



МОСКВА
7–10 октября
2008 г.

Х Всероссийский съезд дерматовенерологов

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ



ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ X ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

В сборнике представлены тезисы научных работ, отражающих основные направления научных и клинических исследований участников X Всероссийского съезда дерматовенерологов.

В Оргкомитет съезда поступило около 300 тезисов работ как от признанных специалистов в области дерматовенерологии, так и от практикующих врачей и молодых ученых.

Редакционная коллегия Оргкомитета приняла решение публиковать все тезисы, не изменяя их авторской стилистики и содержания, внося лишь технические и орфографические коррективы.

Оргкомитет X Всероссийского съезда дерматовенерологов

СОСТАВИТЕЛИ СБОРНИКА

Под редакцией

Академика РАН

Кубановой А. А.

Редакционный совет:

Волнухин В.А. — д.м.н.

Знаменская Л.Ф. — к.м.н.

Китаева Н.В. — к.м.н.

Кубанов А.А. — д.м.н.

Лесная И.Н. — к.м.н.

Надгериева О.В. — к.м.н.

Рахматулина М.Р. — к.м.н., доцент

Резайкина А.В. — д.м.н., профессор

Фриго Н.В. — д.м.н.

Шульман А.Я. — к.м.н.

Ответственные за выпуск:

Васильева М.Ю.

Глебова Ю.В.

Цыганова Е.М.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Вопросы организации дерматовенерологической помощи населению	4
2. Дерматология.....	14
2.1. Вопросы эпидемиологии, патогенеза, диагностики и терапии заболеваний кожи.....	14
2.2. Современные аспекты детской дерматологии	43
2.3. Клиническая микология	47
3. Инфекции, передаваемые половым путем	52
3.1. Эпидемиология, диагностика и терапия сифилиса.....	52
3.2. Урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем	58
4. Лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем	75

1. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Проведение экономического анализа деятельности стационарных отделений кожно–венерологических учреждений в Мурманской области с использованием индикаторов качества

Амозов А.М.

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Оценка эффективности использования экономического анализа и индикаторов качества в стационарных отделениях кожно–венерологических учреждений для определения направления реформирования и оптимизации объемов и сроков госпитализации без снижения качества и доступности специализированной дерматологической помощи.

Материалы и методы: В настоящее время анализ деятельности как учреждения в целом, так и отдельно взятого стационарного отделения чаще всего проводится на основе использования количественных показателей. Существующая система оценки деятельности стационарной помощи больным дерматологического профиля не отражает реальной картины, как по качеству оказания медицинской помощи, так и по ее экономической эффективности.

Для исследования были выбраны региональный и муниципальные кожно–венерологические учреждения Мурманской области, имеющие круглосуточные стационарные отделения для оказания дерматологической помощи. Были рассчитаны и проанализированы следующие показатели:

- стоимость госпитализации одного больного, которая состоит из стоимости одного койко–дня, умноженной на длительность пребывания;
- прямые затраты на оказание дерматологической помощи, включающие затраты на зарплату, медикаменты и расходные материалы, питание пациентов и мягкий инвентарь;
- затраты на стационарную помощь в пересчете на одного жителя области.

Проведен мониторинг индикаторов качества стационарной помощи.

Выводы: Стоимость госпитализации в стационарное отделение регионального уровня превышает аналогичный показатель в стационарах муниципального уровня на 43% за счет использования дорогостоящего оборудования и современных технологий, обеспечивающих более высокий уровень помощи дерматологическим больным. С другой стороны, затраты на содержание коек в стационарах муниципального уровня превышают аналогичный показатель, рассчитанный для областного ЛПУ, на 28% и стоимость лечения в пересчете на одного прикрепленного жителя в стационарных отделениях при ЦРБ выше в среднем в 5 раз. Это объясняется низкой эффективностью работы маломощных стационарных отделений и дефектами в планировании объемов дерматологической помощи. Комплексный анализ и оценка экономической результативности и индикаторов качества стационарной помощи обеспечивают планирование коечного фонда в регионе и позволяют сократить койки в маломощных стационарах при районных больницах без снижения качества и доступности дерматологической помощи в Мурманской области.

Особенности оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям Калужской области с заболеваниями кожи

Беликов А.Н.

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

В настоящее время в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения осуществляется оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) больным хроническими заболеваниями кожи и слизистых оболочек в соответствии с имеющимся перечнем видов помощи по профилю «дерматовенерология». Данный вид помощи оказывается в федеральных специализированных медицинских учреждениях согласно утвержденным стандартам.

Решение о направлении пациента в федеральное специализированное медицинское учреждение принимала врачебная комиссия диспансера, которая учитывала давность и тяжесть заболевания, а также результаты проведенного лечения.

За период с 2006 года по май 2008 года в ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» лечебно–диагностическая медицинская помощь, в том числе ВМП, оказана 28 жителям Калужской области с тяжело протекающими, резистентными по многим видам терапии, дерматозами.

Наибольшую часть направленных составили больные псориазом с различной стадией и тяжестью течения заболевания — 9 человек (32,1%), лечение по поводу очаговой и тотальной алопеции в центре «Здоровые волосы» получили 9 человек (32,1%), с нейрофиброматозом направлены 2 больных (7,1%), с розацеа — 2 больных (7,1%), по одному больному с другой патологией (экзема, вульгарная пузырчатка, atopический дерматит, склеродермия, дермальный эластореаксис, надбровная ульэритема).

Пациентам, госпитализированным для оказания ВМП, проводилась фотохимиотерапия с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов, поликомпонентное лечение распространенных форм кожных заболеваний с применением цитостатических и иммуносупрессивных средств, комбинированное лечение тяжелых форм псориаза, сопровождающихся артритом.

Дети, нуждающиеся в оказании специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, получали лечение на базе Российской детской клинической больницы. Из 14 пациентов больные псориазом составили 4 человека (28,5%), мастоцитозом — 3 человека (21,4%), atopическим дерматитом — 2 человека (14,2%), по одному человеку с тотальной алопецией, красным плоским лишаем, синдромом Сульцбергера — Гарбе, туберозным склерозом, пигментным невусом.

Таким образом, четкая система организации, состоящая из последовательной цепочки ГУЗ «Калужский областной кожно–венерологический диспансер» → Министерство здравоохранения и социального развития Калужской области → федеральное специализированное медицинское учреждение, позволяет оперативно решать вопросы оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Стандартизация лечебно–диагностического процесса как путь повышения эффективности и качества медицинской помощи в дерматовенерологии

Горбовая Т.В., Амозов М.Л.

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Внедрение и оценка эффективности использования Региональных стандартов медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля на территории области.

Материалы и методы: В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5478–1 на территории области поэтапно внедрены Региональные стандарты медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля.

Методическая помощь Центру оказана Уральским научно–исследовательским институтом дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий.

Результаты: На первом этапе стандарты апробированы на базе амбулаторного и стационарного отделений Центра. В стандарты внесены необходимые изменения и дополнения с учетом требований практического здравоохранения.

На втором этапе стандарты адаптированы для использования в кожно–венерологических кабинетах и отделениях лечебно–профилактических учреждений муниципального уровня, приказом комитета по здравоохранению области стандарты приобрели статус нормативных документов и внедрены в кожно–венерологические кабинеты, отделения ЛПУ городов и районов области.

В дальнейшем оценка качества оказания специализированной медицинской помощи муниципальными учреждениями здравоохранения осуществлялась с учетом выполнения Региональных стандартов. По результатам мониторинга отмечен рост с 71% до 98% пациентов, получивших в полном объеме обязательные диагностические исследования. Уровень качества специализированной медицинской помощи в среднем по каждому учреждению возрос на 9–11%. Удовлетворенность пациентов специализированной медицинской помощью возросла в среднем по области на 19,8%.

Выводы: Внедрение на территории Мурманской области Региональных стандартов специализированной медицинской помощи позволило:

- обеспечить унифицированные подходы к диагностике и лечению дерматологических заболеваний, ИППП во всех лечебно–профилактических учреждениях области с учетом современных требований и научных достижений;
- внедрить стандартизированные показатели оценки деятельности врачей–дерматовенерологов в каждом ЛПУ;
- обеспечить дальнейшее совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в области.

Организация лечебно–профилактических мероприятий в уголовно–исполнительной системе Алматинской области

Ешимов А.Е.

Алматинский областной кожно–венерологический диспансер, г. Алматы, Республика Казахстан

Санитарно–гигиеническая обстановка в пенитенциарной системе Казахстана остается напряженной. С целью совершенствования диагностики, лечения, профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди заключенных нами были разработаны организационные, методические подходы для обеспечения взаимодействия службы общественного здравоохранения и медицинских подразделений уголовно–исполнительной системы (УИС) Алматинской области.

В процессе исследования выявлено, что контингент лиц, поступающих в исправительные учреждения, является группой повышенного поведенческого риска, требующей проведения комплекса мероприятий по первичной профилактике ИППП, адаптированных к условиям пенитенциарной системы и социально–эпидемиологическим особенностям данного контингента. Для активного выявления ИППП нами предлагается обязательное проведение на этапе следственного изолятора клинико–лабораторного обследования следственно–арестованных лиц с использованием стандартного алгоритма лабораторной диагностики ИППП. Данный алгоритм рекомендуется использовать в дальнейшем на всех этапах уголовно–исполнительной системы для санации находящегося там контингента и осуществления контроля за ИППП. Отметим, что своевременное и эффективное лечение рассматривается как важная составляющая контроля за ИППП. В качестве основных препаратов для лечения ИППП в условиях пенитенциарной системы нами был рекомендован и использован: при сифилисе — бензатинбензилпенициллин G, хламидиозе — сумамед, гонорее — цефтриаксон. Использование стандартных методов диагностики и лечения ИППП в условиях пенитенциарной системы позволит более качественно осуществлять контроль за ИППП и способствовать эффективному взаимодействию дерматовенерологической службы общественного здравоохранения и медицинской службы системы УИС.

К проблеме оптимизации кадрового потенциала кожно–венерологических учреждений

Зильберберг Н.В.

ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: оценить отношение врачей кожно–венерологических учреждений (КВУ) к своей профессиональной деятельности.

Методы: Нами было проанализировано распределение положительных и негативных оценок своей работы среди 647 врачей в зависимости от занимаемой должности.

Результаты: Среди характеристик отношения к работе врачи, независимо от должностного статуса, наиболее часто указывают «высокую степень ответственности»: от 66,7% до 83,8%. На втором месте респонденты указывают «профессиональный интерес» от 42,9±4,4% до 90,0±2,1%, при этом профессора, доценты кафедр и клинические ординаторы достоверно чаще (в 1,3–1,6 раза) отмечают данную характеристику, чем врачи–лаборанты, практические дерматовенерологи, руководители КВУ и заведующие отделениями ($p \leq 0,045$). На третьем месте среди характеристик отношения к работе у руководителей КВУ, профессоров и доцентов стоит «инициатива» (от 66,7±8,7% до 38,5±0,9%), а практические дерматовенерологи, ординаторы и врачи–лаборанты на третьем месте указывают «выполнение определенной последовательности действий» (от 45,9±1,3% до 27,4±0,8%). Выявлены достоверные различия во встречаемости данной характеристики среди врачей–лаборантов и руководителей КВУ ($p = 0,015$). Установлено, что руководители, практические врачи дерматовенерологи, врачи–лаборанты и клинические ординаторы достоверно реже отмечают присутствие творческого подхода в их профессиональной деятельности, чем профессора, доценты и ассистенты кафедр ($p = 0,012$). Также среди профессорского состава учреждений интерес к работе отмечается чаще,

чем среди руководителей КВУ и зав. отделениями (90,0 и 56,4 % соответственно, $p = 0,001$). Выявлено, что практические дерматовенерологи и врачи–лаборанты достоверно чаще (в 2,8 и 4,2 раза), чем клинические ординаторы, используют такую негативную характеристику своего труда, как «выполнение только порученных заданий» ($p \leq 0,032$), что, вероятно, связано с возрастающей уверенностью в своих профессиональных знаниях и возможностях, и потребности в инициативных действиях и должно учитываться при формировании нематериальных стимулов.

Выводы: Вышесказанное свидетельствует о необходимости активного привлечения практических врачей–дерматовенерологов, врачей–лаборантов, клинических ординаторов к научным исследованиям, комплексной работе с сотрудниками кафедр, а также к обучению в аспирантуре и докторантуре для повышения в штате КВУ удельного веса высококвалифицированных кадров.

Практическая значимость внедрения медицинской информационной системы «Медиалог» в дерматовенерологических учреждениях Мурманской области

Кубанов А.А., Амозов А.М.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Повышение эффективности лечебно–диагностического процесса и минимизация временных затрат за счет перехода на систему электронного документооборота и создания системы контроля качества в режиме on–line.

Материалы и методы: В 2008 году утвержден национальный стандарт РФ «Электронная история болезни» (ЭИБ), который регламентирует и определяет правила применения электронных медицинских систем в здравоохранении. Это позволило реализовать внедрение электронной версии истории болезни в нашем учреждении.

В рамках выполнения ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» мероприятий Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, 2007–2011 гг.» в специализированных дерматовенерологических учреждениях 8 субъектов Российской Федерации была внедрена медицинская информационная система (МИС) «Медиалог», отвечающая всем требованиям национального стандарта, имеющая сертификат соответствия и позволяющая организовать эффективное взаимодействие подразделений внутри медицинского учреждения.

С целью введения в действие ЭИБ в течение 2007 года в ГУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» организована внутренняя локальная сеть, установлено необходимое оборудование и современное сетевое программное обеспечение. Специалистами ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» инсталлирована МИС «Медиалог», проведена адаптация системы, обучен медицинский и технический персонал. Нами разработана политика безопасности, порядок перевода в электронный вариант медицинской документации, организация проведения контроля качества медицинской помощи в режиме on–line. В электронную историю болезни интегрированы региональные стандарты медицинской помощи.

Выводы: Первые итоги работы в МИС «Медиалог» показали, что система является инструментом, обеспечивающим единый подход к ведению медицинской документации. Использование электронной истории болезни повысило степень соответствия диагностики и лечения установленным стандартам.

В настоящее время в режиме on–line осуществляется контроль качества оказания медицинской помощи во всех подразделениях ЛПУ. Повышена доступность дерматологической помощи, исключены потери данных при статистической обработке первичной медицинской документации. За счет электронного контроля на уровне регистратуры повышена эффективность использования рабочего времени врачей.

Ведение «Регистра больных хроническими заболеваниями кожи»

Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф., Надгериева О.В., Матушевская Ю.И., Шарова М.А., Мелёхина Л.Е.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Увеличение числа хронических заболеваний кожи в последнее десятилетие, их инвалидизирующее течение и недостаточная эффективность существующих методов лечения ставят эту проблему в ряд наиболее актуальных.

Одной из основных причин развития тяжёлых форм заболеваний кожи, резистентности к терапии и увеличения числа случаев потери трудоспособности является отсутствие единого подхода и преемственности в ведении больных на различных уровнях оказания специализированной дерматовенерологической помощи. Сложившаяся ситуация определила необходимость создания «Регистра больных хроническими заболеваниями кожи».

Сотрудниками Федерального государственного учреждения «Государственный научный центр дерматовенерологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» в 2007 году под руководством Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, академика Российской академии медицинских наук, профессора А.А. Кубановой был создан и ведётся «Регистр больных хроническими заболеваниями кожи». Данный регистр функционирует на основании «Методических рекомендаций по ведению Регистра больных хроническими заболеваниями кожи», утверждённых 30 апреля 2008 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Регистр позволяет осуществлять мониторинг качества оказания амбулаторно–поликлинической и стационарной специализированной медицинской помощи, плановое проведение диспансерного наблюдения, а также совершенствовать порядок отбора больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и оценивать потребность в отдельных видах высокотехнологичной медицинской помощи в лечебно–профилактических учреждениях дерматовенерологического профиля субъектов Российской Федерации.

Выводы: В «Регистр больных хроническими заболеваниями кожи» введена информация о 1500 больных псориазом и псориатическим артритом. В настоящее время ведётся работа по дальнейшему усовершенствованию структуры Регистра и обучению специалистов лечебно–профилактических учреждений дерматовенерологического профиля субъектов Российской Федерации по ведению Регистра.

Оценка возможности реализации профессиональных знаний врачами кожно–венерологических учреждений

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Воронова О.А., Шигаева Е.А.

ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель работы: изучить мнение врачей, занимающих различные должности в кожно–венерологических учреждениях (КВУ), относительно наличия условий для реализации их профессиональных знаний в КВУ.

Методы исследования: Проведено анкетирование 647 специалистов, работающих в кожно–венерологических учреждениях различного квалификационного уровня на территории Свердловской, Курганской, Мурманской, Челябинской, Оренбургской, Пермской, Иркутской, Читинской областей, Республики Башкортостан.

