую роль снижения уровней антимикробных пептидов. У больных ГГ выявлено повышение процентного содержания общих Т лимфоцитов с маркером CD3, снижение процентного и абсолютного содержания CD8+ ($24,8 \pm 6,1$)% и ($460,6 \pm 140,8$) кл/мл, снижение CD95+ ($36,8 \pm 6,7$)% указывает на нарушение запуска апоптоза лимфоцитов. Изучение цитокинового профиля у больных ГГ выявило по сравнению с группой здоровых лиц исходно повышенную продукцию IL-1 β ($20,8 \pm 3,6$) пг/мл, IL-12 ($19,6 \pm 2,2$) пг/мл, IFN- γ ($34,4 \pm 4,0$) пг/мл на фоне нормальных уровней продукции IL-2, IL-4, IL-5, IL-10. В результате проведения корреляцион-

ного анализа выявили высокую прямую связь между тяжестью течения ГГ и уровнем IL-1 β в сыворотке крови ($r = 0,629$), ($p < 0,05$). Результаты определения экспрессии транскриптов генов цитокинов в клетках кожи в очагах гидраденита показали значительное повышение активности генов IFN- γ ($0,007 \pm 0,001$) у.е. и TNF- α ($0,01 \pm 0,003$) у.е. по сравнению с группой здоровых лиц ($0,001 \pm 0,002$ у.е. и $0,002 \pm 0,002$ у.е. соответственно). Повышение уровней провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у обследованных больных указывает на активацию аутоиммунного воспаления. Выявленные у больных гнойным гидраденитом нарушения иммунного ответа указывают на актуальность разработки эффективных терапевтических мероприятий с учетом особенностей функционирования иммунной системы для снижения заболеваемости этим дерматозом.

Иммунотерапевтическая концепция применения микробных антигенов при инфекционных и инфекционно-аллергических дерматозах

Сорокина Е.В., Масюкова С.А.

Научно-исследовательский институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова, Медицинский институт усовершенствования врачей, Москва

В настоящее время расширился интерес к исследованию возможности регуляции врожденных иммунных механизмов при помощи препаратов, несущих в своем составе микробные компоненты, распознаваемые PRR эффекторов врожденного иммунитета (PAMPs) и обеспечивающих определенную степень защиты от различных патогенов. Современные исследования ведутся с использованием в конструкции вакцин нового поколения различных антигенов *S. aureus*. При клинических испытаниях предлагаемые на основе основных факторов вирулентности *S. aureus* (капсульные полисахариды, альфа-токсин, лейкоцидин, поверхностные белковые антигены) препараты оказались недостаточно эффективными, в связи с чем была начата разработка поливалентных вакцин на основе выбора протективных антигенов. Учитывая, что в настоящее время ведущая роль в формировании антимикробного иммунитета отводится поверхностным структурам микробной клетки, применение терапевтических вакцин нового поколения, состоящих из комплекса антигенов и предназначенных для стимуляции специфической защиты и неспецифической стимуляции организма, открывает большие возможности для целенаправленной патогенетической терапии больных инфекционными и инфекционно-аллергическими дерматозами. Изучена клинико-иммунологическая эффективность комбинированных методов лечения микробной экземы (МЭ) (126 больных), хронических форм пиодермии (132 больных), гнойного гидраденита (ГГ) (92 больных) с использованием микробных антигенов. Проведено изучение экспрессии TLRs на МЛПК и кератиноцитах (Caltag Laboratories, США); уровней HNP1-3 и LF в сыворотке крови (HNP1-3, LF, Elisa Kit, Hycult biotech, Netherlands); концентрации свободных цитокинов в сыворотках (BenderMedSystems, Австрия).

Результаты. При высокой степени тяжести МЭ выявили снижение экспрессии TLR2 и TLR4 на клетках крови. В очагах выявлена повышенная экспрессия TLR2 ($4,5 \pm 0,9$)% и TLR4 ($5,0 \pm 1,3$)%, TLR7,8,9 ($12,0 \pm 1,7$ %, $12,5 \pm 2,8$ % и $9,5 \pm 1,1$ %). Концентрация HNP1-3 в плазме у больных МЭ была снижена ($20,11 \pm 2,81$) нг/мл; LF снижена в 4 раза ($52,7 \pm 5,01$) нг/мл. Повышена продукция IL-1 β ($21,3 \pm 4,4$) пг/мл, IL-4 ($19,8 \pm 2,6$) пг/мл. Выявили высокую прямую связь между тяжестью микробной экземы и уровнем IL-4 в сыворотке крови ($r = 0,672$), ($p < 0,05$). Стойкая клиническая ремиссия, значительное клиническое улучшение и клиническое улучшение достигнуто в результате комбинированной терапии с применением поливалентного бактериального лизата из 8 бактерий (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Haemophilus influenzae B*, *Neisseria catarrhalis*) соответственно у 59,15%, 32,39%, 8,45% больных. Клиническая эффективность комбинированного метода терапии коррелировала с коррекцией иммунологических нарушений. В группе больных хронической пиодермией комбинированная

терапия с применением вакцины поликомпонентной из антигенов 4 условно патогенных микроорганизмов (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris* и *Escherichia coli*) привела к клиническому выздоровлению в 62,7% случаев, с применением стафилококковой вакцины в 48,7%, при базисной терапии в 22%. Клинический эффект иммунотерапии коррелировал с положительной динамикой иммунологических показателей: через 6 мес. после иммунотерапии повышалась продукция IFN- α (в 5,3 и в 1,5 раза, соответственно), IFN- γ (7,5 и 3 раза, соответственно), происходило достоверное повышение CD3+, CD4+, CD8+, CD72+, общего IgM, аффинности антител. У больных ГГ наибольшее снижение степени тяжести через 3 месяца по сравнению с данными до терапии отмечено в результате комбинированной терапии с применением ГМДП (до $12,6 \pm 2,9$) балла, по сравнению с монотерапией базисными препаратами ($p < 0,05$). Число рецидивов ГГ в год снизилось в группе, получавшей комбинированную терапию с применением ГМДП в 4,9 раз (до $1,12 \pm 0,23$), базисная терапия снизила частоту рецидивов в 2,53 раза (до $2,16 \pm 0,46$), ($p < 0,05$). В результате проведения комбинированной терапии происходит повышение уровня α -дефензинов (до $59,6 \pm 4,1$) нг/мл, снижение уровня IL-1 β с ($20,8 \pm 3,6$) до ($14,2 \pm 1,2$) пг/мл, снижению IL-12 с ($19,6 \pm 2,2$) пг/мл до ($13,1 \pm 2,0$) пг/мл, способствуя нормализации его содержания и переключению иммунного ответа на Th2-тип.

Классификация типов старения тыла кистей у женщин

Староватова П.А., Губанова Е.И., Гладыко В.В., Вавилова А.А.
Институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО МГУПП,
клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

В контексте концепции гериатрических синдромов проблема старения кисти привлекает особое внимание, что связано с повышенным требованием к качеству жизни современной женщины. Изучение этапов и типов старения кистей, разработка научно-обоснованной превентивной стратегии является одним из актуальных направлений в эстетической медицине.

Цель. Разработка классификации старения тыльной поверхности кистей рук у женщин.

Материалы и методы. На базе клиники «Валлекс Мед» проведено изучение признаков старения кистей и анкетирование 310 женщин славянского типа обратившихся за косметологической помощью. Критерии включения в исследование: здоровые женщины в возрасте от 25–65 лет, I–III фототип и индексом массы тела (ИМТ) 18–30. Разработанная анкета содержала 4 блока вопросов, включающих наследственность, морфометрические данные, клинические признаки старения, самооценку состояния кожи и мягких тканей кистей, определение стадии старения по визуальной шкале Мерц (ВШМ). Деформационные изменения суставов не брались во внимание.

Результаты. Среди значимых из 8 предложенных признаков, определяющих «стареющую кисть», пациентами были выделены 4 основных: пигментные пятна, контурирование вен и сухожилий, дряблость/морщинистость, истончение кожи тыла кистей (у 87%, 84%, 78% и 76% соответственно). В ходе данного исследования была выделена группа женщин после 40 лет ($n=208$) с признаками хроно- и фотостарения и определены три основных типа и подтипа старения тыла кисти, коррелируемые с возрастом, ИМТ, толщиной складки, стадией старения по ВШМ. I тип – атрофический тип (31%, $n=34$) встречается у женщин астенического телосложения, ИМТ 18–19. Для данного типа характерны: прогрессирующая атрофия мягких тканей, контурирование вен и сухожилий, тонкая сухая кожа, подкожно-жировая клетчатка (ПЖК) развита слабо, кожная складка области тыла кистей тонкая (1–2 мм). Выявлена прямая корреляция прогрессирования степени старения с возрастом. Отмечено, что атрофические изменения тканей тыла кистей с контурированием сухожилий происходят ближе к пястно-фаланговым суставам, в области тыла кистей тонкая

(1–2 мм), подкожно-жировая клетчатка (ПЖК) развита слабо. II тип – нормотрофический тип (48,1%, $n=54$) встречается у нормостеников, ИМТ 19–24, кожная складка средней толщины (2–2,5 мм), ПЖК развита умеренно, вены и сухожилия слабо визуализируются. Симптомы морщинистости/дряблости, сухости кожи прогрессируют после 50 лет. III тип – гипертрофический тип (20,4%, $n=23$) встречается у женщин гипертенического телосложения, ИМТ 25–30, ПЖК тыла кистей хорошо выражена, кожная складка толщины выше среднего (2,5–4 мм), вены и сухожилия практически не визуализируются. Обнаружено, что контурирование сухожилий сгибателей и извилистость вен (венозно-сухожильный подтип) генетически детерминированы, а даже в молодом возрасте могут визуализироваться. Данный подтип в нашем исследовании определен лишь у 7,9% ($n=8$). Выявлено, что признаки фотоповреждений кожи тыла кистей не зависят от ИМТ, коррелируют с возрастом, фотостарением лица. Количество пигментных пятен при атрофическом и нормотрофическом типах увеличивается с возрастом с высоким положительным коэффициентом корреляции. Единичные возрастные пятна впервые могут появиться на четвертом десятилетии, в дальнейшем они сливаются между собой, увеличиваясь. Выводы Анализ инволюционных процессов с определением типа и стадии старения кистей позволяют специалистам обоснованно выбирать превентивные методы эстетической коррекции. Предложенная рабочая классификация старения кистей доступно демонстрирует особенности возрастных изменений и может быть использована как клинико-диагностический тест врачам и пациентам в ежедневной практике.

К вопросу о состоянии слизистой оболочки полости рта, пораженной красным плоским лишаем и вирусом папилломы человека

Старшинина В.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) является полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют иммунные, эндокринные, интоксикационные метаболические процессы с поражением кожи и слизистых оболочек. Важность проблемы КПЛ на слизистой оболочке полости рта (СОПР) для здравоохранения обусловлена возможностью злокачественной трансформации очагов поражения. В связи с возрастанием антигенной нагрузки на организм человека при КПЛ СОПР происходят существенные изменения в иммунной системе, которые могут обуславливать условно благоприятную среду хронического течения папилломавирусной инфекции (ПВИ). Вирус папилломы человека является одним из главных экзогенных факторов, провоцирующих структурную реорганизацию тканей. Можно предположить связь ПВИ в стимуляции пролиферативных процессов на СОПР и тяжелого течения КПЛ.

Цель: выявить особенности течения различных форм КПЛ СОПР при наличии ПВИ.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 пациентов с КПЛ СОПР (из них 49 женщин (84,5%) и 9 мужчин (15,5%) в возрасте от 43 до 68 лет, средний возраст $57,43 \pm 2,53$ лет. Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 10 лет ($5,58 \pm 1,26$ лет). Больным было проведено комплексное обследование по общепринятой методике, включающее определение и систематизацию жалоб, анамнеза жизни и заболевания, внешнего и локального осмотра. Для выявления и генотипирования ДНК ВПЧ использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Была проведена оценка состояния СОПР по методу Ю.А. Фёдорова и В.В. Володиной (1971). В качестве теста гигиенической оценки зубов использовалась окраска губной поверхности нижних фронтальных зубов йод-йодидо-калиевым раствором. Количественная оценка производилась по 5-бальной системе.

Результаты исследования. По результатам ПЦР диагностики, персистенция ВПЧ была выявлена у 35 (60,34%) пациентов (I группа). У этих

больных генотипирование вируса выявило преобладание типов: 6, 11, 13, 16, 31, 32, 33, 35. В этой группе преобладали пациенты с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами КПЛ СОПР (31,25% и 25,00% случаев соответственно), которые характеризовались более тяжёлым течением у 16(45,72%) больных с непродолжительными периодами ремиссии.

На основании полученных данных было зарегистрировано раннее начало КПЛ СОПР у большинства больных I группы – средний возраст дебюта заболевания составил $47,24 \pm 1,03$ лет, что было достоверно меньше, чем во второй группе ($59,31 \pm 2,11$ лет) ($p < 0,05$). Необходимо отметить низкий уровень гигиены полости рта у больных с выявленной персистенцией ВПЧ – $3,7 \pm 0,2$ баллов («очень плохой» уровень гигиены) по сравнению с показателями во второй группе – $1,9 \pm 0,01$ баллов.

Выводы. Определены особенности течения больных КПЛ СОПР при выявлении ПВИ: раннее начало заболевания, тяжелое, затяжное течение преимущественно экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенных форм дерматоза, а также низкий уровень гигиены полости рта.

Патогенные свойства мутированных влагалищных трихомонад (экспериментальное исследование)

Сюч Н.И., Мачкалян К.Э.

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования – изучить признаки патогенности мутированных нитрозогуанидином влагалищных трихомонад.

Материал и методы – мутагеном воздействовали на культуру влагалищных трихомонад. Рабочая концентрация нитрозогуанидина в ацетатном буфере (рН 7,4) или питательной среде составляла 500 мкг/мл. Продолжительность воздействия – 15 и 30 минут. Для остановки действия мутагена опытные образцы трижды отмывали буфером или питательной средой. Микроскопию нативных препаратов осуществляли при спущенном конденсоре. Оставшуюся культуру хранили в термостате при 37°C в течение 12 суток, ежедневно микроскопируя осадок.