Результаты: Высокий удельный вес респондентов, считающих недостаточными условия для реализации их профессиональных знаний в КВУ, отмечается среди практических врачей–дерматовенерологов — 40,9 %, что в 1,8 раза больше, чем среди врачей–лаборантов ($p = 0,003$). В то же время среди руководителей КВУ и их заместителей, а также профессорского состава кафедр соответственно 72,7% и 80,0% респондентов считают, что условия для этого есть в полной мере. Практические дерматовенерологи в качестве причин, мешающих реализации профессиональных знаний, наиболее часто — в 38,5% случаев — называют отсутствие адекватной заработной платы, данный ответ встречается в 2,0 раза чаще, чем среди руководителей КВУ, в 1,8 раза чаще, чем среди врачей–лаборантов и в 3,8 раза чаще, чем среди профессоров ($p < 0,004$). В целом среди первых трех по значимости причин, мешающих реализации профессиональных знаний, для врачей–лаборантов КВУ: отсутствие адекватной оплаты труда (21,3%), стиль руководства КВУ (14,8 %), отсутствие достаточного количества времени (13,1%), следует отметить, что 19,7% врачей–лаборантов не задумываются над этим вопросом. Руководителям КВУ и зав. отделениями в первую очередь мешают реализации профессиональных знаний отсутствие достаточного количества времени (29,1 %), затем — отсутствие адекватной оплаты труда и социальных стимулов (19,7% и 12,0% соответственно). Отсутствие социальных стимулов труда как причина, не позволяющая реализовывать профессиональные знания, практическими врачами–дерматовенерологами называется достоверно чаще (в 2,8 раза), чем врачами–лаборантами ($p = 0,043$).

Выводы: Для формирования адресной и эффективной системы стимулирования врачей важным является оценка значимости различных стимулов труда среди специалистов в зависимости от их должностного статуса.

Медико–правовые аспекты организации контроля качества специализированной медицинской помощи в КВУ на современном этапе

Кунгуров Н.В., Гришаева Е.В., Игликов В.А.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Челябинский областной КВД № 3, г. Челябинск

Цель: Оптимизация системы контроля качества медицинской помощи в специализированных КВУ.

Методы исследования: Разработаны и приняты к исполнению «Положение об организации работы по экспертизе временной нетрудоспособности», «Положение об обеспечении качества оказания медицинской помощи пациентам», в рамках которого утверждены индикаторы оценки качества оказания медицинской помощи больным с хроническими дерматозами и ИППП.

Результаты: Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по законченным случаям госпитализации в КВУ. Экспертиза проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.), а при необходимости может быть проведена и очная экспертиза. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со Стандартами, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней. На каждый случай экспертной оценки на первом этапе заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи», которая содержит краткую характеристику случая и балльную оценку качества. При выборочном контроле на втором этапе экспертизы, проведенной реэкспертом, результаты фиксируются в «Журнале оценки качества медицинской помощи», в котором отражаются данные реэкспертизы и оценка расхождений с данными первичной экспертизы. По результатам обоих этапов экспертизы качества проводится ежеквартальный анализ работы КВУ. В целях оценки эффективности работы КВУ с использованием данных этапов экспертизы качества медицинской помощи проводится исчисление индикаторов качества оказания медицинской помощи.

Выводы: Система внутриучрежденческого контроля качества медицинской помощи (экспертная работа, индикаторы качества оказания медицинской помощи) позволяет администрации КВУ:

- выявлять дефекты, врачебные ошибки и другие факторы, оказавшие негативное действие и повлекшие за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- разрабатывать рекомендации, направленные на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе;
- выбирать наиболее рациональные управленческие решения и проводить оперативные корректирующие воздействия и контролировать реализацию управленческих решений.

К вопросу о характеристике материально–технической базы кожно–венерологических учреждений Урала, Сибири и Дальнего Востока

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

ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: Выявить основные причины нарушений лицензионных требований и условий оказания специализированной медицинской помощи дерматовенерологического профиля.

Методы исследования: Проведена экспертная оценка показателей, характеризующих материально–техническую базу 51 кожно–венерологического учреждения (КВУ) Урала, Сибири и Дальнего Востока.

В 26 (50,9%) из 51 КВУ (в 2007 г.) износ здания составлял более 50,0%, а в 13 из них — более 80,0%. В капитальном ремонте и реконструкции нуждались 44 (86,3%) КВУ. Кроме того, отделения в 6 (11,8%) КВУ располагались в помещениях, не имеющих водоснабжения и отопления.

Приведенная экспертная оценка медицинского оборудования и правильности его эксплуатации показала, что в 32 (62,7%) КВУ износ медицинского оборудования составлял свыше 50%, причем в 24 из них — более 70%. Обращает внимание, что

договор на сервисное обслуживание медицинского оборудования и план его проведения, а также план и договор на проверку измерительного оборудования имели не все учреждения (90,6 и 93,8% соответственно).

В 2007 г. 20 (39,2%) КВД получили предписания санитарно-эпидемиологической службы и лишь 8 (40,0%) из них выполнили данные предписания на 100%. Предписания МЧС и пожарной службы в 2007 г. были выданы 32 (62,7%) КВД, и лишь 7 (21,9%) из них полностью выполнили предписания.

Выводы: Таким образом, распространенной причиной нарушений лицензионных требований и условий оказания специализированной медицинской помощи является неудовлетворительное состояние материально-технической базы КВУ.

Рациональная профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций среди медицинского персонала КВД (группа высокого риска)

Лыткина И.Н.

Территориальное управление Роспотребнадзора по г. Москве

Цель: Оценить эффективность профилактического действия препарата Кагоцел® среди медицинского персонала (группа высокого риска) в сезон подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом.

Объект и методы исследования: В течение 2 месяцев в эпидсезоне 2005–2006 гг. под наблюдением находились медицинские работники, контактирующие с пациентами на амбулаторном приеме, работающие в КВД г. Москвы и Московской области (г. Мытищи). «Кагоцел®» (производство ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС») — пероральный индуктор эндогенных α- и β-интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью. Кагоцел® обладает этиотропным действием в отношении широкого спектра вирусов, а также выраженными иммуномодулирующими свойствами. Методом случайной выборки были выделены две группы для наблюдения: медицинский персонал, среди которого проводился курс профилактики препаратом Кагоцел® (опытная группа) и медицинский персонал, не получавший данный препарат (контрольная группа). В опытной группе для профилактики проводились 7-дневные циклы использования препарата Кагоцел®: 2 дня по 2 таблетки 1 раз в день, далее — 5 дней перерыв.

Результаты и выводы: Анализ полученных результатов показал, что использование препарата Кагоцел® для неспецифической профилактики респираторных инфекций в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ способствовало снижению частоты случаев заболеваний у принимавших препарат в 3,5 раза по сравнению с лицами контрольной группы. Положительный эффект Кагоцела® наблюдался и в последующие 30 дней после окончания курса, что свидетельствует о его высокой эпидемиологической эффективности. Медицинские работники отметили, что Кагоцел® очень удобен в применении (2 дня прием препарата и 5 дней — перерыв), не вызывает никаких побочных реакций и хорошо переносится лицами всех возрастных групп. Применение Кагоцела® позволяет защитить медработников, ведущих амбулаторный прием и входящих в группу высокого риска, от гриппа и ОРВИ в период сезонного подъема заболеваемости, снизить экономические потери по временной нетрудоспособности.

Роль и задачи кожно-венерологических учреждений в организации раннего выявления злокачественных новообразований кожи

Малишевская Н.П., Бакуров Е.А.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель работы: Анализ современного состояния заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) кожи; оценка результатов внедрения организационной технологии взаимодействия дерматовенерологической и онкологической служб по раннему выявлению больных с предопухолевой и злокачественной патологией кожи.

Методы исследования: Проведено сравнительное изучение заболеваемости ЗНО кожи населения РФ, УрФО, Свердловской области и г. Екатеринбурга с 1996 по 2006 г. Проанализировано абсолютное число случаев, показатели заболеваемости на 100 тыс. населения, среднегодовой темп прироста заболеваемости и смертности от ЗНО кожи; структура больных меланомой (МК) и раком кожи (РК) по стадиям заболевания, дифференцированный по полу возрастной состав, показатели летальности в течение первого года после установления диагноза, удельный вес активно выявленных.

Результаты: В структуре онкологической заболеваемости населения РФ в 2006 году ЗНО кожи заняли II ранговое место, составив 15,5% среди онкобольных женского пола и 10,9% среди мужчин. Показатель заболеваемости МК с 1996 г. возрос с 3,8 до 5,2 случая на 100 тыс. населения (+43,2%), другими ЗНО кожи — с 28,8 до 39,5 (+34,3%). Среднегодовой темп прироста заболеваемости МК составил 3,7%, РК — 3,0%, что в 2,5–2 раза превышает аналогичный показатель (1,5%) по всем новообразованиям в целом. Всего за период 1996–2006 гг. от ЗНО кожи умерло 47 257 человек. Показатель смертности от всех ЗНО кожи (С43, 44) возрос с 2,49 до 3,27 (+27,94%). Среднегодовой темп прироста составил 2,49%, против 0,06% — от всех новообразований (С00–97).

Среди населения Уральского ФО максимальный грубый показатель заболеваемости МК в 2006 году зарегистрирован в Свердловской области (6,56 случаев на 100 тыс. населения, среди женщин — 7,94, мужчин — 4,94). Прирост заболеваемости в грубых показателях с 1998 по 2006 г. составил +56,2%, в стандартизованных +37,4% (с 3,26 до 4,48), среди женщин соответственно +98,0% и +78,6%.

Удельный вес больных МК, выявленных на поздних (III–IV) стадиях опухолевого процесса, в РФ находится на уровне 31,3–32,5%, показатель летальности на 1-м году после постановки диагноза — от 16,4 до 14,1%, удельный вес больных МК, выявленных на профилактических осмотрах, составляет 8–11,5%, раком кожи — 13,3–19,9%.

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние организации раннего выявления больных по г. Екатеринбург, где внедрен метод дерматоскопии и последовательно внедряются технологии по организации раннего выявления больных с ЗНО кожи (в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ № 99/105 и методическими указаниями № 2003/60), показал выраженную положительную динамику: показатель выявления больных на ранних стадиях возрос на 36,7% (с 52,1% в 2000–2003 гг. до 71,2% в 2004–2007-м), удельный вес запущенных случаев (IV стадия) снизился на 33,0% (с 18,2 до 12,2 %); летальность в течение 1 года с момента установления диагноза снизилась на 19,2% (с 15,1 до 12,2%).

Выводы: Неблагоприятные тенденции эпидемиологической ситуации по злокачественным новообразованиям кожи в РФ, неудовлетворительные показатели организации их раннего выявления свидетельствуют о необходимости более широкого

внедрения рекомендуемых организационных технологий, в том числе скринингового диагностического метода дерматоскопии, в повседневную дерматологическую практику.

Совершенствование механизмов оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля

Мартынов А.А.

г. Москва

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках реализации проекта «Здоровье» в 2008 году в части региональных учреждений здравоохранения начата отработка новых подходов к организации оказания специализированной медицинской помощи с ориентацией на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование. Результатами указанной работы станет реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов труда, создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов, а также обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества.

Среди ранее предложенных механизмов повышения качества медицинской помощи и обеспечения ее доступности следует отметить проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан и наращивание объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета.

По результатам ежегодно проводимой дополнительной диспансеризации граждан Российской Федерации отмечается незначительное число впервые выявленных случаев заболевания болезнями кожи и подкожной клетчатки, что обусловлено отсутствием профильного специалиста в структуре обязательного набора врачей-специалистов. Вместе с тем сохраняющийся на протяжении всего периода проведения данного мероприятия незначительный удельный вес болезней кожи и подкожной клетчатки на поздней стадии свидетельствует о высоком профессиональном уровне врачей кожно-венерологических диспансеров.

Исполнение государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2007 г. по профилю «дерматовенерология» продемонстрировало превышение плановых объемов более чем на 25%. Фактически указанная медицинская помощь была оказана 2861 больному, в том числе 527 детям, что значительно повысило ее доступность для граждан Центрального, Северо-Западного и Уральского федеральных округов.

В рамках разграничения полномочий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления изучение результатов проведения вышеобозначенных мероприятий должно стать основой для построения современных моделей оказания медицинской помощи.

Повышение качества дерматовенерологической медицинской помощи в условиях разграничения полномочий

Мартынов А.А.

г. Москва

Одним из динамично развивающихся направлений организации оказания медицинской помощи является формирование системы контроля качества ее оказания. Структурные изменения системы органов государственной власти, а также процессы разграничения полномочий и предметов в сфере здравоохранения обеспечили построение принципиально новой системы контроля качества медицинской помощи. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан часть полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан — осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам, лицензирование отдельных видов деятельности — переданы для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Минздравсоцразвития России с целью методического обеспечения деятельности органов исполнительной власти, осуществляющих переданные полномочия, издан ряд нормативно-правовых актов и методических документов по исполнению переданных полномочий, в том числе определен порядок проведения контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а также негосударственных организаций, оказывающих соответствующие услуги.

С целью обеспечения качества высокотехнологичной медицинской помощи изданы Методические рекомендации юридическим лицам при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе по профилю «дерматовенерология», которые используются в процессе лицензирования на право осуществления медицинской деятельности.

Среди перспективных направлений развития системы повышения качества специализированной, в том числе дерматовенерологической, медицинской помощи следует остановиться на совместной работе федеральных органов исполнительной власти и профессиональных обществ с целью разработки и утверждения критериев качества отдельных видов специализированной медицинской помощи, а также создания профессиональных стандартов, устанавливающих основные профессионально-квалификационные требования к работнику в части уровня образования, навыков и знаний, необходимых для выполнения заданных должностных обязанностей, профессиональных задач при осуществлении определенной профессиональной деятельности, в целях достижения оптимального уровня качества в том числе медицинских услуг.

Об индикаторах качества медицинской помощи больным с заболеваниями кожи

Мартынов А.А.

г. Москва

Одним из важных компонентов системы управления качеством медико-социальной помощи населению является выработка количественных индикаторов качества медицинской помощи, способных дать объективную оценку структуре, процессу или результату оказания медицинской помощи.

Существующие в настоящий момент критерии качества не отражают единого подхода к процессу оказания медицинской помощи. Так, например, наиболее важной для пациента является информированность об услугах и уровне сервиса, для медицинского работника — выполнение стандарта оказания медицинской помощи, для сотрудника страховой компании — стоимость оказания услуг в рамках конкретного медико-экономического стандарта и т. д.

Изучение показателей качества жизни больных с патологией кожи в настоящее время активно внедряется в практику кожно-венерологических диспансеров и является перспективным направлением, поскольку позволяет количественно оценить психоэмоциональное состояние пациента, а также изучить эти показатели в динамике на протяжении достаточно длительного времени (до 6 месяцев).

К настоящему моменту установлено, что показатели качества жизни больного обладают независимой прогностической ценностью и являются не менее точными критериями определения состояния больного во время лечения, чем показатели оценки общесоматического статуса. В ряде случаев качество жизни, связанное со здоровьем, является критерием оценки эффективности медицинского вмешательства.

Учитывая, что влияние внешних проявлений кожных болезней («фактора личного дискомфорта (смущения)») на общую самооценку респондентов дерматологических клиник является преобладающим, что подтверждено многочисленными зарубежными и отечественными исследователями, целесообразно использовать показатели качества жизни больных в качестве индикаторов качества медицинской помощи, оказанной непосредственно больному (группа № 2 Индикаторов качества медицинской помощи в системе государственных гарантий и системы их оценки).

Работа по созданию индикаторов качества медицинской помощи должна осуществляться параллельно с подготовкой стандартов медицинской помощи и профессиональных стандартов. Это позволит создать не только эффективную систему управления качеством медико-социальной помощи населению Российской Федерации, но и обеспечит выполнение программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Правовой аспект управления организацией медицинских осмотров определенных категорий работников на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем и заразные кожные болезни

Минуллин И.К., Бильдюк Е.В., Вафина Г.Г., Шарлыкова Т.С.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»

В Республике Татарстан остается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, передающимися половым путем (ИППП), и заразными кожными болезнями (ЗКЗ).

Самым действенным методом предупреждения возникновения и дальнейшего распространения ИППП и ЗКЗ является проведение обязательных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров определенных категорий работников. Выявляемость больных среди работников общественного питания и торговли — 43,5%, дошкольных и образовательных учреждений — 15,9%. Существующая нормативно-правовая база объединила два отличных по своей сути вида медосмотров работников: медосмотры на профпригодность (часть I ст. 23 ТК РФ) и медосмотры с целью обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения (часть II ст. 213 ТК РФ). Приказы МЗ РФ № 286 от 07.12.1993 г. «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем», № 90 от 14.03.1996 г. «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска профессии» четко разграничивали проведение этих медицинских осмотров. После признания в 2003 году утратившим силу приказа № 286 (приказ МЗ РФ № 119) аналогичного приказа издано не было. Изданные позднее приказы МЗ и СР РФ № 83, 338 объединили медосмотры лиц, работающих с вредными веществами и производственными факторами и обследование на ИППП. В связи с этим можно отметить наличие образовавшегося правового вакуума федерального законодательства в данной сфере.

Согласно Конституции РФ, ТК РФ органы государственной власти субъектов РФ могут принимать законы и иные нормативные правовые акты по вопросам, не урегулированным федеральным законодательством. Кабинетом министров Республики Татарстан принято Постановление № 89 от 15.02.2008 г. (с изменениями от 28.02.2008) «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров определенных категорий работников на инфекции, передающиеся, преимущественно половым путем и заразные кожные болезни», которым утвержден перечень контингентов и кратность осмотров, регламентировано проведение медосмотров на базе специализированных кожно-венерологических учреждений.

Считаем необходимым выделить медицинские осмотры на ИППП и ЗКЗ в отдельный вид деятельности при процедуре лицензирования.

С учетом социальной значимости ИППП, необходимости государственного контроля, регламентировать проведение данного вида медицинских осмотров на базе специализированных кожно-венерологических учреждений.

Особенности здоровья и организация дерматовенерологической помощи мигрантам в г. Казани

Минуллин И.К., Вафина Г.Г.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань

На основании изучения сексуального здоровья мигрантов, особенностей организации им медицинской помощи в условиях мегаполиса определены факторы риска и пути профилактики ВИЧ, ИППП среди мигрантов.

Из концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. численность населения России сократится к 2015 г. на 6,2 млн чел. Одним из путей решения данной проблемы является привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития. Увеличение миграционных процессов оказывает отрицательное влияние на эпидемиологическую ситуацию принимающих стран. Каков портрет мигранта? Это мужчина 30 лет, работающий в сфере строительства, торговли, в 50% случаев женат. Как показывают опросы мигрантов, только 5,9% трудовых мигрантов ездят на заработки вместе с женой, 30% имеют рискованное сексуальное поведение в стране приема. Каждый третий имеет беспорядочные половые связи, каждый десятый имеет опыт употребления наркотиков.

Медицинское обследование мигрантов направлено на выявление заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче разрешения на временное проживание или вида на жительство в РФ. В РФ иностранные граждане проходят медосвидетельствование на ВИЧ, сифилис, лепру, другие инфекционные заболевания, обследование у врачей—дерматовенерологов, наркологов, фтизиатров. В ГМУ «РККВД», учитывая высокий уровень заболеваемости ИППП, проводится также бесплатное обследование мигрантов на другие ИППП, выявление которых не является основанием в отказе в выдаче справки в ФМС. Только специализированные государственные медицинские учреждения имеют право проводить медосвидетельствование данного контингента, где десятилетиями отлажен механизм противоэпидемической работы при выявлении инфекционных заболеваний.

За 2007 г. в г. Казани прошли медосвидетельствование 18 436 мигрантов, что в 2,7 раза больше, чем в 2006 г. Выявлено: 7 сл. ВИЧ, 95 сл. сифилиса, 160 сл. ИППП, 5 сл. чесотки.

Факторы риска заражения ВИЧ, ИППП среди мигрантов:

- оторванность от привычного социума, уклада жизни и семьи и как следствие — состояние длительного стресса мигрантов;
- неустойчивость правового положения в стране пребывания;
- практика употребления инъекционных наркотиков;
- случайные сексуальные контакты.

Пути профилактики ВИЧ, ИППП среди мигрантов в России:

- совершенствование миграционного законодательства РФ, государственное регулирование миграционных потоков;
- разработка федеральных и региональных программ, направленных на создание благоприятных условий для жизни и адаптации мигрантов, медицинской помощи, межстрановые подходы, учет культурных, национальных особенностей, взаимное сотрудничество органов здравоохранения, Роспотребнадзора, миграционной службы, работодателей, общественных организаций, органов правопорядка, национальных диаспор, все методы санитарно-просветительной работы в местах проживания и работы мигрантов.

Выполнение государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России»

Надгериева О.В., Кубанов А.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Медицинская помощь больным дерматовенерологического профиля на территории Российской Федерации оказывается специализированными медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации (кожно-венерологические диспансеры) и федеральными специализированными медицинскими учреждениями. Недостаточность материально-технической базы учреждений во многих субъектах Российской Федерации ограничивает обеспечение высокого качества медицинской помощи населению. В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в федеральных специализированных медицинских учреждениях Российской Федерации за счет средств федерального бюджета гражданам оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, представляющая собой комплекс современных медицинских услуг, обладающих значительной ресурсоемкостью.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с утвержденным Минздравсоцразвития России перечнем видов, включающим в себя современные медицинские технологии, применение которых невозможно в условиях большинства специализированных лечебно-профилактических учреждений субъектов Российской Федерации.

В 2007 году высокотехнологичная медицинская помощь в ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий» была оказана 527 больным (100% от планируемого объема оказания ВМП в соответствии с государственным заданием). Среди больных хроническими заболеваниями кожи, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, страдающие различными формами псориаза составили 67,5% (356 больных), атопическим дерматитом — 16,7% (88 больных), Т-клеточной лимфомой кожи — 6,5% (34 больных), пузырчаткой — 4,2% (22 больных), локализованной склеродермией — 3,6% (19 больных), красным плоским лишаем — 1,5% (8 больных). Значительную часть больных составили пациенты со среднетяжелым и тяжелым псориазом, многократно получавшие стационарное лечение по месту жительства, нередко с длительным применением системных глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов. Длительная иммуносупрессивная терапия нередко способствует возникновению побочных эффектов, развитию сопутствующей патологии, формированию тяжелых форм заболевания, что значительно затрудняет оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Лечение с применением фотохимиотерапии с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов получили 240 больных (45,5%), с применением узкополосной средневолновой и дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии — 159 больных (30,2%), бальнеофотохимиотерапию — 44 больных (8,3%), поликомпонентное лечение с применением цитостатических, иммуносупрессивных средств и эфферентных методов воздействия — 73 больных (13,9%), комбинированное лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и остео-, хондротективных средств — 11 больных (2,1%). В результате оказания высокотехнологичной медицинской помощи клиническое выздоровление было достигнуто у 21,6% больных ($n = 114$), улучшение — у 72,7% больных ($n = 383$), без перемен было выписано 5,1% больных ($n = 27$), ухудшение отмечалось у 0,6% больных ($n = 3$).

Лечение больных хроническими заболеваниями кожи с использованием высокотехнологичных методов показано в случаях тяжелого течения заболеваний, при отсутствии эффекта от предшествующего лечения, проводимого в специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Результатами оказания высокотехнологичной медицинской помощи является возможность достижения значительного улучшения, в ряде случаев клинического выздоровления, и, как следствие — восстановление трудоспособности больных и предотвращение развития инвалидизирующих форм заболеваний.

Новые направления в последипломном образовании дерматовенерологов

Орлов Е.В., Шакуров И.Г., Меркулова Т.Б.

СамГМУ, ГУЗ СОКВД, г. Самара

Не вызывает сомнений целесообразность реформирования системы последипломного обучения. Это обусловлено переходом на европейский стандарт последипломного медицинского образования, а также ускоряющимся процессом обновления знаний. Последипломное профессиональное обучение должно представлять собой непрерывное профессиональное развитие (НПР),

преимущественно самостоятельное обучение специалиста. В рамках избранного направления оптимизации последипломного образования врачей — дерматовенерологов в Самаре в 2007/2008 учебном году был проведен ряд конференций, организованных областным кожно-венерологическим диспансером (главный врач профессор И.Г. Шакуров) и кафедрой кожных и венерических болезней СамГМУ (зав. кафедрой профессор Е.В. Орлов). Тематика конференций представляла значительный интерес для участников: «Диагностика и лечение микозов кожи и её придатков», «Новые подходы к лечению и профилактике дерматозов. Лечение дисбиоза в практике дерматовенеролога». В программу конференций были включены открытые обходы академика РАМН профессора Ю.К. Скрипкина, профессора Уральского НИИДВиИ Н.П. Тороповой, вызвавшие у врачей неподдельный интерес.

Новой формой повышения квалификации врачей становится дистанционное обучение. Были проведены видеоконференции («Клинические рекомендации по лечению крапивницы», СПб.; «Новое в диагностике и лечении микозов», Национальная академия микологии), позволяющие в режиме on-line получить информацию из первых уст. Все участники научно-практических конференций и телемостов получили сертификаты участников.

Результаты непрерывного повышения квалификации врача могут быть оценены с помощью системы зачетных единиц. Указанная система уже вводится в СамГМУ, в том числе на кафедре дерматовенерологии. Накопительная система кредитов учитывает практически все виды работы и обучения врача. Теоретическая часть системы включает выполнение научных работ, публикацию статей в печати, участие врача в работе съездов, конференций и т.п. Совершенствование практических навыков проводится в процессе самостоятельной работы, обучения на курсах усовершенствования и участия в открытых обходах. Введение системы кредитов и рейтинговой оценки работы врача, а также тестовый анкетный и автоматизированный контроль: тематический, рубежный, итоговый, экзаменационный — позволяют объективизировать результаты аттестации и активизировать стремление врачей к самоусовершенствованию.

Состояние и нозологическая структура инвалидности по причине заболеваний кожи

Пазина М.В., Малишевская Н.П., Торопова Н.П., Лаврик И.Г., Плотникова И.А., Татарева С.В., Попова С.Д.
ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», Научно-практический центр детской дерматологии и аллергологии, г. Екатеринбург

Цель исследования: Изучение социальных последствий заболеваемости хроническими дерматозами.

Материалы и методы: Проанализированы показатели инвалидности по причине заболеваний кожи за 2002–2006 гг., представленные кожно-венерологическими учреждениями (КВУ) из 7 произвольно выбранных территорий РФ, преимущественно Урала, Сибири и Дальнего Востока. Изучение структуры инвалидности по нозологическому признаку взрослых по причине заболеваний кожи проведено по данным за 2006 год, представленным из 19 КВУ, среди детей 0–17 лет — по данным из 17 КВУ. Возрастная структура детей — инвалидов по причине заболеваний кожи изучена по данным Свердловской области за 2005–2006 гг.

Полученные результаты: Рост показателей инвалидности по причине заболеваний кожи к 2006 году (относительно 2002 г.) отмечен в 6 территориях из 7 и во всех возрастных группах населения. Наибольший удельный вес в структуре причин инвалидности взрослых составили псориаз (50,5%) и атопический дерматит (19,4%). Доля пузырчатки — 12,2%, генодерматозов — 7,9%, склеродермии — 2,5%. Удельный вес прочих дерматозов (дерматит Дюринга, экзема и др.) составил 7,5%. В структуре причин инвалидности детей наибольший удельный вес, в отличие от взрослых, занимает атопический дерматит (61,0%), второе ранговое место — генодерматозы (21,0%), доля псориаза составляет 12,2%, склеродермии — 2,4%, прочих дерматозов — 3,4%. Наибольший удельный вес в возрастной структуре детей с инвалидностью по причине заболеваний кожи занимали дети 8–14 лет (55,1%). Доля детей 15–17 лет составила 24,5%, 3–7 лет — 16,7%, 1–3 лет — 3,7%. В структуре всех причин инвалидности детей Свердловской области до 14 лет в 2005–2006 гг. на долю заболеваний кожи приходилось 2,1%, среди подростков от 1,4 до 1,8%. От общего числа детей с установленным диагнозом заболеваний кожи имеют инвалидность 0,3% из них, а среди детей с атопическим дерматитом инвалидность получили 1,15% больных.

Выводы: Проведенный анализ состояния инвалидности населения по причине заболеваний кожи свидетельствует о большой социальной значимости проблемы хронических дерматозов, актуальность которой на фоне увеличения показателей заболеваемости и инвалидности возрастает.

Выявленная при проведении исследования значительная вариабельность показателей инвалидности по причине заболеваний кожи в различных территориях, а также отсутствие их регистрации в ряде КВУ особенно по детской популяции свидетельствуют не только о некачественном их мониторинге, но и отсутствии систематического анализа причин и факторов, способствующих инвалидизации. Эта составляющая социальных последствий хронических дерматозов может служить, с одной стороны, одним из критериев результативности диспансерного наблюдения больных, с другой — объективным обоснованием для разработки и финансирования целевых программ, направленных на повышение качества и доступности специализированной помощи больным с тяжелыми хроническими дерматозами, в том числе по своевременному оказанию им необходимых высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Организация теледерматологических консультаций в районах Бийской медико-географической зоны

Попов С.Н.¹, Юцковская Я.А.², Суколин Г.И.³, Мошнина З.И.⁴, Мошнин М.В.⁴

¹ КГУЗ «Кожно-венерологический диспансер, г. Бийск»; ² кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии ФПД и ДО Владивостокского государственного медицинского университета, г. Владивосток; ³ кафедра дерматовенерологии и клинической микологии ФУВ Российского государственного медицинского университета, г. Москва; ⁴ НИИ медицинской биофизики Московского инженерно-физического института, г. Москва.

Цель работы — организация телемедицинской системы для консультаций пациентов с заболеваниями кожи, проживающих в Бийской медико-географической зоне. По Договору между НИИ медицинской биофизики МИФИ (г. Москва) и КГУЗ «Кожно-венерологический диспансер, г. Бийск» был реализован пилотный проект, состоящий из двух этапов. На первом этапе была отработана технология проведения телеконсультаций по дерматологии, а именно: 1) организован Бийский центр теледерматологии в ГКВД г. Бийска с оборудованием автоматизированного рабочего места (АРМ) врача-дерматовенеролога, фотостудии и лаборатории получения цифровых изображений кожи пациентов, гистологических препаратов и лабораторных

образцов; 2) созданы специальный протокол передачи данных и система кодирования протоколов; 3) отработана технология получения цифрового изображения кожи пациента; 4) отлажена методика передачи и получения медицинской информации в НИИ МБФ МИФИ в г. Москве. Было проконсультировано 47 пациентов в возрасте от 6 до 80 лет, из них 30 нуждались в уточнении диагноза, 17 больным рекомендована коррекция лечения. В результате проведенной дифференциальной диагностики были выставлены следующие диагнозы: красная волчанка, некротический васкулит, синдром Джанотти–Кроста, красный плоский лишай, мастоцитоз, болезнь Дарье, пигментный дискератоз, болезнь Лайма, грибовидный микоз, пемфигоид Левера, Т–лимфоцитомы, болезнь Гровера, синингома, острый псориаз Муха–Габермана и другие. Проведенные телеконсультации 47 больных с заболеваниями кожи ориентировочно сэкономили пациентам 1 222 000 рублей.

Выводы: Результаты работы, полученные на 1–м этапе проекта, могут быть использованы при создании системы телемедицинских консультаций по дерматологии для врачей общей практики и дерматовенерологов ЛПУ в отдаленных районах Бийской медико–географической зоны.

Медицинская информационная система лечебно–профилактического учреждения дерматовенерологического профиля

Рубцов А.Б., Кубанов А.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

С 1 января 2008 года впервые вступил в силу Национальный стандарт РФ (ГОСТ Р 52636–2006) «Электронная история болезни. Общие положения», утвержденный приказом № 407–ст от 27.12.2006 года. Стандарт устанавливает общие положения для разработки требований к организации создания, сопровождения и использования медицинских информационных систем при оказании медицинской помощи.

В Государственном научном центре дерматовенерологии с 2005 года функционирует медицинская информационная система (МИС), разработанная специально для использования в лечебно–профилактических учреждениях дерматовенерологического профиля. Данная система функционирует во всех структурных подразделениях Центра, в том числе в регистратуре с рабочим местом кассира, консультативно–диагностическом центре, дерматологическом стационаре и стационаре дневного пребывания, лабораторном центре, аптеке, администрации Центра.

В рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» сотрудниками ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» МИС была установлена в 4 областных и краевых КВД (Мурманская, Рязанская, Самарская области и Краснодарский край), что позволило автоматизировать деятельность более 180 рабочих мест, на которых работают более 250 специалистов. Все специалисты были обучены навыкам работы на ПК и работе с МИС.

В ближайшее время планируется дальнейшее внедрение МИС в лечебно–профилактические учреждения дерматовенерологического профиля: КВД Тверской и Новосибирской области и Республики Татарстан.

Разработанная МИС соответствует положениям и требованиям Национального стандарта, за исключением «электронной цифровой подписи». Разработка новой версии системы ведется в настоящее время, и планируется ее внедрение в учреждениях осенью 2008 года.

2. ДЕРМАТОЛОГИЯ

2.1. Вопросы эпидемиологии, патогенеза, диагностики и терапии заболеваний кожи

Пролиферативная активность клеток эпидермиса у пациентов с вульгарным аутосомно-доминантным ихтиозом

Александрова А.К.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель работы: Оценить степень пролиферативной активности клеток эпидермиса у пациентов с вульгарным ихтиозом по уровню экспрессии Ki-67 (маркера пролиферативной активности эпидермиса).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 30 больных вульгарным ихтиозом в возрасте от 5 до 50 лет. Учитывая вариабельную экспрессивность заболевания, были выделены 3 группы больных в зависимости от преобладания в клинической картине шелушения или фолликулярного гиперкератоза. Всем пациентам до лечения проводилось иммуногистохимическое исследование с использованием наборов реактивов и системы визуализации Novostain Super ABC и моноклональных антител к Ki-67 (рабочее разведение 1:150) производства фирмы Novocastra Laboratories Ltd. Материалом для исследования служили парафиновые блоки. Полученные парафиновые срезы обрабатывались по стандартной методике с депарафинизацией и обработкой в микроволновой печи. Для контроля исследования использовались биоптаты кожи пациентов, не страдающих заболеваниями кожи, взятые при оперативных вмешательствах по поводу травмы.

Результаты: У всех пациентов при иммуногистохимическом исследовании с моноклональными антителами к Ki-67 выявлено повышение пролиферативной активности клеток эпидермиса. Так, в эпидермисе здоровых лиц только 6,2–8,0% (средняя величина $7,16 \pm 0,84\%$) клеток базального слоя дали положительную реакцию с моноклональными антителами к Ki-67, в то время как в коже больных вульгарным ихтиозом процент пролиферирующих клеток базального слоя находился в пределах от 15,0% до 23,8% (средняя величина $17,94 \pm 3,09\%$).

Выводы: Таким образом, при иммуногистохимическом исследовании с моноклональными антителами к Ki-67 у пациентов с вульгарным ихтиозом выявлено статистически достоверное ($p < 0,01$) увеличение пролиферативной активности клеток эпидермиса ($17,94 \pm 3,09\%$), по сравнению со здоровыми лицами ($7,16 \pm 0,84\%$) в 2,5 раза, что свидетельствует о значительной роли пролиферативного компонента в механизме формирования гиперкератоза при данном генодерматозе.