Результаты исследования. Под воздействием химического раздражителя – мутагена нитрозогуанидина получена культура влагалищных трихомонад, продолжительность жизни которых на 5–7 дней больше по сравнению с контрольным образцом. В процессе исследования проанализированы основные факторы патогенности влагалищных трихомонад: способность прикрепляться к клеткам хозяина (адгезия), размещаться на их поверхности (колонизация), проникать в них (инвазия) и противостоять факторам защиты организма (агрессия). В отличие от известных свойств простейшего паразитировать на поверхности эпителиальных клеток, повторяя их рельеф, мутированные трихомонады фиксировались к поверхности клеток шипиками, образуя своеобразную колонию в виде «розетки». В случае наличия в питательной среде дрожжеподобных клеток или нитей мицелия, наблюдалась фиксация трихомонад на их поверхности. При этом обращали на себя внимание гигантские формы дрожжеподобных клеток по сравнению с контролем. Активные движения простейших, наблюдаемые через 24 часа с момента введения мутагена в культуру, постепенно замедлялись. Мутированные трихомонады активно поглощали питательные частицы из окружающей среды (в том числе и эритроциты), округлялись и бездвигивались. Характерной особенностью мутированных трихомонад являлась их способность сбрасывать жгутики и образовывать безжгутиковые формы (амастиготы). Выводы. Влагалищные трихомонады под влиянием физико-химических факторов среды обитания подвержены значительной модификационной изменчивости и, несмотря на относительно простое строение, обладают выраженными адаптивными способностями, обеспечивающими их выживание в экстремальных условиях. Не исключено, что случаи вялотекущего и трудно поддающегося лечению урогенитального трихомониаза, обусловлены наличием именно амастигодных (безжгутиковых) форм простейших с измененным геномом, обладающих повышенным потенциалом

к выживаемости. Мутированные простейшие обладают повышенной двигательной активностью и способностью к прочной фиксации на поверхности эпителиальных клеток. Выявленные особенности позволяют предполагать у мутированных штаммов усиление признаков «агрессивности».

Аддитивная терапия атрофических рубцов

Талыбова А.М., Стенько А.Г., Навасардян М.Г., Шматова А.А.

АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

Атрофические рубцы относятся к одной из самых распространенных патологий, с целью коррекции которой пациенты обращаются в специализированные медицинские учреждения дерматологической и косметологической направленности. Этиология и патогенез развития атрофических рубцов весьма многообразны, однако морфофункциональные изменения кожи весьма специфичны для всех видов атрофических рубцов. Терапевтические мероприятия при данной патологии, прежде всего, направлены на восстановление трофики и улучшение микроциркуляции в очагах.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 17 пациентов с атрофическими рубцами, обусловленными гормональными факторами, среди них женщин – 88,2%, мужчин – 11,8%. Медиана возраста составила – $31,5 \pm 3,2$ лет. Всем пациентам проводили процедуры селективного фототермолиза (на курс 3 сеанса, с интервалом 1 раз через 4 недели) и фармафореза препарата на основе плаценты (на курс 10 процедур, проводимых в интервале лазеротерапии). В результате фракционного воздействия высокоэнергетического лазера на эпидермально-дермальные структуры кожи активируются трофические и репаративные процессы за счет повреждения окружающих тканей и запускается процесс восстановления. Одним из перспективных направлений современной медицины является использование модификаторов биологического ответа, в частности плацентарных белков/пептидов. Экстракт человеческой плаценты проявляет высокую трофогенную активность за счет содержащихся в нем ферментативных веществ, в том числе убиквитина, что обуславливает его активность в процессах ремоделирования коллагена и обосновывает возможность использования в коррекции атрофических рубцов. Препарат «Лаеннек», в состав которого входят: клеточные факторы роста, про- и противовоспалительные цитокины, аминокислоты, антиоксиданты, ферменты, витаминный комплекс, минеральные вещества. Все вышеперечисленные активные компоненты препарата «Лаеннек» являются низкомолекулярными, что обеспечивает их хорошее проникновение в ткани и обуславливает возможность введения препарата в методе лекарственного фореза. Результаты исследования. Комбинированная методика, включающая селективную лазеротерапию и фармафорез препарата экстракта плаценты, обладает выраженным терапевтическим эффектом при атрофических рубцах, что подтверждается положительной динамикой индекса дерматологического статуса и ультразвукового дерма сканирования.

Результаты комбинированного применения лазерных технологий и комплекса коллагенолитических ферментов в реабилитационных мероприятиях у больных с постожоговыми рубцами в стадии формирования

Талыбова А.М., Стенько А.Г., Софинская Г.В., Шматова А.А.

АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

Одной из важных задач, определяющих приоритетное направление научных исследований в области физиотерапии, является обоснование и разработка комбинированных фармако-физиотерапевтических методик в лечении больных с рубцовыми изменениями. Актуальность тематики обусловлена, прежде всего, отсутствием эффективных мето-

дов профилактики и лечения формирующихся патологических рубцов, а также и тем фактом, что рубцовые поражения являются не только эстетическим дефектом и вызывают у пациентов функциональные нарушения, но и обуславливают определенные психологические проблемы, что в значительной степени отрицательно влияет на качество жизни. Одним из наиболее перспективных методов лечения формирующихся рубцовых поражений является лекарственный форец, особенно с использованием препаратов, влияющих на патологическое образование соединительной ткани, например с комплексом коллагеназа. Главные преимущества комбинированных методик основываются на суммации действия физических факторов, взаимном потенцировании лечебных эффектов, а в случаях фореца, также возможностью доставлять лекарственное вещество непосредственно в очаги поражения, что особенно важно при формировании патологических рубцов.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях было проведено обследование и лечение 43 больных с патологическими (постожоговыми) рубцами, в том числе 23 (53,5%) женщины и 20 (46,5%) мужчин. Средний возраст составил $22,6 \pm 3,9$ лет. У всех пациентов диагностировалась рубцовые изменения в стадии формирования – длительность процесса до 1 года. В зависимости от проводимого лечения пациенты были распределены на три группы: 1-я группа ($n=12$) – получала комбинированную терапию, включающую фракционную селективную лазеротерапию и лазерофорец комплекса коллагенолитических ферментов, 2-я группа ($n=10$) – фракционную селективную лазеротерапию, 3-й группа ($n=11$) – лазерофорец комплекса коллагенолитических ферментов.

Выводы. 1. Комбинированное применение фракционной лазеротерапии и лазерофореца комплекса коллагенолитических ферментов у пациентов с постожоговыми рубцами способствует более выраженному регрессу клинических симптомов, что подтверждается снижением индекса дерматологического статуса на 69,4%, по сравнению с фракционной лазеротерапией – 56,7% и лазерофорецом – 55,6% соответственно. 2. Комбинированная терапия у пациентов с формирующимися рубцами оказывает положительное действие на гистологическую и ультраструктурную картину тканей рубцов, что характеризуется улучшением васкуляризации, уменьшением числа фибробластов и снижением их функциональной активности, разрыхлением коллагеновых пучков и волокон при сохранности фибрилл. 3. Применение комбинированного метода способствует улучшению эпидермально-дермальной структуры кожи, что сопровождается уменьшением толщины дермы и увеличением акустической плотности тканей. 4. Высокая терапевтическая эффективность (85,7%) разработанного комбинированного метода у пациентов с патологическими рубцами подтверждается результатами отдаленных наблюдений, свидетельствующих о снижении количества рецидивов более чем в 3,5 раза, что сопровождается улучшением индекса ДИКЖ на 81%.