Опыт применения новой отечественной мази Стизамет® в лечении аллергодерматозов и псориаза

Альбанова В.И.

ЗАО «Ретиноиды», г. Москва

Цель: Определить эффективность и безопасность применения мази Стизамет®, содержащей 3% метилурацила на эмульсионной основе, при кожных болезнях, возможность сочетания ее в терапии с другими лекарственными средствами и использования в качестве противорецидивного препарата.

Материалы и методы: Амбулаторное лечение мазью проведено у 83 больных кожными заболеваниями (52 женского и 31 — мужского пола в возрасте от 1 мес. до 61 года): atopический дерматит — 21, экзема — 44, аллергический дерматит — 9, псориаз — 9. Мазь Стизамет® наносили тонким слоем на пораженную кожу 1–2 раза в день, чередуя в течение дня с другими наружными лекарственными препаратами. Срок лечения — до полного регрессирования высыпаний, мазь рекомендовалось также наносить на участки кожи, где высыпания уже разрешились, в течение 1 мес. 1 раз в день. В случаях повреждения кожи мазь применяли вместе с антисептиками (обычно Фукасептолом®).

Результаты: Препарат в составе комплексной терапии был эффективен у всех пациентов. Он улучшал заживление эскориаций, обладал противовоспалительным действием, снижал болевые ощущения, устранял сухость, уменьшал отек в эскулативных очагах. Ни в одном случае не наблюдалось вторичного инфицирования кожи в процессе лечения, нежелательных явлений. Если новые высыпания появлялись, то не на местах нанесения препарата. У пациентов, применявших препарат после окончания курса лечения в течение 1 мес., рецидивов не наблюдалось. Установлена возможность сочетания мази с антигистаминными, противоаллергическими, мембраностабилизирующими, седативными, глюкокортикоидными средствами, витаминами, энтеросорбентами, ферментами, макро- и микроэлементами, наружными глюкокортикоидами, комбинированными, смягчающими, противовоспалительными, антисептическими, витаминсодержащими, кератолитическими средствами, антибиотиками, физиотерапевтическими процедурами.

Выводы: Исследования показали, что мазь Стизамет® является эффективным и безопасным средством наружного лечения хронических аллергических заболеваний и псориаза у детей и взрослых. Стизамет® пригоден для длительного применения на участках кожи, где высыпания разрешились, с целью противорецидивной терапии. Мазь хорошо переносится, не вызывает каких-либо нежелательных явлений, что свидетельствует о безопасности терапии. Мазь легко наносится на кожу, смягчая и увлажняя ее, хорошо впитывается, не имеет запаха, не пачкает белье.

Наружная терапия больных наследственными дерматозами препаратами Топикрем

Бахлыкова Е.А., Матусевич С.Л.

Тюменская государственная медицинская академия

В группу наследственных заболеваний кожи входит большое количество патологий, сопровождающихся нарушением кератинизации эпидермиса. К ним относятся ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы, болезнь Дарье, наследственные ладонно-

подошвенные кератодермии, фолликулярный кератоз, шиповидный лишай, красный волосной лишай Девержи и др. К их числу можно условно отнести заболевания, имеющие также генетическую предрасположенность, такие как псориаз и атопический дерматит. Несмотря на многообразие форм, пациенты, страдающие этими дерматозами, часто жалуются на чувство стянутости кожи, шелушение, зуд не только в участках локализации высыпаний, но и по всему кожному покрову. Все эти симптомы характеризуют синдром сухости кожи. Особенности наследственных заболеваний заключаются в том, что подобные проявления сопровождают пациентов в течение всей жизни. Поэтому наряду с основным лечением (витаминотерапия, противовоспалительные препараты, физиолечение и пр.) пациентам необходимо назначать средства медицинской косметики, обладающие гидратирующим и кератолитическим эффектами. Пациенты зачастую не имеют информации о том, что их кожа требует постоянного ухода, нуждается в ежедневном увлажнении, особенно после водных процедур. Смягчающие средства надо применять так часто, как этого требует кожа, минимум 1 раз в день.

К таким препаратам относится серия Топикрем, содержащая гамму средств, обеспечивающих уход за кожей больных, склонной к шелушению и сухости. Благодаря содержанию компонентов глицерина 9,5% и мочевины 2% масляно-водная эмульсия оказывает стойкое увлажнение, обеспечивает уменьшение чувства стягивания кожи. Препарат этой серии ТОПИК 10 обладает более выраженным кератолитическим эффектом благодаря более высокой концентрации мочевины (10%) и предназначен для ухода за очень сухой и шелушащейся кожей. Например, предпочтительнее назначение ТОПИК 10 при ихтиозе, ладонно-подошвенных кератодермиях. Кроме того, серия содержит средства и по очищению кожи, которые поддерживают барьерную функцию, pH кожи, а также содержат компоненты, обладающие противогрибковым и антимикробным действием, предотвращают обезвоживание. Таким образом, уменьшаются и устраняются шелушение, зуд и раздражение кожи.

Под нашим наблюдением и лечением находились с различными формами ихтиоза 7 пациентов, атопическим дерматитом — 24, наследственными ладонно-подошвенными кератодермиями — 6, фолликулярным кератозом — 12, псориазом — 16 пациентов. Всем пациентам в качестве вспомогательного средства и в период ремиссии были назначены Топикрем и ТОПИК 10. Эффективность препарата оценивалась 1 раз в неделю. У всех пациентов в процессе лечения наблюдалось существенное уменьшение симптомов сухости кожи, и было оценено как эффективное. Пациенты отмечали хорошую переносимость и косметическую приемлемость препарата.

В результате проведенного клинического исследования можно сделать выводы, что препараты серии Топикрем, включающие в себя очищающие и увлажняющие средства, эффективны при заболеваниях, сопровождающихся сухостью кожи, и могут быть рекомендованы для длительного использования в качестве ухода и поддерживающей терапии.

К вопросу о трансформации мелкобляшечного параспориоза в грибовидный микоз

Белоусова И.Э.¹, Самцов А.В.¹, Казаков Д.В.²

¹ Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург, ² Клиника медицинского факультета Карлского университета, г. Пльзень, Чешская Республика

Одна из трех групп параспориозов, выделенных Броком в 1902 году, была названа им «Parapsoriasis en plaque» и характеризовалась округлыми или овальными четко очерченными пятнами диаметром от 2 до 6 см. В настоящее время это заболевание называют болезнью Брока или мелкобляшечным параспориозом. До настоящего времени остается открытым вопрос, является ли мелкобляшечный параспориоз воспалительным дерматозом или может трансформироваться в грибовидный микоз. По данным литературы, мнения авторов варьируют: одни считают мелкобляшечный параспориоз воспалительным дерматозом, вторые — «абортной» формой Т-клеточной лимфомы кожи, третьи — формой грибовидного микоза.

Целью нашей работы является представление пациента с длительно протекающим мелкобляшечным параспориозом, у которого позднее развился грибовидный микоз, и сравнение клинико-патологических признаков данного случая с группой из 27 пациентов с мелкобляшечным параспориозом без прогрессирования в лимфому кожи.

У 56-летнего мужчины с 5-летним анамнезом стабильно протекающего мелкобляшечного параспориоза с типичными (> 5 см в диаметре) округлой и пальцевидной формы пятнами развились более крупные пятна и бляшки. Гистологическая картина пятна до развития бляшек была неспецифична, биопсия с бляшки выявила плотный полосовидный инфильтрат с выраженным эпидермотропизмом, состоявший из малых лимфоцитов с церебриформными ядрами и крупных клеток с гиперхромными ядрами. Опухолевые клетки демонстрировали aberrantный фенотип CD45RO+CD4+CD5-CD7+. При молекулярно-биологическом исследовании была выявлена моноклональная реарранжировка гена Т-клеточного рецептора в бляшке и отсутствие моноклональной популяции в пятне.

Среди 27 пациентов с типичной клинической и гистологической картиной мелкобляшечного параспориоза с длительностью катмнеза, варьирувавшего от 1,2 до 52 лет, не отмечалось развития грибовидного микоза ни в одном случае. При молекулярно-биологическом исследовании у всех больных отсутствовала реарранжировка гена Т-клеточного рецептора.

Представленное нами наблюдение и анализ литературы показали, что у пациентов с клинико-патологической картиной мелкобляшечного параспориоза крайне редко может развиваться грибовидный микоз, у большинства больных с данным заболеванием не происходит прогрессии в Т-клеточную лимфому.

Локальная воздушная криотерапия (ВКТ) в комплексном лечении дерматозов

Бердицкая Л.Ю., Терещенко В.Н., Белова М.В.

ГУЗ «ОКВД», г. Чита, ГОУ ВПО ЧГМА, НУЗ «Дорожный центр восстановительной медицины и реабилитации «Карповка» ОАО «РЖД», г. Чита

Цель работы: Изучить действие локальной ВКТ в комплексном лечении ограниченного нейродермита и псориаза.

Применяемые методы и технологии: Локальная ВКТ проводится на установке КриоДжет, представляющей собой систему воздушного охлаждения кожи с регулируемой подачей мощной струи холодного воздуха (от -30 до -60 градусов по Цельсию) по гибкому шлангу на обрабатываемую поверхность. Мощность и время криовоздействия определяются локализацией кожного процесса и индивидуальной чувствительностью пациентов. При локализации процесса в области тазобедренных и коленных суставов — 7-9 и 5-6 минут соответственно. Процедуры проводятся ежедневно, курс 10 процедур. Методика воздействия лабильная, расстояние 3-7 см.

Результаты работы: Пролечено 9 пациентов с ограниченным нейродермитом в стадии неполной ремиссии и 15 пациентов с ограниченной формой вульгарного псориаза в стационарной стадии (5 пациентов с летним типом и 10 пациентов с зимним

типом). Все пациенты с ограниченным нейродермитом отмечали купирование зуда после первой процедуры ВКТ; после окончания курса лечения у 7 пациентов отмечалась положительная динамика: отсутствие шелушения, уменьшение лихенизации в области очагов. У всех пациентов с летним типом псориаза и 6 пациентов с зимним типом после окончания курса ВКТ отмечалось исчезновение шелушения в области бляшек, значительное уменьшение инфильтрации и интенсивности окраски бляшек. У 3 пациентов с летним типом и 5 пациентов с зимним типом псориаза отмечалось разрешение процесса в центральной части бляшек. Следует отметить, что у пациентов, применявших после процедуры ВКТ крем «Дайвонекс», положительная динамика была более выраженной.

Выводы:

- Локальная ВКТ является эффективным методом комплексного лечения пациентов, страдающих ограниченным нейродермитом и ограниченным псориазом.
- Наружная терапия, проведенная после процедуры ВКТ, оказывается более эффективной.
- Процедуры ВКТ приятны, комфортны, исключают повреждения и микротравмы кожи.
- Положительный эффект (купирование зуда, уменьшение отека, воспаления) наступает немедленно после процедуры и длится не менее трех часов.
- Кратковременное дозированное равномерное охлаждение влияет непосредственно на патогенетические механизмы.

Психосоциальная реабилитация — первый шаг к длительной ремиссии у больных псориазом

Бильдюк Е.В., Гараева З.Ш.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», Казанская государственная медицинская академия, Казань

Целью исследования: Разработать и сформулировать основные направления психосоциальной реабилитации больных псориазом.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели была разработана анкета, содержащая вопросы об основных причинах, которые с точки зрения пациента способствовали возникновению псориаза, а также варианты психологической помощи (интернет-форумы, школы псориаза, общества больных псориазом и др.), которые они хотели бы получить. Сбор информации проводился путём полуструктурированного интервьюирования, в котором участвовало более 200 пациентов. Мужчины составили 82% всех опрошенных, женщины 18% соответственно. Для анкетирования были выбраны только те больные псориазом, чей стаж заболевания превышал пятилетний рубеж, так как, на наш взгляд, такие пациенты уже имеют определённый багаж «общения» с данным дерматозом и адекватно могут выделить тревожащие их проблемы. Таким образом, более 60% опрошенных больных страдали псориазом, в среднем около 10 лет, 19 % более 15 лет, 11% более 20 лет и 10% в среднем 5 лет.

Результаты исследования: В результате нашего исследования были получены следующие данные: в 53% случаев причиной рецидива псориаза пациенты считают стресс в результате общения с сослуживцами и родственниками, 28% опрошенных указывают в качестве основной причины стресс от «ожидания» рецидива в определённый сезонный промежуток, 19% указывают в качестве причины рецидива определённое время года в которое «всегда начинается псориаз». Как вариант психологической помощи, т.е. куда бы пациент хотел обратиться за разъяснением тех или иных вопросов о псориазе, 73 % опрошенных отвергли интернет-форумы ввиду своей интернет-некомпетентности, в общества больных псориазом не хотели бы вступать 34% больных, так как, на их взгляд, это «требует от них какой-то ответственности». В 74% случаев опрошенные пациенты хотели бы время от времени посещать школу псориаза слушать доклады о новых способах лечения псориаза, профилактику и т.д., общаться с себе подобными, проверять полученную информацию у «школьного» дерматолога, общаться, по мере надобности, с психологом и представителями социальных служб.

Выводы: Таким образом, в 100% рецидив псориаза происходит в результате психологической готовности к рецидиву самого пациента, т.е. в результате его «знания», что после «этого» должно произойти обострение.

ФНО-а — вариант «запуска» псориаза

Бильдюк Е.В., Залаяева С.А.

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань

Цель исследования: Установить влияние ФНО-а на патогенез псориаза.

Материалы и методы: Для достижения цели научного исследования нами была набрана группа больных псориазом (7 пациентов) в возрасте от 20 до 55 лет с патологическим кожным процессом, соответствующим 49 в единицах индекса PASI. Все пациенты помимо стандартной терапии, рекомендованной «Протоколом ведения больных», получали путем внутривенного введения биологический препарат (Ремикейд). Лекарственный препарат вводился по схеме: 1-е введение — 0 неделя, 2-е введение — 2-я неделя, 3-е введение — 6-я неделя, далее каждые 8 недель. Пяти пациентам проведено по 4 внутривенных введения, двум — по 5 введений. Полное исчезновение клинических проявлений псориаза у всех наблюдаемых больных регистрировалось после третьего введения биологического препарата. Полностью исчезли жалобы на болезненность и скованность суставов у больных псориазом с артропатией.

После активного курса биологическим препаратом в соответствии с инструкцией каждые восемь недель проводилась поддерживающая терапия.

Результаты исследования: После исчезновения всех клинических проявлений псориаза у обследуемых нами больных на фоне терапии биологическими препаратами в виде активного и поддерживающих курсов нами не наблюдалось ни одного рецидива псориаза как в виде кожных проявлений, так и в виде каких-либо патологических изменений биохимических показателей.

Вывод: Так как фармакологическое действие Ремикейда направлено на блокирование ФНО-а, который считается одним из факторов патогенеза псориаза, а как мы уже говорили выше, на фоне терапии препаратом данной группы рецидива псориаза не происходит, можно сделать вывод, что ФНО-а не только запускает каскад патологических процессов, приводящих к формированию псориаза, но и поддерживает данный процесс.

Протеомные исследования в дерматологии

Братцева Е.В.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

На сегодняшний день одной из наиболее перспективных областей молекулярной биологии является протеомика, в задачи которой входит изучение белковых продуктов геномной экспрессии, включая их посттрансляционные модификации, а также их сравнительный анализ. Протеомное профилирование успешно применяется для поиска специфических наборов белков (паттернов) для различных тканей в норме и при патологии. В клинической протеомике используется широкий спектр технологий: лазерная захватывающая микродиссекция, комбинация методов 2D-электрофореза и масс-спектрометрии (MALDI), белок-микрочиповые технологии (SELDI), биосенсорные технологии. В области дерматологии поиск специфических биомаркеров направлен на исследование опухолевого роста, аутоиммунных заболеваний, специфики воздействия УФ-излучения на кожу. Выявленные белковые паттерны используются как в диагностических целях, так и для прогноза течения заболевания и оценки эффективности терапии.

Например, для плоскоклеточного рака кожи были выделены следующие белки-потенциальные маркеры: кератины 5, 6, 10, 14, 17 и 20, белок псориазин, галектин-7 и др. При этом более дифференцированные опухоли отличаются экспрессией кератина 13, 15 и 19, менее дифференцированные — кератина 10, а также более низкой экспрессией кератина 14, псориазина и галектина-7.

Для меланомы многочисленными исследованиями было установлено около 24 белков, которые могли бы являться маркерами опухоли. Например, белок S100 и MIA (melanoma inhibitory activity) с высокой специфичностью экспрессируются клетками опухоли, а их уровень коррелирует с прогнозом заболевания у больных с метастазами. Однако ни один из них не подходит для прогноза заболевания у больных с ранней стадией опухолевого роста. Другим сывороточным маркером меланомы является лактатдегидрогеназа (LDH), он даже включен в критерии классификации и определения стадии меланомы (AJCC).

Пилотные исследования маркеров в сыворотке крови больных первичными Т-клеточными лимфомами кожи методами SELDI-TOF и PROTOFTM позволили выделить набор белков, специфичный для данного заболевания, однако идентификация конкретных белков еще не проводилась.

Таким образом, дальнейшее изучение протеомного профиля сывороток крови больных опухолями кожи, в том числе первичной Т-клеточной лимфомой кожи, является актуальным и имеет диагностическое значение, так как позволит обнаружить диагностически значимые белковые паттерны или потенциальные маркеры заболевания.

Диагностические и терапевтические возможности фотодинамической терапии базалиом и некоторых кератозов

Бутков Ю.С., Ахтямов С.Н., Демин О.М., Кузьмин С.Г.

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

Цель: Оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором (ФС) аласенс при поверхностных базалиомах и некоторых кератозах.

Применяемые методы и технологии: Общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), цитологическое исследование, оценка уровня эндогенных порфиринов в коже, контроль ФДТ по спектру флуоресценции с помощью лазерной электронно-спектральной установки (ЛЭСА-01-БИОСПЕК). Для облучения применили светодиодное видеомониторное устройство (УФФ-01-БИОСПЕК), излучающее непрерывный свет длиной волны 630 нм.

Под наблюдением находилось 30 пациентов: 20 (66,7%) — с базалиомами (поверхностными — 7 и нодулярными — 13) и 10 (33,3%) — с кератозами (пятнистыми — 6 и плоскими — 4). Мужчин было 8, женщин — 22 в возрасте от 45 лет до 71 года. Больные распределены на 2 группы: I группа — 24 (80%) с единичными образованиями и II группа — 6 (20%) с множественными. При первичном скрининговом обследовании уровень эндогенных порфиринов составил $3,12 \pm 1,24$ отн. ед. (соответствует норме). В качестве экзогенного ФС применили аласенс в форме готовых салфеток или геля с 20% концентрацией 5-АЛК под окклюзионную повязку продолжительностью от 3 до 14 часов.

Результаты: В группе больных с базалиомами у 14 (46,7%) был проведен 1 сеанс, у 5 (16,7%) — 2 сеанса, у 1 больно-го — 3 сеанса, что обеспечило разрешение кожного процесса. В группе больных с кератозами в зоне пятнистых кератом новых элементов не появлялось, а имеющиеся значительно осветлялись. Плоские кератомы предварительно уплощали воздействием 5-фторурациловых салфеток с последующей сенсибилизацией от 12 до 14 часов аласенсом и облучением, что приводило к разрешению образований. Длительность катамнеза составила 14 месяцев. У 2 из 30 больных отмечен рецидив базалиомы и проведен повторный сеанс ФДТ.

Вывод: Метод ФДТ с препаратом аласенс эффективен в лечении базалиом и кератозов.

Новые возможности в диагностике и терапии болезней волос

Бутков Ю.С., Полеско И.В., Родина Ю.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель: Изучение биологических параметров структуры волос у больных различными формами алопеции с помощью клинических и трихоскопических методов.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 99 больных, включая 65 себорейным дерматитом, 17 — с андрогенетической алопецией и 17 — с диффузным поредением волос в возрасте от 18 до 70 лет с длительностью болезни от 1 года до 30 лет.

В комплекс трихоскопических приборов входят компьютер, видеокамера и программное обеспечение, позволяющее диагностировать состояние волосяного фолликула, плотность роста волос в теменной и затылочной областях и количество телогеновых, анагеновых и диспластичных волос. От их соотношения и скорости роста диагностировали фазу и стадию процесса.

В комплекс терапевтических мероприятий включали санацию очаговой инфекции, зубиотики, ангиопротекторы, витамины.

Наружно применяли финское средство «4 систем», включающее масло-бальзам, биоботанический шампунь и биоботаническую сыворотку в определенной последовательности.

Выводы: В активной фазе заболевания преобладали диспластические и телогеновые волосы, составляя до 70%, проявляясь истончением, замедленным ростом и различной степенью жирности волос.

Комплексная терапия, направленная на санацию очаговой, маласезийной и бактериальной инфекций, прием эубиотиков, ангиопротекторов, витаминов и наружно «4 систем» позволяла в короткий срок (3–6 месяцев) стабилизировать процесс и активировать рост волос.

Эндотоксиновая агрессия как отягощающий фактор патогенеза atopического дерматита и методы ее коррекции

Васенова В.Ю., Федорова Ю.С., Аниховская И.А.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет», г. Москва

Цель: Изучение эндотоксиновой интоксикации у пациентов с atopическим дерматитом и оценка эффективности комплексной терапии.

Применяемые методы и технологии: Общеклинические и функциональные методы исследований, включающие УЗИ внутренних органов, оценка состояния больных atopическим дерматитом (SCORAD); активность эндотоксина (LAL-тест); скрининговая оценка иммунного статуса. Для коррекции эндотоксиновой агрессии применяли комплекс патогенетических препаратов и методов в сочетании с витаминами группы А и физиотерапией.

Обследовано 38 больных atopическим дерматитом в возрасте от 17 до 60 лет, с длительностью заболевания до 30 лет, как с локализованными, так и с распространенными кожными проявлениями. У 8 пациентов исследовали уровень эндотоксина и показатели антиэндотоксинового иммунитета. Активность эндотоксина у всех больных в среднем оказалась повышенной, составив $1,37 \pm 0,22$ EU/ml, что в 6 раз превышает нормативные показатели. Показатели антиэндотоксинового иммунитета были снижены в 2 раза, что указывало на хроническую эндотоксиновую агрессию. У 7 обследованных выявили увеличение количества кишечной палочки, наблюдалось резкое снижение бифидо- и лактобактерий, указывая на наличие выраженного дисбиоза.

Результаты: Под влиянием комплексной терапии наметилась положительная динамика кожного процесса, которая характеризовалась уменьшением эритемы, сухости, зуда, индекса SCORAD до 30, регресс высыпаний наблюдался в течение 10–14 дней, с более стабильной ремиссией в течение 1–2-х месяцев.

Выводы: Предлагаемый метод дает возможность поддерживать состояние клинической ремиссии в осенне-зимний период.

Современные технологии фототерапии хронических дерматозов

Владимиров В.В.

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, г. Москва

В ультрафиолетовом спектре излучения выделены коротковолновые, средневолновые и длинноволновые области. Коротковолновый спектр (100–280 нм) обладает бактерицидным действием. В средневолновом спектре (320–280 нм) — УФБ выделена длина волны 311 нм. В длинноволновом спектре (320–400 нм) выделяют УФА–1 (340–400 нм) и УФА–2 (320–340 нм) спектры.

На сегодня в фототерапии хронических дерматозов можно назвать следующие виды:

1. Фотохимиотерапия.
2. Селективная фототерапия.
3. Фототерапия узкополновым средневолновым ультрафиолетовым облучением на длине 311 нм.
4. Фототерапия длинноволновым ультрафиолетовым облучением на длине 370 нм.

Рядом компаний (Herbert Waldmann GmbH & Co, KG (Германия), Dr. K.Honle Medizintechnik GmbH (Германия), NBC (США) и другими выпускается аппаратура как для общей, так и местной терапии. Аппаратура имеет различные источники излучения, технические параметры, автоматику, геометрию приборов, системы вентиляции и в связи с этим различную стоимость. Поэтому при выборе аппаратуры нужно ориентироваться не на стоимость прибора, а на конструктивные особенности аппарата, что может обеспечить высокую эффективность и безопасность проведения лечения, позволяет одним прибором применять одновременно либо один, либо 2 вида фототерапии.

Наиболее перспективным видом фототерапии на сегодня является средневолновое ультрафиолетовое излучение узкого спектра 311 нм (Narrow-band UVB 311 nm).

Исследованиями Parrish J.A. et al., Fischer T. et al. показано, что активный лечебный спектр ультрафиолетовых лучей для больных псориазом лежит в диапазоне от 296 до 313 нм. За возникновение фотодерматита под воздействием ультрафиолетовых лучей ответственны лучи более 300 нм, таким образом, УФБ–лучи широкого спектра (СФТ) имеют большую эритемогенную составляющую, что удлиняет процесс достижения клинического эффекта, чем источники излучения на длине волны 311 нм (лампы TL–01). Эритемная составляющая ламп TL–01 невелика, и, следовательно терапевтический эффект от УФБ–лучей на длине этой волны достигается до возникновения эритемы. Последующие исследования доказали высокую эффективность узкополновой УФБ–терапии 311 нм по сравнению с селективной фототерапией.

При некоторых дерматозах эффективность фототерапии, особенно при псориазе, параспориизе, красном плоском лишае, достигает 98–100%.

Лечение с применением ультрафиолетового излучения желательно сочетать с рядом системных и местных препаратов, такими как ретиноиды, кальципотриол, дитранол и другими. Это позволяет повысить эффективность терапии, увеличить сроки ремиссии заболевания и снизить суммарную дозу ультрафиолетового излучения.

Появились перспективные возможности использования видимого и инфракрасного излучения для терапии заболеваний кожи.

Уже несколько лет в онкологической практике применяется метод фотодинамической терапии, основанный на комбинированном применении излучения на длине 600–760 нм и фотосенсибилизаторов из группы порфиринов.

Новым направлением в дерматологической практике следует назвать комбинированное применение видимого света (380–780 нм) и длинноволнового спектра инфракрасного излучения (780–1380 нм). Прибор PhotoDyn750, имеющий эти спектры, при помощи специальных фильтров позволяет его применять в терапевтических целях как с фотосенсибилизатором, так и без

него. Показаниями для лечения с использованием комбинированного широкополосного излучения являются угри, бородавки, трофические язвы.

Фотодинамическая терапия базально–клеточного рака кожи с фотосенсибилизатором второго поколения фотодитазином

Волгин В.Н., Странадко Е.Ф., Соколова Т.В., Ламоткин И.А., Садовская М.В., Рябов М.В.

ФГУ «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко», ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ, ГИУВ МО РФ, г. Москва

Цель: Разработка оптимальных режимов фотодинамической терапии (ФДТ) базально–клеточного рака кожи (БКРК) с фотосенсибилизатором второго поколения фотодитазином.

Материалы и методы: Лечение методом ФДТ проведено 127 больным с БКРК. Возраст больных колебался от 20 до 93 лет, составляя в среднем 66,2 года. Мужчин было 98 (77,2%), женщин — 29 (22,8%).

Были использованы лазерные установки Металаз, Аткус–2, Кералаз, Кристалл. Выходная мощность лазеров составляла 0,1–3,0 Вт. Во время лечения плотность мощности излучения была от 0,1 до 0,8 Вт/см². Количество вводимого внутривенно фотосенсибилизатора рассчитывалось на 1 кг массы тела больного и составляло от 0,6 до 1,0 мг/кг массы тела. Длительность облучения зависела от размера опухоли и составляла от 3 до 20 минут. В случае возникновения локальной болезненности делался перерыв на несколько минут, т. е. облучение проводили фракционно. Для облучения опухолей использовался световод с микролинзой на конце. В процессе лечения отработаны оптимальные режимы светового воздействия.

Результаты: В результате лечения полная резорбция опухолей наступила у 118 (92,9%) больных, частичная — у 9 (7,1%). Абсолютной резистентности опухолей к ФДТ не обнаружено. Непосредственная терапевтическая эффективность метода оказалась практически одинаковой при первичном и рецидивном БКРК (94,1% и 90,5% соответственно). Проанализированы отдаленные результаты лечения БКРК методом ФДТ с использованием фотодитазина. Срок диспансерного наблюдения за больными составил от 4 мес. до 88 мес.

После полной резорбции опухолей у 118 больных рецидивы в дальнейшем возникли у 11 (10,3% случаев). Частота рецидивов при ФДТ первичного БКРК значимо ниже, чем при рецидивном (6,3% и 15,8% соответственно, $p < 0,05$). Диспансерное наблюдение удалось осуществить практически за всеми больными (86,9%).

В процессе исследования отработана доза световой энергии при использовании фотодитазина. Наиболее оптимальной дозой для поверхностных очагов оказались 100–200 Дж/см², солидных образований — 200–300 Дж/см², а язвенных и экзофитных форм опухолей с глубоким инфильтративным ростом — 300–500 Дж/см².

Выводы: ФДТ с фотосенсибилизатором второго поколения фотодитазином существенно расширяет арсенал средств лечения первичного и рецидивного БКРК. Метод незаменим при неудобных локализациях опухолей (ушная раковина, угол глаза, веки, нос и др.). Применение ФДТ показано при опухолях, резистентных к ранее проводимым методам традиционной терапии. Косметические результаты после лечения расценены как отличные и хорошие.

Сравнительная оценка эффективности узкополосной фототерапии (311 нм) и ПУВА–терапии больных витилиго

Волнухин В.А., Прошутинская Д.В., Жилова М.Б.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель исследования: Оценка эффективности лечения больных витилиго методами узкополосной фототерапии (311 нм) и ПУВА–терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов.

Методы исследования: Под наблюдением находилось 85 больных витилиго в возрасте от 18 до 60 лет и продолжительностью заболевания от 1 месяца до 42 лет. 49 больных (37 женщин, 12 мужчин) получали узкополосную фототерапию (311 нм), 36 пациентов (20 женщин, 16 мужчин) — ПУВА–терапию. Всем больным указанное лечение проводили в виде монотерапии. Облучение узкополосным светом (311 нм) начинали с дозы 0,25–0,36 Дж/см², последующие разовые дозы повышали на 5–10%. Процедуры ПУВА–терапии начинали с дозы 0,12–1,0 Дж/см², последующие разовые дозы облучения повышали на 0,2–0,5 Дж/см². После курса лечения у каждого пациента рассчитывали процент репигментации пораженной кожи.

Результаты: Сравнимые группы статистически не различались по возрасту, полу, продолжительности и формам заболевания, исходной площади поражения и курсовому количеству процедур. В группе узкополосной фототерапии (311 нм) больные в среднем получали на курс 65 процедур со средней курсовой дозой облучения 96,5 Дж/см², в группе ПУВА–терапии — 66 процедур со средней курсовой дозой облучения 158,3 Дж/см². В результате проведенного анализа установлено, что узкополосная фототерапия (311 нм) не уступала по эффективности ПУВА–терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов. При узкополосной фототерапии (311 нм) положительный эффект наблюдали у 41 (83,7%) больного, репигментацию более 50% площади поражения — у 21 (42,9%) больного, при ПУВА–терапии — соответственно у 25 (69,4%) и 10 (27,8%) пациентов. Медиана процента репигментации в группе узкополосной фототерапии (311 нм) составила 49,8%, в группе ПУВА–терапии — 36,7%. При сравнении групп по проценту репигментации статистических различий не выявлено ($p = 0,169$, Mann–Whitney U test).

Выводы: Узкополосная фототерапия (311 нм) больных витилиго не уступает по эффективности ПУВА–терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов. В то же время она более безопасна, поскольку не требует использования фотосенсибилизаторов и не вызывает свойственные им побочные реакции.

Клинический опыт применения крема и мази «Афлодерм» в наружной терапии аллергодерматозов

Воронина Л.Г., Поршина О.В., Гладышева И.В.

ГОУ ВПО ОрГМА, г. Оренбург

Цель: Изучение клинической эффективности крема и мази «Афлодерм» в комплексном лечении аллергодерматозов.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Все пациенты были с верифицированными диагнозами: у 12 был диагноз «диффузный нейродермит», у 13 — «пруригинозная экзема». Пациенты с пруритигозной экземой получали крем «Афлодерм» на очаги высыпаний, с нейродермитом — мазь «Афлодерм» на очаги

лихенификации, так как испытывали и выраженное чувство сухости. Все пациенты применяли средства наружной терапии «Афлодерм» в течение от 10 дней до 1 месяца и находились под проспективным наблюдением в течение года.

Результаты работы: Установлено, что первый клинический эффект от применения крема «Афлодерм» наблюдался на второй–третий день от начала применения: у больных прекращалось появление свежих элементов в местах нанесения крема, снижалось чувство зуда и жжения, уменьшалась эритема и инфильтрация. Эффект от применения мази «Афлодерм» наблюдался на 3–4 сутки от начала терапии, что проявлялось уменьшением инфильтрации и эритемы, снижением зуда и чувства жжения. Непереносимости препарата и побочных эффектов не наблюдалось. Все больные отмечали высокие органолептические свойства средств наружной терапии «Афлодерм»: отсутствие специфического окрашивания кожи и быстрое впитывание препарата в кожу. Через 7 дней применения крема и мази «Афлодерм» все пациенты отмечали значительное клиническое улучшение, зуд уменьшался до легкого периодического. На 10–е сутки применения крема и мази «Афлодерм» у всех пациентов отмечалось разрешение высыпаний при сохраняющихся единичных корочках и отрубевидных чешуйках. После отмены наружного применения крема и мази «Афлодерм» ни у кого из пациентов синдрома отмены не наблюдалось. При проспективном наблюдении отдаленных негативных последствий наружной терапии отмечено не было.

Выводы: На основании результатов проведенного клинического наблюдения можно сделать вывод, что крем и мазь «Афлодерм» являются безопасными и эффективными средствами наружной терапии и могут быть рекомендованы для применения у больных аллергодерматозами.

Актуальные аспекты восстановительных технологий больных хроническими дерматозами

Гильмутдинова И.В., Выговская Г.Л., Хисматуллина З.Р., Аюцова В.З., Гафаров М.М.

Башкирский, государственный медицинский университет, Республиканский кожно–венерологический диспансер, г. Уфа

Цель работы: Совершенствование методов восстановительной медицины у больных с хроническими дерматозами.

Методы и технологии: Клинико–морфологические, паразитологические, бальнеологические, статистические.

В соматическом стационаре было обследовано 150 больных с диагнозами: псориаз — 80 человек, хроническая экзема — 30 человек, атопический дерматит — 40 человек. Всем было проведено ФГДС, морфологические исследования биоптата желудка, оценка состояния печени и желчевыводящих путей по данным УЗИ, биохимическое исследование крови, эхохолестистография, рентгенологическое исследование кишечника, паразитологическое обследование.