Локальная узкополосная (311нм) фототерапия ладонно-подошвенного псориаза у детей

Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.

Европейский медицинский центр, Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ, Москва

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов. По данным многочисленных исследований, от 1 до 3% населения всего земного шара страдает этим заболеванием. Одной из актуальных проблем является детский псориаз, заболеваемость которым имеет четкую тенденцию к росту. Ладонно-подошвенный псориаз у детей встречается примерно в четверти случаев всех форм псориаза и доставляет неудобства как пациентам, так и врачам-дерматологам, в связи с торпидностью течения патологического процесса и резистентностью к проводимой терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет с диагностированным ладонно-подошвенным псориазом с торпидным течением и резистентным к стандартной терапии. Всем пациентам была назначена локальная узкополосная

средневолновая ультрафиолетовая (УФВ 311нм) терапия. Протокол назначения ультрафиолетовой терапии включал: установление фототипа кожи в соответствие с классификацией Томаса Б. Фицпатрика, 1975, определение иницирующей дозы без определения МЭД и дозы пошагового увеличения, проведение процедур. При I фототипе начальная доза УФВ 311нм излучения была равной $0,05 \text{ Дж/см}^2$, при II фототипе – $0,1 \text{ Дж/см}^2$, при III фототипе – $0,2 \text{ Дж/см}^2$, при IV фототипе – $0,3 \text{ Дж/см}^2$. Пошаговое (каждая последующая процедура) увеличение дозы УФВ проводилось на $0,05 \text{ Дж/см}^2$ для I фототипа и на $0,1 \text{ Дж/см}^2$ для других фототипов кожи. Процедуры облучения назначали с кратностью 3 раза в неделю.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов отмечалась выраженная положительная динамика в отношении клинических симптомов заболевания. Индекс PASI редуцировал на 88,2% с $11,0 [Q1=10,4; Q3=11,6]$ баллов ($p < 0,01$) до $1,4 [Q1=1,1; Q3=1,7]$ баллов ($p < 0,01$). Глобальный индекс CSS в среднем редуцировал на 92,4% с $3,1 [Q1=3,0; Q3=3,2]$ баллов ($p < 0,05$) до $0,2 [Q1=0,1; Q3=0,3]$ баллов ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов с различными клиническими формами псориаза отмечалась сопоставимая эффективность. В соответствии с динамикой индексов дерматологического статуса общая терапевтическая эффективность локальной УФВ 311нм терапии составила в среднем – 92%, из них клиническая ремиссия отмечалась у 80% пациентов, при этом лишь улучшение наблюдалась у 8%. Следует отметить, что ни в одном клиническом случае после применения данного метода не наблюдалось каких-либо побочных эффектов. Данные результатов клинических анализов крови и мочи, а также биохимического анализа крови не выявили сколько-нибудь значимых изменений в конце курса терапии, что подтверждает высокую безопасность метода. Результаты отдаленных наблюдений показали, что у большинства пациентов на фоне применения пульс-терапии – 84,6% – удалось контролировать процесс на протяжении года: индекс PASI составил $2,9 [Q1=1,4; Q3=4,4]$ баллов ($p < 0,01$). На фоне применения интермиттирующей схемы период ремиссии в течение года сохранялся у 83,3% пациентов – индекс PASI $2,2 [Q1=1,6; Q3=3,8]$ баллов ($p < 0,01$). Побочные эффекты, в виде носящих проходящий характер эритемы и зуда, при поддерживающей терапии отмечались у 8,0% пациентов.

Заключение. Локальное применение УФВ 311нм терапии у детей с ладонно-подошвенным псориазом является высокоэффективной методикой. Данный метод позволяет достичь клинической ремиссии и значительного улучшения у подавляющего большинства пациентов (92%) с данной формой псориаза.

Фототехнологии в реабилитации пациентов детского возраста с псориазом

Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.

Европейский медицинский центр, Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ, Москва

В последние годы в детской дерматологии отмечается тенденция к увеличению удельного веса неинфекционных заболеваний, в частности псориаза. При этом именно вопросы профилактики обострений с использованием фототехнологий можно считать одной из актуальных проблем у пациентов детского возраста, когда применение ряда медикаментозных препаратов, преимущественно иммуносупрессивной терапии, ограничено в связи с выраженными побочными явлениями. Поэтому исследования, направленные на оценку эффективности и безопасности применения немедикаментозных методов в профилактике, в том числе фототехнологий, является весьма перспективными.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов (14 девочек и 12 мальчиков) с диагностированным псориазом в возрасте до 18 лет (медиана возраста $13,5 \pm 2,1$ лет). У всех пациентов отмечалась клиническая ремиссия, после проведения основного курса узкополосной 311нм фототерапии (среднее количество процедур $12,4 \pm 4,7$, суммарная доза УФВ 311нм излучения – $10,4 \pm 1,2$, максималь-

ная разовая доза – $1,4 \pm 0,2$). После основного курса узкополосной 311 фототерапии всем пациентам была назначена комбинированная терапия, включающая общую УФВ 311 нм фототерапию с кратностью 1 раз в неделю на протяжении до 3 месяцев и воздействие поляризованным полихроматическим светом на область симпатических нервных узлов (шейный отдел) с кратностью 3 раза в неделю – на курс 20 процедур. Протокол назначения ультрафиолетовой терапии включал: установление фототипа кожи в соответствии с классификацией Томаса Б. Фицпатрика, 1975, определение дозы для профилактического лечения с учетом максимальной разовой дозы основного курса фототерапии. При I фототипе доза УФВ 311 нм излучения составила в среднем $0,5 \text{ Дж/см}^2$, при II фототипе – $0,8 \text{ Дж/см}^2$, при III фототипе – $1,0 \text{ Дж/см}^2$, при IV фототипе – $1,0 \text{ Дж/см}^2$. Процедуры проводились без увеличения доз. Воздействие поляризованным полихроматическим светом производилось с расстояния 10–12 см от области облучения (задняя поверхность шейного отдела позвоночника), перпендикулярно к обрабатываемой поверхности с использованием фильтра интегрального полихроматического излучения с эмиссией в диапазоне от 480 до 3400 нм (степень поляризации > 95% в эмиссии на 590–1550 нм). Время воздействия составляло 6–8 минут.