Выявлено, что у 72% имеется дискинезия желчевыводящих путей; у 72% — хронический панкреатит; у 80% — утолщение стенок желчного пузыря; у 65% — гепатомегалия, у 96% — хронический гастрит и у 23% язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

У всех пациентов обнаружены лямблиоз и хеликобактериоз.

Все больные на стационарном этапе получили клинико–патогенетическую терапию, направленную на элиминацию патологических агентов, очищение кишечника энтеросорбентами в совокупности с гепатопротекторами и диетотерапией. «Метаболический» взгляд на этиопатогенез хронических дерматозов позволил эффективно подключить на постклиническом этапе реабилитацию с использованием местных бальнеологических факторов в комплексе с кумысолечением. Использовали высокоминерализованные сульфидно–хлоридно–натриевые ванны с содержанием радона и иловых грязей; слабощелочные сульфатно–кальциевые и хлоридно–натриевые питьевые воды курорта Красноусолий в комбинации с кумысолечением, физиологическое восстановление функции кожи и психосоматическая реабилитация у больных с псориазом и атопическим дерматитом была достигнута быстрее, чем у больных хронической экземой.

Выводы: Отдаленные результаты наблюдений позволили достоверно подтвердить эффективность воздействия бальнеологических факторов и кумысолечения у больных псориазом и атопическим дерматитом как этапа противорецидивного и профилактического лечения восстановительной медицины.

Опыт применения трехкомпонентного наружного лечебного комплекса «СИСТЕМА 4» для терапии себореи и себорейного дерматита волосистой части головы

Гладыко В.В., Масюкова С.А., Гайдаш Н.В., Карасев Е.А.

ГИУВ МО РФ, г. Москва

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности и переносимости комплекса «Система 4» при лечении больных себореей волосистой части головы.

Состоящий из трех дискретных единиц наружный комплекс «Система 4» («SIM», Финляндия) выпускается в виде Climbazoletherapeutic oil cure (терапевтическая маска), Bio Botanical Shampoo (биоботанический шампунь), Bio Botanical Serum (биоботаническая сыворотка). В состав данных препаратов включены активные ингредиенты преимущественно растительного происхождения.

Из нашего исследования были исключены пациенты моложе 16 лет и старше 60 лет, женщины в период беременности и кормления грудью, больные, нуждающиеся в проведении общей кортикостероидной и антибактериальной терапии или прошедшие ее за последний месяц до начала исследования, а также больные с тяжелыми формами заболевания. Было обследовано 35 больных (23 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 19 до 60 лет с использованием специализированной компьютерной диагностической программы «Трихосайенс». Наибольшую долю составили мужчины и женщины молодого и среднего возраста (67%) с длительностью заболевания более 5 лет (32%). Препараты, составляющие комплекс «Система 4», рекомендовали наносить на волосистую часть головы 1 раз в день, избегая попадания препарата в глаза и на слизистую полости рта, в следующей последовательности: терапевтическая маска, биоботанический шампунь, биоботаническая сыворотка. Другого лечения пациенты не получали. Каждый больной находился под нашим наблюдением в течение месяца. Тяжесть течения патологического процесса определялась площадью поражения и интенсивностью воспалительных явлений в числовом выражении — шелушение (0 — 3 балла), эритема (0 — 3 балла), экссудация (0 — 3 балла), а также наличием субъективных жалоб (0 — 3 балла). Наибольший удельный вес (76%) составили больные со средней тяжестью течения (больные с тяжелым течением были исключены из испытаний в соответствии с протоколом Фармакологического комитета).

В результате наших наблюдений выявлено, что у 16 (46%) больных наметился положительный сдвиг с 1–го дня лечения препаратами комплекса «Система 4», а именно: значительно уменьшился зуд, побледнела эритема. Уже к 3–4–му дню

прекратилось появление свежих высыпаний, исчезло шелушение на поверхности пораженных участков кожи, отдельные элементы начали рассасываться. На 5–7-й день больных практически не беспокоил зуд, эритема побледнела, инфильтрация значительно уменьшилась, шелушения не было. У 9 (26%) больных кожный процесс полностью разрешился ко 2-му визиту (10-й день), у 6 (17%) больных высыпания полностью исчезли к 3-му визиту. У 4 (11%) больных отмечалась положительная динамика, но не столь выраженная, к концу 1-й недели, однако практически полный регресс высыпаний наблюдался к 4-му визиту (30-й день). Таким образом, в результате лечения у 31 (89%) больных наступило клиническое излечение, у 4 (11%) — значительное улучшение. В связи с наступлением клинического излечения у 62% больных к 20-му дню (3-й визит) отпала необходимость в дальнейшем применении препаратов комплекса «Система 4», но они продолжали находиться под нашим наблюдением в соответствии с протоколом. Не отмечалось корреляции между тяжестью течения кожного процесса и сроком наступления клинического излечения или улучшения. Побочные эффекты от применения препаратов комплекса «Система 4» в виде легкого жжения и незначительного усиления эритемы наблюдались только у 3 больных. Эти явления возникли на 2-й день лечения, продолжались 2 дня, переносились легко, а затем самостоятельно исчезли.

Таким образом, препараты комплекса «Система 4» являются высокоэффективными средствами лечения больных себореей волосистой части головы, обладают выраженным противовоспалительным, противозудным и кератопластическим свойствами. Препараты комплекса «Система 4» в большинстве случаев могут использоваться без системного лечения больных себореей волосистой части головы, исключая тяжелые формы этих заболеваний. Препараты являются оригинальными, не имеющими аналогов средствами наружной терапии больных себореей волосистой части головы и обладают явными преимуществами по сравнению с другими традиционными наружными средствами.

Применение методов оценок и коррекции психоэмоционального статуса при лечении пациентов с рубцовыми новообразованиями

Глубокова И.Б.

ГУЗ СОКВД, г. Самара

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения рубцовых новообразований кожного покрова с учетом психоэмоционального состояния пациентов и деонтологических принципов. Для реализации поставленных задач были изучены психологический статус и личностно ориентированные характеристики пациентов с рубцовыми новообразованиями, оценено их влияние на клинику и характер течения заболевания и разработаны научно обоснованные подходы к психотерапевтической коррекции в качестве структурного элемента в терапии рубцов.

Представляется целесообразным включить в комплексное исследование пациентов с рубцовыми новообразованиями психодиагностические методы, выявляющие личностно-характерологические и эмоциональные особенности, а также своеобразие механизма психологической адаптации, что является базисом для психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение эффективности проводимого лечения и качества жизни пациента. Оптимизация мотивационных установок у пациента, направленных на выработку психологически детерминированных алгоритмов принятия решения в отношении терапевтической и профилактической тактики, должна способствовать развитию объективных предпосылок к установлению межличностных связей между врачом и пациентом. Форма взаимодействия «врач–больной» сможет полностью удовлетворить потребности пациента в оказании квалифицированной медицинской помощи не только посредством применения медикаментозных средств и методов, но и путем участия врача в психологической работе с больным при соблюдении двух основополагающих принципов: доверия больного врачу и веры в успех медико-терапевтических мероприятий. При этом следует добиваться повышения уровня самооценки пациентов и снижения основных шкальных параметров системы MMPI. Это оказывает существенное влияние на их личностные характеристики эмоционально-аффективной сферы. Коррекция должна быть направлена на снятие психической напряженности, формирование положительных социальных установок по отношению к собственному «Я», окружающей среде и факту заболевания, повышение самооценки и стрессовой толерантности, а также на выработку адекватной целевой системы и мотивации.

Эффективность узкополосной (311 нм) фототерапии больных атопическим дерматитом с учетом ближайших и отдаленных клинических результатов лечения

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

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель исследования: Изучение ближайших и отдаленных клинических результатов лечения больных атопическим дерматитом методом узкополосной (311 нм) средневолновой ультрафиолетовой терапии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением с 2005 по 2008гг. находилось 47 больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами атопического дерматита (19 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 16 до 48 лет с длительностью заболевания от 16 до 45 лет. Всех больных в период обострений беспокоил кожный зуд различной степени интенсивности и нарушение сна. Большинство пациентов отмечали частые (3–4 и более в год) обострения с длительностью более 2 месяцев, длительность ремиссии была не более 2,5 месяцев. 4 (8,5%) больных отмечали перманентное течение патологического процесса. Кожный процесс у большинства больных носил распространенный характер. Степень тяжести оценивалась с использованием индекса SCORAD, который до лечения находился в пределах от 56,4 до 100 баллов (среднее значение индекса SCORAD — 74,7 балла). В комплексную терапию была включена ультрафиолетовая терапия узкополосного (311 нм) средневолнового спектра. Начальная доза облучения составляла 0,05–0,1 Дж/см² с последующим увеличением дозы на 0,05–0,1 Дж/см² каждую процедуру или через процедуру, в зависимости от переносимости и наличия побочных эффектов. Максимальная разовая доза облучения составила 1,6 Дж/см². Процедуры проводили с режимом 4 раза в неделю, на курс от 10 до 37. Общая кумулятивная доза облучения в среднем составила 11,2 Дж/см².

Результаты: Клиническое выздоровление было достигнуто у 12 (25,5%) больных, значительное улучшение — у 16 (34%), улучшение — у 16 (34%), отсутствие эффекта было у 3 (6,4%) больных. Среднее значение индекса SCORAD снизилось с 74,7 до 23,8 балла. В целом переносимость метода была хорошей. У всех больных отмечалось сокращение количества обострений в год и продолжительности этих периодов, удлинение ремиссии, появление «светлых» промежутков у пациентов с перманентным течением кожного процесса. Наблюдалось снижение выраженности и распространенности клинических проявлений заболевания,

увеличилось число больных с ограниченными поражениями кожи. Все больные после лечения отмечали улучшение общего самочувствия, снижение интенсивности кожного зуда и нормализацию сна, как в период обострений, так и в периоды ремиссии.

Выводы: Полученные ближайшие и отдаленные клинические результаты лечения указывают на значительную клиническую эффективность и хорошую переносимость метода узкополосной (311 нм) средневолновой ультрафиолетовой терапии больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами атопического дерматита.

Влияние стабилизированной гиалуроновой кислоты на клинко-инструментальные показатели губ

Губанова Е.И., Шарова А.А., Лапатина Н.Г.

Клиника превентивной медицины «Валлекс М», г. Москва

Цель исследования: Оценить эффективность применения препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты неживотного происхождения (NASHA) для коррекции объема и возрастных изменений губ.

Группа пациентов: 29 добровольцев, соответствующих критериям включения и исключения, составили группу NASHA, из них после первого визита 2 пациентки выбыли по собственному желанию. В контрольную группу было включено 20 женщин той же возрастной категории. Средний возраст в группах статистически не различался и составлял $41,55 \pm 13,36$ и $42,65 \pm 10,67$ соответственно.

Дизайн исследования: Пациентам группы NASHA была проведена однократная процедура инъекционного введения геля стабилизированной гиалуроновой кислоты неживотного происхождения (Рестилайн) в среднем объеме 1,1 мл. Все пациенты проходили клинко-инструментальное обследование до введения NASHA (D0), а также через 2 недели (W2), 2 месяца (M2), 4 месяца (M4) и 6 месяцев (M6). Пациенты контрольной группы проходили исследование в те же сроки D0, M2, M4 и M6. Пациентами оценивался уровень удовлетворенности результатом процедуры и определялась степень самооценки состояния губ.

Материалы и методы: Во время каждого визита (D0, W2, M2, M4, M6) участникам исследования проводились баллистометрия (IND, ALPHA, AREA), вапометрия (TEWL), корнеометрия, СкинЧип (SkinChip). С помощью баллистометрии (аппарат Dia-Stron Torsional Ballistometer BLS 780) проводился анализ способности кожи к деформации (IND), характеризующей ее плотность, альфа (ALPHA) и площадь под кривой (AREA), отражающие эластичность и упругость. Степень гидратации оценивалась двумя методами — с помощью корнеометра (Monaderm Combined CM825[®]/SM815[®]/CT580[®], Courage+Khazaka, Electronic GmbH, Köln) и СкинЧипа (L'oreal), трансэпидермальная потеря влаги (TEWL) — с помощью вапометра (Vapometer SWL4001, Delfin).

Результаты: Проведенное нами исследование показало, что после инъекции NASHA в губы отмечалось статистически достоверное улучшение биомеханических показателей губ (повышение эластичности и упругости). Введение Рестилайна привело к увеличению увлажненности кожи губ (по данным корнеометрии и SkinChip) и снижению трансэпидермальной потери влаги ко второму месяцу исследования. Во время последнего визита указанные показатели вернулись к исходным значениям. Сравнение с группой контроля показало, что TEWL не только значительно отличалась через два месяца ($p = 0,007$), но и оставалась достоверно ниже в группе NASHA даже на 6-м месяце наблюдения ($p < 0,001$). Клинически отмечены достоверное улучшение четкости контура, приподнятые уголки губ, высокий уровень удовлетворенности пациенток результатами проведенной процедуры. Степень самооценки внешнего вида губ была максимальна через 2 недели ($8,04 \pm 1,0$ балла из 10 возможных), затем постепенно снижалась, но с сохранением достоверной разницы, чем до введения препарата ($p < 0,005$).

Вывод: Данное пилотное исследование показало, что введение геля NASHA в губы является эффективной омолаживающей процедурой, улучшающей внешний вид губ и их биомеханические свойства.

Антиоксиданты и антигипоксиканты в терапии очаговой склеродермии

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

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Целью работы являлось определение эффективности применения отечественных антиоксидантов и антигипоксикантов в комплексном лечении очаговой склеродермии (ОС). Были использованы в комплексной терапии ОС современные отечественные антиоксиданты и антигипоксиканты: эйколен, цитофлавин, гипоксен. Данные препараты, будучи различными по химической структуре и особенностям фармакокинетики, имеют общие свойства — они тормозят СРО биомембран, усиливают тканевое дыхание на уровне клеток, обладают ангиопротекторной активностью.

Под наблюдением находились 32 больных с диагнозом ОС, мужчин — 6, женщин — 26, которым назначали эйколен по 2 капсулы 3 раза в день, цитофлавин по 2 т. 2 раза в день, гипоксен по 1 т. 3 раза в день. Наружно применяли гель и масло «Камелокс». Курс лечения составлял 20–30 дней и проводился на фоне базисной терапии. Контрольную группу составляли 12 пациентов, получавших базисную терапию (пенициллин, препараты никотиновой кислоты, лидаза, НПВС, витамины В₁, В₆, В₁₂, наружная терапия включала глюкокортикостероиды, лидазу в димексиде, электрофорез на очаги). Изучили динамику показателей у больных СРОЛ. Исследования хемолюминесцентного (ХЛ) ответа клеток цельной крови у больных до лечения выявили сниженную ($p < 0,001$) стимулированную ХЛ в 1,8 раза на фоне неизменной спонтанной ХЛ. Сыворотка крови при этом характеризовалась прооксидантными свойствами. После терапии показатель нормализовался, а при традиционном лечении он ($50,9 \pm 3,2$ hV) оставался пониженным ($p < 0,001$) в 1,3 раза. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) ($17,6 \pm 2,2$ нмоль/л, $p < 0,01$) было повышенным в 1,4 раза, шиффовых оснований (ШО) ($1,49 \pm 0,03$ отн.ед.фл./г. лип х 10^{-3} , $p < 0,001$) — в 1,6 раза. Применение антиоксидантов и антигипоксикантов способствовало нормализации уровня ДК и ШО. Положительная динамика биохимических показателей совпадала с выраженным клиническим эффектом. Объективный индекс степени тяжести (ОИСТ) снизился на 35%. В контрольной группе нормализации показателей не наблюдалось, ОИСТ снизился лишь на 23%.

Выводы: Отечественные антиоксиданты и антигипоксиканты обладают высокой степенью эффективности при ОС, в связи с чем, мы рекомендуем их для применения в комплексной терапии.

Патогенез и специфика псориаза в резко континентальном климате Забайкалья

Гуслякова Л.К., Рябова М.В., Терещенко В.Н.

ГУЗ «ОКВД», ГОУ ВПО ЧГМА

Цель работы: Выявить специфические особенности клинического течения псориаза в резко континентальном климате и оценить их с учетом теорий патогенеза.

Применяемые методы: Клинический и статистический анализ медицинской документации, специальных анкет.

Результаты работы: Произошел рост удельного веса больных псориазом в общей структуре хронических дерматозов (на 1,8% за 2003–2007 гг.), при этом в 70% случаев псориаз диагностирован впервые у лиц молодого возраста от 17 до 25 лет.

При анализе 436 историй болезни пациентов, лечившихся в стационаре в 2004–2007 гг., зимняя форма псориаза установлена у 343 (78,6%) человек, летняя у 65 (14,9%).

Обращаемость больных за лечением в круглосуточном стационаре по причине рецидива псориаза и с первично установленным диагнозом также преобладала в осенне-зимнее время. За 2006–2007 гг. было госпитализировано 415 больных. Пик госпитализации отмечался в периоды низких температур окружающей среды (осенью — 21% больных; весной — 29%, летом — 15%).

Одним из ключевых моментов запуска псориатического процесса является изменение кислородного режима кожи и нарушение микроциркуляции. Гипоксический режим нарушает дифференцировку кератиноцитов, что приводит к появлению их незрелых форм в очагах и обуславливает характерную клиническую картину. В резко континентальном климате Забайкалья имеется выраженная гипоксия, которая обусловлена с одной стороны высокогорьем — территория региона выше уровня моря от 600 до 2 500 метров (высотная гипоксия), с другой — низкими температурами окружающей среды до -57°C (холодовая гипоксия). Термин «холодовая гипоксия» ввел академик В.П. Казначеев в 1978 году.

Кроме этого, имеются данные о том, что псориаз является своеобразным липоидозом кожи или «холестериновым диатезом». В этой связи можно предположить, что имеющаяся климато-географическая гипоксия приводит к кислородному голоданию макроорганизма и как следствие этого, замедляются биохимические окислительно-восстановительные процессы, снижается физическая активность, что опосредованно способствует избыточному образованию и накоплению липидов, изменению липидного спектра.

Исходя из этих позиций, в какой-то мере можно объяснить специфические особенности заболеваемости псориазом у жителей, проживающих в резко континентальном климате Забайкалья (преобладание зимней формы — 78,6%, высокая частота рецидивов в зимне-весенний период — 64,0%, рост заболеваемости на 1,8% в сочетании с ее «омоложением»).

Выводы: Климато-географические, экологические, социально-экономические факторы, образ жизни и специфика питания оказывают влияние на заболеваемость псориазом и его клиническое течение.

Анализ оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2006–2008 годах по профилю «дерматовенерология» жителям Самарской области в рамках национального проекта в здравоохранении

Деева Н.А., Титугина А.Ю., Пеняев С.А., Балтер И.А., Шлыкова С.А.

ГУЗ СОКВД, г. Самара

Цель: Изучить качество жизни больных псориазом на фоне длительного приема препаратов иммуносупрессивного действия.

Под нашим наблюдением и лечением с июля 2006 года находится 11 больных с различными клиническими формами псориаза, получавших инфликсимаб в качестве монотерапии (6 мужчин и 5 женщин). У 10 больных артропатический псориаз с поражением гладкой кожи: у одной больной — эритродермия, у двух больных универсальное поражение кожи и у четверых — распространенный псориаз. Один пациент 42 лет с универсальным псориазом, непрерывно рецидивирующим течением без суставной формы. Все больные трудоспособного возраста (от 29 до 57 лет). Течение заболевания длительное (от 7 до 30 лет), хронически рецидивирующее, слабо реагирующее на стандартную терапию, все пациенты получали метотрексат, четверо — циклоспорин (сандиммун неорал), нестероидные противовоспалительные препараты, плазмаферез. У всех пациентов наблюдалось тяжелое течение псориатической болезни. Перед началом лечения все пациенты прошли стандартное обследование. Лечение проводили по рекомендованной методике 3–5 мг на 1 кг веса на 0, 2, 6 неделях и далее через 8 и более недель. Срок наблюдения составил от 5 мес. до 2 лет. Положительные изменения в течении псориатического процесса наблюдались у всех пациентов к концу первых, началу вторых суток лечения; на коже выражались значительным уменьшением остроты зуда, жжения, чувством стянутости кожи, полное очищение кожи от псориатических высыпаний наступило через 8–12 недель; со стороны псориатического артрита улучшения в виде уменьшения болезненности, отека пораженных суставов, утренней скованности, а к концу первой недели значительное увеличение двигательной активности в пораженных суставах. Больные с первого дня прекратили принимать другие лекарственные препараты. Шесть больных не принимали никаких базисных противовоспалительных препаратов, они получили по 5–10 инфузий ремикейда из расчета 3,3–4,5 мг/кг. Таким образом, применение антицитокиновой терапии при оказании высокотехнологичной медицинской помощи является эффективным методом лечения, позволяющим достигнуть выраженного клинического результата при ведении больных тяжелыми, торпидно текущими формами псориаза. На фоне длительного приема препаратов иммуносупрессивного действия удается повысить качество жизни таких больных.

Современная классификация атопического дерматита

Завадский В.Н.

Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Цель работы: Классификация атопического дерматита на основе современных представлений о его патогенезе и стадийности течения.

Применяемые методы и технологии: Клиническое наблюдение пациентов (в течение 8 лет); исследование общепринятыми методами кожи и общего состояния 97 больных мужского и женского пола (51 и 46 человек) в возрасте от 8 до 29 лет. Анализ собственных данных (Завадский В.Н., 2005, 2007) и публикаций по изучаемой теме.

Результаты работы: Наши исследования согласуются с выводами Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСИ, 2001) о том, что атопический дерматит имеет аллергическую и неаллергическую стадии. Начальная стадия,

в младенческом возрасте — «экссудативный (аллергический) диатез» — аллергическая. Две последующие стадии (и формы): атопическая экзема и нейродермит — аутоиммунные, о чем, в частности, свидетельствуют спонтанные рецидивы. Атопическая экзема является пограничной патологией с экземами «неатопическими» и имеет сходные клинические варианты: «по типу» истинной экземы, себорейной, микробной, экземы Капоши. Отличие атопической экземы, однако, в том, что она — стадия (и форма) атопического дерматита, который: 1) начинается с «аллергического диатеза» (младенческий возраст, аллергия, дермографизм красный), 2) переходит в «атопическую экзему» (возраст любой, аутоиммунный механизм, дермографизм красный) и 3) в «нейродермит» (возраст любой, аутоиммунный механизм, дермографизм белый). Индивидуально преобладает одна из форм — экзема, нейродермит, но чаще всего они чередуются как стадии (нейродермит «экзематизируется»). Таким образом, нейродермит — тоже стадия (и форма) атопического дерматита, а не отдельное заболевание.

Выводы: **Атопический дерматит** начинается в младенческом возрасте как **аллергический диатез**, далее (у детей и взрослых) протекает как **аутоиммунное** заболевание в виде **атопической экземы** либо **нейродермита**.

Использование метода ультразвукового сканирования в работе врача–дерматовенеролога

Изотов Н.М.

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Определить диагностическую значимость, показания и методику использования в практической деятельности врача–дерматовенеролога ультразвукового метода исследования кожи.

Материалы и методы: В ГУЗ «МОЦСМП» успешно внедрён и освоен метод ультразвукового сканирования кожи. Метод, ранее использующийся преимущественно в научно–исследовательских целях, нашёл широкое применение в практической деятельности врача–дерматовенеролога ЛПУ. Определены показания использования данного метода.

Для оценки динамики кожного процесса, эффективности проводимой терапии, динамики морфологических изменений поражённой кожи при применении топических кортикостероидов, фототерапии ультразвуковое сканирование кожи проведено 153 пациентам, получавшим лечение по поводу хронических дерматозов; с целью оценки структурных изменений, объёмных параметров и глубины инвазии кожи, определения показаний к радиохирургическому удалению образований — 139 пациентам с новообразованиями кожи.

Пациентам с хроническими дерматозами исследование проводилось до лечения, в дальнейшем с интервалом в 7 дней, что позволило оценить динамику кожного процесса на фоне проводимого лечения, оптимально подобрать пациентам наружное медикаментозное и светолечение. Таким образом, удалось достичь сокращения сроков проводимой терапии. При наличии новообразований кожи, а также по направлению врачей смежных специальностей ультразвуковое сканирование использовалось для оценки структурных изменений, объёмных параметров и глубины инвазии кожи, определения показаний к радиохирургическому удалению, до и после процедуры удаления образования, а также через 10 дней после удаления. По результатам проведённого обследования у 4 больных выявлена онкологическая патология (первая стадия меланомы), диагностика которой до внедрения метода представляла значительные трудности и ранее в ЛПУ не выявлялась, в результате чего пациенты смогли своевременно начать лечение у врача–онколога. Внедрение и широкое применение данного метода в работе учреждения позволило создать архив проведённых сонограмм. Данные исследований сохраняются в электронной версии истории болезни, что имеет важнейшее значение для оценки динамики кожного процесса, подбора и эффективности терапии, позволяет увеличить поток пациентов, обратившихся на приём к дерматовенерологу.

Вывод: Использование метода ультразвукового сканирования кожи имеет широкое применение в практической деятельности врача–дерматовенеролога. Исследование кожи с помощью системы ультразвуковой визуализации расширяет уровень диагностических возможностей врача–дерматовенеролога, является высокоинформативным диагностическим методом практической дерматологии, диагностики онкологической патологии кожи.

Нарушения костного метаболизма у больных псориазом артритом

Касимова С.Г., Бадюкин В.В., Баткаев Э.А.

ГОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Цель: Изучение метаболизма костной ткани у больных ПА и влияние на его параметры Бивалоса.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных ПА в возрасте от 35 до 61 года, средний возраст составлял $48,0 \pm 13,0$. Открытое рандомизированное исследование в двух параллельных группах: I (основная) группа составила 15 больных, которые 6 месяцев принимали стандартную терапию и Бивалос в дозе 2 г/сут. в течение 6 мес. II (контрольная) группа — находилась на стандартной терапии. Группы были рандомизированы по возрасту, длительности заболевания, варианту суставного синдрома, характеру псориаза. Точки контроля составили 0, 3, 6 мес. терапии. Оценивалось число болезненных суставов (ЧБС), число воспалённых суставов (ЧВС), интенсивность боли в суставах по (ВАШ) качество жизни (HAQ) и PASI. Изучали минеральную плотность костной ткани (МПКТ), остеокальцин и B–GROSS LAPS.

Результаты: В I группе к концу 6–го месяца ЧБС снизилось с 22,53 до 11,67, во II группе с 27,4 до 21,66. Интенсивность болей в суставах в I группе уменьшилась с 59,07 до 33,67 а во II с 64,4 до 46,86, оценка активности заболевания по Ликерту снизилась с 2,87 до 1,27 и с 2,8 до 2,33 соответственно. Через 6 месяцев терапии в основной группе наблюдалось достоверное нарастание массы костной ткани, снижение содержания B–GROSS LAPS и повышение остеокальцина.

Заключение: Таким образом, биохимические маркеры костного метаболизма в комплексе с показателями определения костной массы играют большую роль в оценке выраженности и направленности изменений обмена костной ткани. Длительная терапия Бивалосом (стронция ранелатом) оказывает положительное влияние на прогрессирующую деструкцию костной ткани, которая присуща больным ПА.

Эффективность оказания высокотехнологичной помощи больным atopическим дерматитом в ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий»

Кениксфест Ю.В., Гришаева Е.В.

ФГУ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: Оценить эффективность оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) больным atopическим дерматитом (АД) за 2006–2008 гг.

За период с мая 2006 г. по июль 2008 г. комплексное обследование и лечение по программе ВМП в клинике института проведено 649 пациентам. Из числа всех пациентов больные с различными формами АД составили 83 человека (12,8%), при этом у 75,8% кожный процесс носил диффузный характер.

Приказом № 812 от 28.12.2007 «Государственное задание на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в 2008 году для федеральных медицинских учреждений» определен перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, для (АД):

- комплексное лечение больных тяжелыми формами АД, с применением узкополосной средневолновой и дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии — 69 больных (78,3%);
- поликомпонентное лечение больных с распространенными формами АД с поливалентной сенсibilизацией с применением цитостатических, иммуносупрессивных и иммуномодулирующих средств, эфферентных методов воздействия — 10 больных (12,0%);
- фотохимиотерапия с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов при АД — проведено 8 больных (9,6%).

Выводы: Медицинская результативность терапии больных АД по программе ВМП реализовалась в достижении благоприятных исходов лечения в 97,6% случаев, причем у 43,4% пациентов с изначально тяжелыми и резистентными формами заболевания удалось добиться клинической ремиссии и значительного улучшения, со снижением выраженности индекса SCORAD более чем на 75% от исходного.

Проведенное анкетирование пациентов, получивших лечение по программе ВМП, выявило крайне высокую (98,0%) удовлетворенность качеством оказываемой медицинской помощи, лекарственным обеспечением и общением с медицинской средой, превышающую таковую при лечении по программе обязательного медицинского страхования (92,7%).

Дисгидроз как проявление общего вегетоневроза и особенности его лечения

Коган А.И., Носоченко Г.Ф., Попов И.В.

Московский кожно–венерологический диспансер № 28

Мы рассматриваем дисгидроз как проявление общего вегетоневроза. Лечение больных дисгидрозом должно быть комплексным, с учетом всей выявленной как местной, так и общей патологии. В отдельных случаях показана консультация невропатолога и эндокринолога.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных, из них мужчин — 21, женщин — 16. Возраст больных от 18 до 33 лет. С целью воздействия на патологический процесс мы считаем необходимым прервать патогенетическое влияние вегетативной иннервации у этих больных. Мы использовали небольшие кратковременные дозы некоторых ганглиоблокаторов (препаратов группы бета 1–адреноблокаторов). Больные получали один из двух препаратов: конкор по 1/2 таблетки (5 мг) — 2,5 мг один раз в день (вечером) в течение 5–7 дней или атенолол так же по 1/2 таблетки (50 мг) — 25 мг один раз в день. После первого курса лечения делался пятидневный перерыв, а затем назначался второй такой же пятидневный курс. Оба курса проводились под контролем АД и пульса. Попутно больные получали легкое седативное лечение отваром корня валерианы и травы пустырника (по полстакана 2 раза в день). Одновременно ежедневно больные делали местные теплые ванночки из отвара дубовой коры для кистей рук и при необходимости стоп, на протяжении всех двух недель. Полное излечение наступило у 35 больных. Крайне незначительные рецидивы были отмечены в дальнейшем у двух больных. Анализы крови и мочи у всех больных были в норме.

Регуляторные пептиды и этапная корнеотерапия дальневосточными бетонитами и торфопелоидами больных atopическим дерматитом

Козулин Е.А., Козулин Е.Е., Кириллов С.В.

ГОУ ВПО ДВГМУ, г. Хабаровск

Сложность и неоднозначность патогенетических механизмов, эволюционный патоморфоз обуславливают необходимость этапного подхода к лечению больных atopическим дерматитом. Регуляторные пептиды и поверхностно–активные вещества, несомненно, открывают новые терапевтические возможности.

Под нашим наблюдением было 78 больных atopическим дерматитом в возрасте от 17 до 32 лет (31 мужчина и 47 женщин). Диагноз выставлялся с учетом общепринятых критериев J. Hanifin, G. Raika. Базисная терапия — антигистаминные препараты. Наружно–эмульсионные мази из дальневосточных бетонитов, имеющих сорбирующие, мембраностабилизирующие и стероидоподобные свойства.

Больным назначались в/м инъекции даларгина по 0,001 № 15–20. Нейропептид даларгин (лейцин–энкефалин — это информационная молекула с иммуномодулирующим, нейропротекторным действием) оптимизирует микроциркуляторные и мембранные процессы, нормализует функцию коры надпочечников.

До лечения уровень лейцин–энкефалина в крови больных понижен $13,9 \pm 1,3$ пг/мл (контроль $23,3 \pm 2,7$ пг/мл). Результаты лечения: клиническое выздоровление у 20, значительное улучшение у 36, улучшение у 22 больных. Констатирована тенденция к нормализации уровня лейцин–энкефалина ($19,7 \pm 1,5$ пг/мл).

В период ремиссии, в целях коррекции физиологических функций кожи и борьбы с ксерозом, больным назначался гель из дальневосточных торфопелоидов. В состав геля входят кремний, его органические и неорганические образования, гуминовые соединения, липиды, ферменты, обеспечивающие антимикробные свойства. Свободные органические кислоты создают гидротропный эффект. У больных отмечена тенденция к положительной динамике некоторых функциональных параметров.

Ёмкостная сопротивляемость эпидермиса повысилась с $39,6 \pm 9,7$ до $51,4 \pm 10,2$ усл. ед. (контроль $61,5 \pm 14,2$). Снизилась pH с $6,9 \pm 0,4$ до $6,3 \pm 0,3$. Серьезных обострений, требующих госпитализации, в течение года не было.

Фармакоэкономическая оценка терапии тяжелых форм акне

Кохан М.М., Шабардина О.В.

ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель работы: Сравнительная оценка методов лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне с учетом фармакоэкономической эффективности.

Методы: Проведено открытое сравнительное исследование клинической эффективности, влияния на качество жизни и стоимости характеристик терапии больных среднетяжелыми и тяжелыми формами акне при применении системного ретиноида роаккутана (группа I) и других патогенетических средств (группа II).

Результаты: Сравнительные исследования показали, что в группе больных, получавшей роаккутан, лечение способствовало значительному снижению показателя общей тяжести угрей (ОТУ) к 12-й неделе приема препарата, а к моменту окончания лечения ОТУ снижался в 5,9 раза. В те же сроки показатель ОТУ у пациентов в группе, получавшей лечение другими средствами, снизился только на 62,0%. Уровень жирности кожи также снижался в группе, получавшей роаккутан, — с 2,5 до 0,5 балла, а у пациентов группы II достоверно меньше — с 2,7 до 2,3 балла. Оценка показателя качества жизни (CADL) в динамике терапии роаккутаном показывала значительное улучшение самооценки качества жизни на 12-й неделе и после окончания лечения, в то время как у пациентов группы II показатель CADL уменьшался только в периоды активного лечения. Фармакоэкономический анализ затрат пациентов на лечение акне и поддержание кожи в удовлетворительном состоянии показал, что при расчете **прямых затрат** на лечение тяжелых форм акне в течение года стоимость лечения пациентов II группы составляла больше 10 тысяч рублей, в более тяжелых случаях достигала 35 тысяч рублей (с учетом нескольких обострений в год и поддерживающей терапии). На лечение роаккутаном прямые затраты пациента составляли от 17 до 35 тысяч рублей. Терапия роаккутаном проводилась в среднем $22,8 \pm 0,8$ недели практически всегда однократно, с достижением полной клинической ремиссии у 97,1% пациентов, тогда как больные II группы в период последующего наблюдения продолжали проведение повторных курсов терапии, хотя и с меньшими экономическими затратами.