Результаты и обсуждение. После применения комбинированного метода индекс дерматологического статуса PASI у пациентов с псориазом с клинической ремиссией после основного курса в среднем по группе составил: через 3 месяца – 1,8 [Q1=1,5; Q3=2,1] баллов ($p < 0,05$), через 6 месяцев 2,4 [Q1=2,1; Q3=2,7] баллов ($p < 0,05$), через 9 месяцев 3,8 [Q1=3,4; Q3=4,2] баллов ($p < 0,05$), через 12 месяцев 4,2 [Q1=4,1; Q3=4,3] баллов ($p < 0,05$). Таким образом, в целом по группе можно констатировать сохранение достигнутых результатов основного курса. Аналогичные данные были получены при статистической обработке результатов оценки индекса GSS. После применения профилактического комбинированного лечения глобальный индекс тяжести процесса GSS у пациентов с псориазом с клинической ремиссией после основного курса в среднем по группе составил: через 3 месяца – 0 баллов, через 6 месяцев 0,3 [Q1=0,2; Q3=0,4] баллов ($p < 0,05$), через 9 месяцев 0,6 [Q1=0,4; Q3=0,8] баллов ($p < 0,05$), через 12 месяцев 0,9 [Q1=0,8; Q3=1,1] баллов ($p < 0,05$). Количество пациентов с сохраненной клинической ремиссией составило через 3 месяца – 10%, через 6 месяцев – 96%, через 9 и 12 месяцев 88%. Следует отметить, что ни в одном клиническом случае после применения комбинированного метода не наблюдалось каких-либо побочных эффектов. Данные результатов клинических анализов крови и мочи, а также биохимического анализа крови не выявили сколько-нибудь значимых изменений в конце курса профилактической терапии, что подтверждает высокую безопасность метода.

Заключение. Комбинированное применение УФВ 311 нм терапии и поляризованного полихроматического света у пациентов после основного курса лечения, включающего узкополосную ультрафиолетовую терапию, является высокоэффективной методикой профилактики псориаза у детей. Данный метод позволяет сохранить клиническую ремиссию у подавляющего большинства 88% пациентов.

Пентоксифиллин в комплексной терапии истинной экземы

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Моднова А.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, клиника им. В.Г. Короленко, Москва

Экзема рассматривается как воспалительное заболевание кожи, имеющее несколько разновидностей. Истинная экзема отличается хроническим течением, частыми обострениями, развитием островоспалительных очагов, располагающихся симметрично. В типичных случаях в клинической картине преобладают гиперемия, отек, везикуляция

и резко выраженное мокнутие. Характерно формирование микроэрозий после вскрытия пузырьков («серозные колодцы»). Хорошо выражены истинный и ложный полиморфизм. Субъективно отмечаются жжение, зуд. При переходе процесса в хроническое течение клиническая картина отличается застойной гиперемией, инфильтрацией кожи в очаге поражения, подчеркнутым кожным рисунком и гиперпигментацией. В терапию экземы включают гипоаллергенный режим, диету. Медикаментозная терапия включает системные и топические препараты. Широко используются антигистаминные, десенсибилизирующие, противовоспалительные средства. При наличии вторичного инфицирования применяются антибиотики. Наружное лечение включает глюкокортикоидные средства, комбинированные препараты, в состав которых входят глюкокортикоиды и антибиотики и/или антимикотические препараты, традиционные нестероидные средства. Распространенность нарушений периферического кровообращения и трофические нарушения тканей предопределили интерес к разработке методов лечения с использованием сосудорасширяющих, ангиопротективных, улучшающих микроциркуляцию средств. Перечисленными свойствами обладает пентоксифиллин.

Целью данной работы было изучение эффективности и безопасности применения пентоксифиллина в терапии экземы. Мы применили препарат в комплексном лечении истинной экземы у 46 женщин в возрасте от 32 до 54 лет. Критерием включения в исследование являлась экзакербация истинной экземы. Критериями исключения были: возраст до 18 лет оперативное вмешательство, проведенное менее недели назад лактационный период нарушения ритма сердца беременность почечная недостаточность аллергия на препарат и его составляющие склонность к наружным и внутренним кровотечениям язва желудка и двенадцатиперстной кишки инфаркт миокарда (острый период) печеночная недостаточность сердечная недостаточность сахарный диабет артериальная гипотензия. Препарат применяли внутривенно в виде 2% раствора для инъекций, вводили по 5 мл 1 раз в день. Всего на курс назначали 10 ежедневных инъекций. Одновременно пациенты получали антигистаминные, десенсибилизирующие препараты в стандартных дозировках, топическую терапию. Общий курс лечения составлял 21 день. Лечение все пациентки переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов отмечено не было. По окончании курса терапии у 27 пациенток отмечено значительное улучшение, у 19 – улучшение состояния. Представленные нами данные свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и хорошей переносимости пентоксифиллина в комплексной терапии экземы.

Возможности повышения эффективности терапии склеротического лишая вульвы

Чернова Н.И., Багаева М.А., Солнцев В.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДХМ. Филиал «Останкинский», Москва

Актуальность Заболевания вульвы и влагалища представляют междисциплинарную проблему, решение которой возможно при тесном взаимодействии гинекологов, дерматологов, онкологов, урологов. Склеротический лишай является одним из наиболее распространенных заболеваний вульвы, характерным симптомом которого является зуд в области клитора, малых половых губ, входа во влагалище, кожи промежности, ануса.

Целью работы явилось повышение эффективности лечения пациенток со склеротическим лишаем вульвы.

Материалы. Под наблюдением находились 25 женщин в возрасте 35–55 лет, средний возраст больных составил $39,27 \pm 3,02$ лет. Диагноз склеротического лишая вульвы был поставлен на основании гистологического исследования. Длительность заболевания составила в среднем

3 года 4 месяца. Все пациентки предъявляли жалобы на выраженный зуд, носящий постоянный либо приступообразный характер, усиливающийся в ночное время, 9 женщин беспокоили нарушения мочеиспускания, диспареуния.

Методы. Всем пациенткам проводилась комплексная терапия в амбулаторных условиях. На первом этапе назначался раствор Solanum Degosum 0,004% 5 мл через 24 часа 2 инъекции затем через 72 ч 3 инъекции 5 внутривенных вливаний на курс. Далее использовали эрбиевый лазер и PRP, который готовили по стандартному протоколу: 1. Взятие крови из кубитальной вены (9 мл). 2. Центрифугирование при 3500 об./мин. в течение 5 минут. 3. После фазового разделения взятие 4 мл PRP. Инъекции препарата PRP проводили интрадермально с помощью мезотерапевтической техники, сразу после лазерного воздействия. На третьем этапе назначался Solanum Degosum в форме геля, тонким слоем утро-вечер в течение 10 дней. При наличии в анамнезе рецидивов генитального герпеса для профилактики назначался валацикловир 500 мг в течение 3 дней до и после процедуры. Проведено 2 курса терапии с интервалом 30 дней. Эффективность терапии оценивали на основании динамики субъективных и объективных симптомов.

Результаты. При визуальном осмотре отмечали инфильтрацию в области клитора, асимметрию малых половых губ, атрофию в области больших половых губ и промежности. Молекулярно-генетическим методом у 11 женщин получены позитивные тесты на ВПЧ; в 4 случаях, как ВПЧ, так и ВПГ. После проведения процедур осложнений зафиксировано не было. Во всех случаях отмечен хороший косметический эффект. В течение первого месяца наблюдения у всех больных отмечалась положительная динамика субъективных симптомов (исчезновение зуда), улучшения качества сексуальной жизни. Через 6 месяцев позитивная динамика сохранялась.

Рецидив заболевания в течение 1 года наблюдения отмечен у 2 пациенток.

Выводы. Применение Solanum Degosum, эрбиевого лазера и PRP показало хорошие результаты в терапии склеротического лишая, характеризующиеся исчезновением или снижением интенсивности зуда, хорошим косметическим эффектом и низкой частотой рецидивирования.

Способ коррекции ладонно-подошвенного синдрома у онкологических больных, принимающих мультикиназные ингибиторы

Шатохина Е.А., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б., Котенко К.В.
Центральная государственная медицинская академия
УД Президента РФ, Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. За последние несколько лет мультикиназные ингибиторы успешно вошли в арсенал противоопухолевых препаратов. Мишени мультикиназных ингибиторов не обладают специфичностью и определяются в нормальных клетках и тканях организма, обеспечивая их физиологические функции, таким образом возникает токсический эффект терапии, который определяется механизмом действия, метаболизмом лекарственного средства, дозой и длительностью его применения. Наиболее часто встречаются кожные токсические реакции, так как в кератиноцитах кожи и ее придатках широко представлен рецептор эпидермального фактора роста (EGFR). Он экспрессируется в клетках фолликулярного эпителия, потовых и сальных желез, капиллярах дермы и обуславливает развитие нежелательных побочных реакций. Эффект ингибирования EGFR включает ослабленный рост и миграцию кератиноцитов и экспрессию воспалительных цитокинов этими клетками. К самым серьезным кожным проявлениям токсичности можно отнести ладонно-подошвенный синдром (ЛПС). ЛПС проявляется в виде эритемы, отека, болевых ощущений, гиперестезий, а в некоторых случаях (тяжелая степень тяжести) – в виде

образования пузырных элементов, тотальной десквамации, глубоких трещин на ладонях и подошвах, что может приводить к ограничению движений и самообслуживания. Развитие токсической реакции в виде ЛПС не всегда дает возможность провести полноценный курс противоопухолевой терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 12 пациентов, получавших различные препараты из группы мультикиназных ингибиторов. У всех пациентов наблюдалась токсическая реакция кожи в виде ладонно-подошвенного синдрома 2–3 степени тяжести. Для его коррекции использовалась комбинация препарата тиоктовой кислоты в дозе 600 мг в сутки в течение 14 дней и фармафорез 0,1% бетаметазона валерата с использованием переменного электрического поля, модулированного по частоте и амплитуде и/или их комбинация, которое повышает проницаемость рогового слоя, способствует открытию ионных каналов клеток ткани и позволяет препаратам проникать глубоко в ткани. Длительность воздействия 5 минут, курс – 10 процедур, проводимых через день.

Результаты исследования. Оценка интерпретировалась по пятибалльной шкале: 0 баллов – признак отсутствует, 1 балл – остаточные явления признака, 2 балла – признак слабо выражен, 3 балла – выражен умеренно, 4 балла – признак выражен сильно, 5 баллов – признак выражен очень сильно. У пациентов отмечалось частичное или полное купирование эритемы, отека, трещин, десквамации. На фоне купирования клинических симптомов у пациентов с ЛПС отмечалось уменьшение жалоб на парестезии, зуд, боль. При применении данной вспомогательной комбинированной терапии все наблюдаемые пациенты получили полный курс противоопухолевых препаратов без снижения дозировки, а также отмечали значительное увеличение активности в повседневной жизни, улучшение общего самочувствия и настроения.

Выводы. 1. Комбинированное применение препарата тиоктовой кислоты и фармафореза 0,1% бетаметазона валерата приводит к исчезновению или выраженной регрессии симптомов ЛПС, а также значительно уменьшает парестезии, боль и зуд кожи, сопровождающие прием препаратов группы мультикиназных ингибиторов. Это дает возможность получить запланированные курсы жизненно-важной противоопухолевой терапии без редукции доз или перерывов в лечении. 2. Для максимальной эффективности и широкого использования мультикиназных ингибиторов в онкологии при различных видах рака огромное значение имеет обеспечение поддержки и адекватного лечения пациентов, испытывающих кожные токсические реакции в виде ладонно-подошвенного синдрома, в связи с этим, понимание клинической картины кожной токсичности имеет решающее значение для оптимального лечения пациентов.

Фармако-физиотерапевтический способ коррекции кожной токсичности противоопухолевой терапии

Шатохина Е.А., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б., Котенко К.В.
Центральная государственная медицинская академия
УД Президента РФ, Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. Несомненно, лечение онкологических заболеваний в настоящее время является одним из самых значимых направлений медицины. Появляются новые лекарственные средства с высокой специфичностью и избирательностью действия препарата на клетки мишени (специфические моноклональные антитела, ингибиторы тирозинкиназ). Эффективное лечение увеличивает продолжительность жизни, что является самым главным критерием успеха терапии. Однако развитие побочных реакций, в том числе с поражением кожных покровов, может значительно снижать качество жизни онкологических больных, заставляя корректировать дозу препарата и даже прерывать лечение. Предотвратить развитие побочных эффектов и уменьшить их клиническое проявление становится необходимостью в сложном

комплексном лечении этой категории пациентов. Кожный покров является органом, доступным для воздействия наружными и аппаратными средствами терапии, что позволяет корректировать побочные реакции, не усиливая токсическую нагрузку. Для каждого класса препаратов есть специфичность кожной токсичности, но появление сухости кожи (ксероза) и зуда наиболее частые побочные реакции для всех групп противоопухолевых препаратов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов, получающих противоопухолевую терапию различными препаратами. Среди них 18 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 35 лет до 61 года. У всех пациентов отмечались клинические признаки ксероза и зуда. Все наблюдаемые пациенты получали лечение, включающее применение топического средства, в состав которого входит мочевины (2%), глицерин (10%), а также минеральные масла и жирные кислоты. Препараты пациенты использовали 2 раза в день на протяжении месяца. Кроме того, всем пациентам до нанесения наружного средства проводился сеанс облучения видимым инфракрасным поляризованным светом с оранжевым цветофильтром с длиной волны, лежащей в диапазоне 590–620 нм, низкой энергией излучения – плотность энергии 2.4 Дж/см², удельная мощность 40 мВт/см². Курс ИК-терапии состоял из 15 процедур, проводимых через день, длительность курса 30 дней. Воздействие светом проводилось с расстояния 10–12 см, перпендикулярно к поверхности кожи. Продолжительность облучения одного поля 1 минута, время одной процедуры 10–20 минут.

Результаты исследования. Эффективность комбинированного фармако-физиотерапевтического метода оценивалась по степени выраженности следующих симптомов: ксероз, зуд и эскориации, которые индексировались в баллах (0 баллов – признак отсутствует, 1 балл – остаточные явления признака, 2 балла – признак слабо выражен, 3 балла – выражен умеренно, 4 балла – выражен сильно, 5 баллов – выражен очень сильно). После комплексного лечения у всех пациентов отмечалось частичное или полное купирование ксероза (VAS 0,24±0,02) и зуда (VAS 0,15±0,02). Все пациенты отмечали значительное улучшение состояния кожи, уменьшение зуда, стянутости, чувствительности кожи, повышение активности и лучшую переносимость основного лечения.

Выводы. Комбинированное применение ИК-терапии и наружного увлажняющего средства, содержащего мочевины и глицерин, приводит к исчезновению или выраженной регрессии симптомов ксероза и зуда, что позволяет получить необходимый курс противоопухолевой терапии без редукции доз или перерывов в лечении.

Объективный акустический метод в дерматологии и косметологии

Федорова В.Н., Кашеваров Д.Ф., Козырь Л.В., Абасов М.А., Фаустова Е.Е., Чуринова О.И.

РГМУ им. Н.И. Пирогова, Клиника доктора Фаустовой

В последние годы для оценки механических свойств кожи стал широко применяться акустический метод, позволяющий измерять скорость распространения поверхностных волн акустического диапазона. В данной работе представлены некоторые результаты, полученные акустическим методом за последние 20 лет.

Акустический прибором измеряются следующие экспериментальные параметры: V_n – скорость в нормальной ткани; V_p – скорость в патологической ткани; V_y, V_x – скорости во взаимно-перпендикулярных направлениях, по которым вычисляется коэффициент акустической анизотропии $K = V_y/V_x - 1$.

Акустический метод использован в оценке методов терапии атопического дерматита у детей, сопровождающегося диспанкреатизмом и дермо-респираторным синдромом. Использовались методики бальнеотерапии (кожезащитные ванны), комплексной терапии с применением адсорбента. Предложен количественный критерий для оценки эффективности проводимых лечений, основанный на изменении в процессе лечения коэффициента анизотропии K .

По параметру (V_p/V_n) определены типы перерождений кожи (неосложненные, гипертрофические рубцы). Проведена сравнительная акустометрия при формировании нормотропического и гипертрофического рубцов. Полученные данные позволили прогнозировать сроки созревания рубцов разного типа.

По изменению величины скорости V оценены следующие воздействия на кожу: очищающие процедуры (умывание, тепловая ванна), косметические маски, обертывание, увлажняющие кремы.

Установлено соответствие между акустическими механическими свойствами тканевых систем и их структурной организацией. Показана возможность частичной замены диагностических биопсий на акустическое сканирование.

Сопоставление гистологических данных с акустическими параметрами позволяет приблизиться к пониманию влияния структурной организации ткани на ее акустические характеристики.

Установлено соответствие между механическими свойствами тканевых систем и структурной организацией исследуемых тканей.

Показана возможность частичной замены диагностических биопсий на акустическое сканирование

<i>Александрова А.К., Смольяникова В.А., Фоминых Е.С.</i> Экспрессия рецепторов эпидермального фактора роста у пациентов с себорейным кератозом.	35
<i>Аленичев А.Ю.</i> Исследование клинической эффективности новой клеточной технологии Cellular Matrix (Клеточный матрикс).	35
<i>Аленичев А.Ю.</i> Комбинированное применение микроигольной RF-терапии и инъекций богатой тромбоцитами плазмы, активированной аутологичным тромбином в эстетической медицине.	35
<i>Амбарцумян Л.Л., Королькова Т.Н.</i> Изменение функциональных параметров кожи при биоревитализации.	36
<i>Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.</i> Сравнительный ретроспективный анализ распространенности кардиоваскулярной коморбидности у больных псориазом и псориатическим артритом (госпитальная когорта)	36
<i>Безуглый А.П., Потекаев Н.Н.</i> Количественная оценка эффективности терапии псориаза методом высокочастотной ультрасонографии 22 и 75 МГц.	37
<i>Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.,</i> Клинические и патогенетические аспекты атопического дерматита и их коррекция.	37
<i>Вавилова А.А., Губанова Е.И.,</i> <i>Гладько В.В., Староватова П.А., Закирова Г.Ш.</i> Критерии эффективности лечения пигментации как признака фотостарения кожи.	37
<i>Василенко Т.И. Метлинова Е.В.</i> Сравнительное изучение эффективности различных методов лечения аногенитальных бородавок у женщин.	38
<i>Владимиров В.В., Матушевская Е.В., Владимирова В.В.</i> От частного к общему: лечение себорейной пузырьчатки.	38
<i>Герасимчук Е.В.</i> Профиль микологического больного: формирование здорового образа жизни.	39
<i>Глебова Л.И., Старшинина В.А., Сазонова М.А.</i> Случай редкой формы эритематоза на красной кайме губы.	39
<i>Голоусенко И.Ю., Абесадзе Г.А.</i> Опыт применения циклоспорина А при атопическом дерматите.	39
<i>Голоусенко И.Ю.</i> Значение пробиотика в терапии атопического дерматита.	40
<i>Гомберг М.А., Гущин А.Е., Ковалык В.П.</i> Феномен самоизлечения в дерматовенерологии.	41
<i>Горина Ю.А.</i> Коморбидные состояния у больных псориазом.	41
<i>Губанова Е.И.</i> Ботулинотерапия и филлеры в комплексной коррекции губ и периоральной зоне.	41
<i>Демина О.М., Потекаев Н.Н., Картелишев А.В.</i> Иммунопатогенетические механизмы инновационной комбинации лазерной и фотодинамической терапии угревой болезни.	42
<i>Закирова Г.Ш., Гладько В.В., Губанова Е.И., Вавилова А.А., Староватова П.А.</i> Ближайшие и отдаленные результаты эффективности пептидных препаратов в коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи.	42
<i>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Бакусева З.Я., Пилявская С.О., Гришко Т.Н., Гребенюк В.Н.</i> Трудности диагностики лимфом кожи у детей. Клинический случай.	43
<i>Заторская Н.Ф., Динер Н.Е., Валитова И.В.</i> Мастоцитоз: особенности течения и диагностики заболевания.	44
<i>Звездина И.В.</i> Альтернатива топической стероидной терапии ограниченного псориаза в стационарной и регрессирующей стадиях.	44
<i>Иванова М.А., Романова О.В.</i> Заболееваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в 2015 году: сравнительная оценка с 1997 и 2006 гг.	45

<i>Исаева С.Г., Задионченко Е.В., Звездина И.В.</i>	
Отечественный препарат ботулинического токсина типа А на основе желатина в терапии первичного локального гипергидроза	45
<i>Кандалова О.В Ключникова Д.Е. Джафарова С.С.</i>	
Коморбидность в трихологической практике	45
<i>Каримова И.М. Ляпон А.О.</i>	
Результаты клинической эффективности гидролизата плаценты человека при псориазе	46
<i>Карлова А.В., Баткаев Э.А., Федорова В.Н.</i>	
Оценка эффективности метода измерения акустической проводимости кожи у пациентов с предрасположенностью к розацеа	46
<i>Кладова А.Ю., Максимова М.В., Купарев В.И.</i>	
Клинический случай тяжело-протекающей пиодермии лица на фоне ВИЧ-инфекции	47
<i>Кладова А.Ю., Максимова М.В., Немировская И.Ю.</i>	
Опыт применения 0,1% мази Такролимус у пациентки с линейной формой склеродермии по типу «удар саблей»	47
<i>Коган А.И., Кладова А.Ю.</i>	
К миксту сифилиса и генитального герпеса	48
<i>Коган А.И., Кладова А.Ю.</i>	
Герпетический блефарит в дерматологической практике	48
<i>Коган А.И., Кладова А.Ю., Немировская И.Ю.</i>	
Острая дистрофия ногтей как осложнение вирусной пузырчатки.	48
<i>Константиновская Е.Е.</i>	
Определение корреляции интенсивности зуда с уровнем концентрации IL-31 у больных атопическим дерматитом	49
<i>Королькова Т.Н., Гома С.Е.</i>	
Изменение функциональных параметров кожи при мезотерапии полипептидами эпифиза	49
<i>Левшин Р.Н., Жукова О.В.</i>	
Опыт преодоления стероидрезистентности комбинированным фармакофизioterапeвтичeским лечением гипертрофических форм красного плоского лишая (КПЛ), включающим в себя сочетание локального воздействия полихроматического света (ПС) и ингибитора кальциневрина	49
<i>Левшин Р.Н., Жукова О.В.</i>	
Клиническая эффективность и изменение цитокинового статуса у пациентов с атипичными формами красного плоского лишая на фоне комплексной структурно-резонансной терапии.	50
<i>Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Иванова Е.С., Артюхина Л.Ю., Зельтень-Абрамов Е.М.</i>	
Коморбидные состояния в практике дерматолога многопрофильного стационара: грибковидный микоз у пациента на программном гемодиализе	51
<i>Малярчук А.П.</i>	
Использование метода скотч-проб для диагностики микозов стоп	51
<i>Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.</i>	
Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны	51
<i>Моисеева И.В., Дорохина О.В., Яцына И.В.</i>	
Опыт применения инновационных форм наружных лекарственных средств в профилактике хронических аллергодерматозов у рабочих металлургического производства	52
<i>Мордовцева В.В.</i>	
Принципы диагностики генодерматозов.	52
<i>Овчинникова С.П., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Заторская Н.Ф.</i>	
Случай шиповидного фолликулярного дерматоза CROCKER-ADAMSON на детском приеме	53
<i>Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б.</i> Особенности течения экземы у пожилых пациентов с пониженным уровнем витамина D в сыворотке крови	53
<i>Перламутров Ю.Н. Ольховская К.Б.</i>	
Гормонально-метаболические нарушения у пациентов с воспалительными заболеваниями кожи старшего и пожилого возраста	53
<i>Петрова С.Ю., Солнцев В.В., Метлинова Е.В., Подарь И.И., Скворцова О.А., Игнатьева К.В.</i>	
Особенности амбулаторного дерматологического приема пациентов в возрастной группе старше 60 лет	54
<i>Потапова А.А., Туполева Т. А., Овчинникова Е.Н., Шульгина М.М., Ермолаева М.И., Ефремова Е.В., Сяч Н.И.</i>	
Значимость неопределенных результатов исследования антител к вирусу гепатита С для клинической практики	54
<i>Потекаев Н.Н., Дзыбова Э.М., Василевская Е., Варданян К.Л.</i>	
Фототехнологии в комбинированной терапии актинического кератоза	55
<i>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.</i>	
Линейная форма склеродермии на коже полового члена у мужчин	55

<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В.</i> Выявление сифилиса среди иностранных граждан и лиц без гражданства в городе Москве	56
<i>Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И.</i> Коррекция кожных проявлениями хронической РТПХ у детей наружными средствами	56
<i>Протасов А.Д.</i> Остроконечные кондиломы аногенитальной области: возможное решение найдено?	57
<i>Романова Ю.Ю., Львов А.Н., Романов Д.В., Миченко А.В.</i> Дифференциальная диагностика аутодеструктивной патологии волос	57
<i>Садретдинов Р.А., Короткий Н.Г.</i> Роль инфекций, передаваемых половым путем и эндотелиальной дисфункции в патогенезе мужского бесплодия	58
<i>Свечникова Е.В.</i> Диагностические подходы при торпидном течении atopического дерматита	58
<i>Свечникова Е.В., Максимова Ю.В., Лыкова С.Г., Куприянова Л.Я., Кноль С.А., Максимов В.Н.</i> Обоснование дополнительных методов исследования при торпидном течении atopического дерматита	59
<i>Симановская Е.Ю., Валитова И.В., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i> Ошибки диагностики чесотки	59
<i>Симановский С.Е., Валитова И.В., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i> Практический подход к подбору наружной терапии в частном случае буллёзного эпидермолиза	59
<i>Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А., Монтес Росель К.В.</i> Количественная оценка клинических манифестаций при различных вариантах течения эпидермофитии и рубромикоза стоп	60
<i>Соловьев А.М., Анохина Л.С., Кулешова Л. М.</i> Состояние иммунной системы и фармакотерапия у больных рецидивирующим урогенитальным кандидозом	61
<i>Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Волкова Е.В., Масюкова С.А., Кузьминская М.А.</i> Влияние бактериального лизата <i>E.coli</i> на мукозальный иммунитет больных простым герпесом с локализацией в области гениталий	61
<i>Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Алиева З.А.</i> Дисрегуляция экспрессии цитокинов и антимикробных пептидов при гнойном гидрадените	62
<i>Сорокина Е.В., Масюкова С.А.</i> Иммунотерапевтическая концепция применения микробных антигенов при инфекционных и инфекционно-аллергических дерматозах	62
<i>Староватова П.А., Губанова Е.И., Гладько В.В.</i> Классификация типов старения тыла кистей у женщин	63
<i>Старшина В.А.</i> К вопросу о состоянии слизистой оболочки полости рта, пораженной красным плоским лишаём и вирусом папилломы человека	63
<i>Сюч Н.И., Мачкалян К.Э.</i> Патогенные свойства мутированных влагилицильных трихомонад (экспериментальное исследование)	64
<i>Талыбова А.М., Стенько А.Г., Навасардян М.Г., Шматова А.А.</i> Аддитивная терапия атрофических рубцов	64
<i>Талыбова А.М., Стенько А.Г., Софинская Г.В., Шматова А.А.</i> Результаты комбинированного применения лазерных технологий и комплекса коллагенолитических ферментов в реабилитационных мероприятиях у больных с постожоговыми рубцами в стадии формирования	65
<i>Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.</i> Локальная узкополосная (311нм) фототерапия ладонно-подошвенного псориаза у детей	65
<i>Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.</i> Фототехнологии в реабилитации пациентов детского возраста с псориазом	66
<i>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Моднова А.Г.</i> Пентоксифиллин в комплексной терапии истинной экземы	66
<i>Чернова Н.И., Багаева М.А., Солнцев В.В.</i> Возможности повышения эффективности терапии склеротического лишая вульвы	67
<i>Шатохина Е.А., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б., Котенко К.В.</i> Способ коррекции ладонно-подошвенного синдрома у онкологических больных, принимающих мультикиназные ингибиторы	67
<i>Шатохина Е.А., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б., Котенко К.В.</i> Фармако-физиотерапевтический способ коррекции кожной токсичности противоопухолевой терапии	68
<i>Федорова В.Н., Кашеваров Д.Ф., Козырь Л.В., Абасов М.А., Фаустова Е.Е., Чуринова О.И.</i> Объективный акустический метод в дерматологии и косметологии	68

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА,
КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ,
СБОРНИК ТЕЗИСОВ

VI Межрегионального форума
«Дерматовенерология и косметология:
синтез науки и практики»

17–18 октября 2016 года
Здание Правительства Москвы

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 06.10.2016. Подписано в печать 10.10.2016. Бум.офсет. 205x290/8
Гарнитура Bliss Pro Печать офсетная. Тираж 200 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д.57, тел. +7 (495) 332-02-45