Выводы: При сопоставлении экономических затрат, достигнутой результативности и улучшения качества жизни пациентов, а также с учетом клинической перспективы, отмечена более высокая клинико-экономическая эффективность роаккутана по сравнению с другими патогенетическими средствами.

Клинико-anamnestические особенности течения хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных больных

Куклин И.А., Кохан М.М., Корюкина Е.Б.

ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии»; Свердловский ОКВД, г. Екатеринбург

Цель: Изучение клинико-anamnestических особенностей течения и манифестации дерматозов у ВИЧ-инфицированных больных.

Методы: Проведено клинико-anamnestическое и лабораторно-инструментальное обследование 30 ВИЧ-инфицированных пациентов с хроническими дерматозами, находившихся с 2004 по 2007 г. на стационарном лечении в отделении дерматологии ФГУ УрНИИДВИ.

Результаты: По состоянию на 1 апреля 2008 г. в Свердловской области зарегистрировано 34 943 случая ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 792,4 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 2,0 раза. За период с 2004 по 2008 г. установлено присутствие значительного числа ВИЧ-инфицированных пациентов среди больных, госпитализируемых в дерматологический стационар (до 12 пациентов ежегодно), средний возраст которых составил $29,04 \pm 7,6$ лет. Среди первоначальных диагнозов у больных регистрировался псориаз (53,3%) и атопический дерматит (13,3%), другие нозологические формы составляли единичные случаи. У 40,0% больных хроническими дерматозами (ХД) при лабораторном обследовании было выявлено сочетание ВИЧ инфекции с вирусными гепатитами В и С. У всех больных с хронической пиодермией, аллергическим дерматитом и экземой, у 62,5% больных псориазом дебют дерматоза был зафиксирован на фоне уже имеющегося ВИЧ-инфицирования, а течение заболевания сразу же приобретало хронический и рецидивирующий характер. У 73,3% больных псориазом высыпания сопровождались интенсивным зудом, у 46,6% — развитием экссудативного компонента, эритродермии, у больных АД — отсутствием сезонности обострений, лимфоаденопатией и снижением массы тела. Почти у трети (26,7%) больных дерматозами ВИЧ-инфекция была впервые диагностирована врачом-дерматовенерологом в результате направления на дополнительное обследование на основании данных анамнеза жизни, характера течения и необычных клинических проявлений дерматоза у данной категории пациентов.

Выводы: Установлено присутствие значительного числа ВИЧ-инфицированных больных среди госпитализируемых в дерматологический стационар, необходимо дальнейшее совершенствование диагностики ВИЧ среди данного контингента, разработка специальных подходов к терапии ХД у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Диагностика злокачественных лимфом кожи: современный подход и перспективы

Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Куклин И.А., Сазонов С.В., Римар О.Г., Левчик Н.К.

ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: Проанализировать состояние и адекватность диагностических приемов у больных со злокачественными лимфомами кожи (ЗЛК), а также возможность их реализации при оказании медицинской помощи данной категории больных.

Методы: Проведено ретроспективное изучение анамнеза, особенностей дебюта, течения, динамики клинических проявлений и лабораторных методов диагностики у 49 больных с ЗЛК, в том числе у 14 пациентов с эритродермиями, госпитализированных в клинику ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий» за период 2006–2008 гг.

Результаты: Пациенты с ЗЛК и подозрением на данное заболевание составили 0,8–1,9% от всех получивших лечение в стационаре за указанный период. У подавляющего числа больных был установлен диагноз грибовидного микоза (ГМ), при этом

в Ia — IIa стадии — 54,3%, IIb — IIIa у 20,0% пациентов, а доля пациентов с эритродермической формой ГМ составляла в разные годы от 20,4 до 25,7% больных; диагноз В–ЗЛК был подтвержден только у 1 пациента. Из 49 больных 9 были госпитализированы в клинику Института повторно, 40 больных — впервые, при этом у большинства (85,0%) госпитализированных впервые пациентов отсутствовали данные гистологического исследования кожи, проведение которого на местах было затруднено из-за отсутствия экспертов-патоморфологов. У пациентов с клиническими признаками ЗЛК гистологические исследования биоптата кожи (проведенные впервые), позволили подтвердить диагноз лишь у 13,2% пациентов, а заподозрить ГМ и другие лимфопролиферативные заболевания кожи у 52,6% обследованных, которым впоследствии было проведено дополнительное обследование. Использование алгоритмов обследования больных с подозрением на ЗЛК (медицинские технологии № ФС–2006/299–У, утвержденная 26.10.2006 г., и ФС № 2008/125, утвержденная 19.06.2008 г.) позволили верифицировать диагноз и уточнить форму, стадию заболевания у 71,4% госпитализированных пациентов.

Выводы: В целях совершенствования ранней диагностики ЗЛК на стадии неспецифических проявлений необходимо обеспечение доступности динамических гистологических исследований с количественным морфометрическим анализом свойств клеток инфильтрата, расширение возможностей иммуноморфологической диагностики заболеваний (использование новых МКА), внедрение методов молекулярно-генетической диагностики особенностей γ -гена Т-рецептора лимфоцитов дермального инфильтрата и циркулирующих лимфоцитов.

Применение эксимерного лазера в лечении хронических дерматозов у жителей Крайнего Севера

Леоферова С.А., Амозов А.М.

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Изучение эффективности применения эксимерного лазера у больных с хроническими дерматозами в Мурманской области.

Материалы и методы: Облучение высыпаний при помощи эксимерного лазера, длина волны 308 нм, частота импульсов 200 Гц, максимальная плотность энергии за время экспозиции 3 300 мДж/см².

Под наблюдением находилось 59 человек с хроническими дерматозами в возрасте от 23 до 54 лет, из них у 37 человек — псориаз, у 8 — экзема, у 5 — красный плоский лишай, у 9 — витилиго. Проводилась монотерапия по методике двух- и трехразового облучения в неделю после определения минимальной фотозрительной дозы (МЭД). В зависимости от типа кожи дозу облучения увеличивали в 2–4–6 раз по сравнению с МЭД пациента, что позволяло избегать побочных эффектов. Для получения терапевтического эффекта требовалось от 5 до 20 процедур.

Результаты: В результате проведенного лечения достигнута ремиссия у 42 пациентов (71,2%), в том числе с псориазом — у 78,4% (29 человек), с экземой — у 75,0% (6 человек), с красным плоским лишаем — у 80,0% (4 человека), с витилиго — 33,3% (3 человека). У остальных 17 пациентов (28,8%) наблюдалось значительное улучшение. В процессе лечения у 4 пациентов отмечалось небольшое покраснение и зуд, у 3 — реакция по типу фотодерматита без образования пузырей, которая самопроизвольно разрешалась после окончания процедуры. Других побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: Лечение больных хроническими дерматозами с применением эксимерного лазера является высокоэффективным и имеет ряд преимуществ перед традиционными видами фототерапии: снижается число процедур облучения, вследствие чего уменьшается кумулятивная доза УФ-лучей. Отмечается хорошая переносимость метода, отсутствие побочных эффектов и облучения неповрежденной кожи.

Проведенный опрос показал, что 75% пациентов из числа получивших лечение эксимерным лазером, остались полностью удовлетворены результатами лечения, из них 63% решили продолжить лечение в дальнейшем, 25% отметили, что данный метод лечения предпочтительнее любых других.

Клиническая эффективность фотохимиотерапии и иммуномодулятора Панавира в лечении больных красным плоским лишаем

Летаева О.В., Филимонкова Н.Н.

ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: Оценка клинической эффективности комбинированной терапии больных красным плоским лишаем (КПЛ) с использованием препарата Панавир и фотохимиотерапии.

Применяемые методы и технологии: Обследовано 12 пациентов с типичным, распространенным, торпидным вариантом течения красного плоского лишая в возрасте от 18 до 42 лет. Из них 7 женщин, 5 мужчин с длительностью заболевания от 6 мес. до 10 лет. Изучены иммунные, вирусологические, метаболические изменения. Разработан и обоснован эффективный патогенетический метод терапии больных красным плоским лишаем. ФХТ проводили по общепринятой методике 4 раза в неделю, препарат Панавир в свечах назначали параллельно.

Результаты работы: Положительная динамика отмечена после 1-й недели лечения, что характеризовалось отсутствием свежих высыпаний. По окончании курса ФХТ (в среднем 12 процедур) и параллельного назначения Панавира у 98,7% пациентов отмечен регресс высыпаний (отсутствие свежих элементов, гиперпигментированные пятна), у 1,3% пациентов — значительное улучшение. После проведенного курса лечения из 7 больных КПЛ с выявленной в лимфоцитах ДНК вирусов при повторных исследованиях методом ПЦР у 6 пациентов вирусы не были обнаружены, у 1 пациента — после лечения детектировался ГВ–8. Положительная (нормализующая) направленность сдвигов в иммунной системе прослеживалась как у больных с детектированными вирусами, так и у пациентов без таковых.

Выводы: В результате проведенных исследований доказана клиническая эффективность назначения препарата Панавир в комбинации с ФХТ в терапии больных красным плоским лишаем. Данный способ терапии возможен как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Содержание антител к белкам теплового шока HSP70 и HspBP1 в сыворотке крови больных псориазом

Маслаков Н.В., Семенова Ю.О., Снопов С.А., Хайрутдинов В.Р.

ФГУ «442 Окружной военный клинический госпиталь Ленинградского военного округа» г. Санкт-Петербург

Цель: Исследовать отношение антител к белкам теплового шока HSP70 (heat shock proteins–70, HSP70) и HspBP1 (Hsp70 связывающий белок 1) в крови больных псориазом и здоровых доноров, изучить их корреляцию с клиническим фенотипом и периодом заболевания.

Материал и методы: В ходе исследования нами были обследованы 26 больных бляшечным псориазом. Критерием включения являлось наличие заболевания в течение 12 месяцев и более. Возраст пациентов составлял от 15 до 73 лет (в среднем — 43,6 года). Продолжительность болезни составила от 1 до 47 (в среднем 13,9 ± 1,04) лет. Тяжесть болезни оценивалась по шкале PASI: легкая степень — менее 12 баллов, средняя — от 12 до 20 баллов, тяжелая — более 20 баллов. В качестве контроля были изучены образцы крови 18 доноров, не имеющих псориаза в анамнезе. Уровень антител в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Расчет производился по критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$).

Результаты: Отношение Ab HspBP1/Ab Hsp70 у больных псориазом — 0,41 — было ниже, чем в контроле — 0,49 ($p > 0,05$). Статистически значимых различий показателя Ab HspBP1/Ab Hsp70 среди больных псориазом в разные периоды заболевания не выявлено. Выявлена зависимость отношения Ab HspBP1/Ab Hsp70 от тяжести заболевания: при легкой степени тяжести — Ab HspBP1/Ab Hsp70 = 0,37, при средней степени тяжести — Ab HspBP1/Ab Hsp70 = 0,43, при тяжелой степени — Ab HspBP1/Ab Hsp70 = 0,51, различия показателей статистически достоверны ($p < 0,05$). У больных со значительной эффективностью ультрафиолетовой фототерапии псориаза отношение Ab HspBP1/Ab Hsp70 = 0,46, выше, чем среди пациентов с отсутствием эффекта от УФО Ab HspBP1/Ab Hsp70 = 0,39 ($p > 0,05$).

Выводы: Белки теплового шока HSP70 и HspBP1 экспрессируются в коже и участвуют в защите клеток от программируемой клеточной гибели, блокируя пути его активации и стабилизируя клеточные структуры. Нарушения апоптоза могут являться одним из ключевых звеньев патогенеза псориаза. Экспрессия белка HSP70 коррелирует с пролиферативной активностью и снижением дифференцировки клеток. Белки HspBP1 являются антагонистами HSP70. Полученные результаты свидетельствуют, что выработка антител к HSP70 и HspBP1 в сыворотке крови больных псориазом вовлечена в патогенез заболевания и зависит от тяжести течения.

Возможности использования лактулозы в комплексном лечении больных псориазом

Матусевич С.Л., Ермакова А.В., Быстрицкая О.Д., Пугач Л.И.

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

Цель исследования: Исследовать частоту и характер нарушений функциональной активности и дисбиотического профиля толстого кишечника у больных псориазом, оценить клиническую эффективность курсового использования лактулозы в комплексной терапии.

Материалы и методы: 117 пациентов с псориазом в стадии прогрессирования процесса, в возрасте от 18 до 59 лет. Вульгарный псориаз диагностирован у 103 пациентов (88,03%), псориатический артрит, подтвержденный рентгенологически, у 14 человек (11,26%), индекс PASI составил в среднем $17,37 \pm 6,4$. Мужчин было 65%, женщин около одной трети (35%). Контрольная группа была представлена 42 практически здоровыми лицами (15 женщин и 27 мужчин), средний возраст $34,2 \pm 12,8$ года.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (60 больных) получала стандартную терапию, 2-я группа (57 больных) дополнительно получала лактулозу (Дюфалак, Solvey–Pharma (Нидерланды)) 25 мл 1 раз в сутки на протяжении 21 дня.

Наличие кишечной диспепсии оценивалось с помощью разработанного опросника, изучение микрофлоры кишечника проводили согласно приказу Минздрава России от 09.06.2003 № 231 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004–2003).

Результаты: У 71,79% (84) пациентов регистрировались жалобы со стороны ЖКТ. Наиболее часто отмечались склонность к запорам — 41,88% (49), боли в эпигастальной области — 33,33% (39) и правом подреберье — 28,2% (33), изжога — 26,5% (31), отрыжка 23,07% (27), плохая переносимость жирной пищи — 19,65% (23), метеоризм — 17,94% (21). В группе пациентов с симптомами кишечной диспепсии индекс PASI составлял $19,81 \pm 6,82$ и достоверно отличался ($p < 0,01$) от аналогичного параметра пациентов без вышеуказанных жалоб (средний уровень PASI составил $15,33 \pm 3,51$). Корреляционный анализ показал достоверную взаимосвязь PASI с наличием жалоб на метеоризм ($r = 0,56$; $p < 0,01$) и плохую переносимость жирной пищи ($r = 0,31$; $p < 0,05$). Анализ изучения микропейзажа толстого кишечника у пациентов с псориазом выявил значительные изменения в составе облигатной кишечной микрофлоры (снижение количества лактобактерий у 58,97%, бифидобактерий у 54,7%, повышение энтерококков у 26,78%, изменений количественного и качественного состава кишечных палочек у 21,36% пациентов). Анализ частоты регистрации дисбиоза кишечника показал, что у 67,5% пациентов с псориазом регистрируются нарушения микробиоценоза толстого кишечника различной степени. Дисбиоз I степени у 21,36%, дисбиоз II степени у 31,62% и дисбиоз III степени у 14,52%, что достоверно выше аналогичных цифр контрольной группы ($p < 0,05$).

В динамике лечения на фоне стандартной терапии индекс PASI составил $5,61 \pm 3,18$ (исходно $18,32 \pm 5,43$), тогда как в группе с включением в состав комплексной терапии лактулозы PASI соответствовал значению $1,35 \pm 0,68$ (исходно $17,23 \pm 7,18$; $p < 0,001$).

Все больные, принимавшие Дюфалак, отмечали хорошую переносимость препарата, у 38,6% пациентов был метеоризм в первую неделю лечения. После приема препарата стул стал ежедневным и не зависел от погрешностей в диете.

На фоне стандартной терапии отсутствие клинического эффекта зарегистрировано у 3,33% (2) пациентов, улучшение у 31,67% (19). Значительное улучшение или полное разрешение псориатических эфлоресценций на 51% и более площади кожного покрова у 46,67% (28). В группе с включением лактулозы отсутствие клинического эффекта не зарегистрировано. Улучшение наблюдалось у 12,28% (7), что достоверно меньше, чем на фоне стандартной терапии ($p < 0,05$), а значительное улучшение у 38,6% (22) и клиническое разрешение у 40,35% (23), было достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: 79,48% пациентов с псориазом в стадии прогрессирования отмечают жалобы со стороны ЖКТ (склонность к запорам, боли в эпигастальной области, синдром раздраженного кишечника). У 67,5% пациентов с псориазом регистрируются нарушения микробиоценоза толстого кишечника различной степени. Использование лактулозы в составе комплексной терапии в стадии прогрессирования псориаза приводит к уменьшению регистрации дисбиоза толстого кишечника в 2,57 раза, достоверно

ному увеличению частоты регистрации клинического разрешения псориазического процесса, более низкому уровню индекса PASI в динамике лечения.

Клинико–иммунологические показатели при лечении атопического дерматита препаратами линии Акридерм

Матушевская Е.В.¹, Свищевская Е.В.², Эртнеева И.Я.³

¹ ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», ² Институт биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.В. Овчинникова РАН, ³ КВД № 27 ДЗ, г. Москва

Проблема атопического дерматита остается одной из наиболее актуальных в дерматологии в связи с широким распространением дерматоза, тяжелым течением, недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Несмотря на множество публикаций об иммунных механизмах развития атопического дерматита, ряд аспектов остаются спорными и недостаточно изученными.

Целью данного исследования являлась оценка клинической эффективности препаратов линии Акридерм при лечении больных атопическим дерматитом, а также анализ влияния Акридермов на общий IgE в сыворотке крови и уровень экспрессии лимфоцитами периферической крови (ЛПК) провоспалительных цитокинов, ассоциированных с аллергическими реакциями, интерлейкинов (ИЛ) 5 и 13.

Под наблюдением находилось 63 больных атопическим дерматитом (42 мужчины и 21 женщина) в возрасте 23,4±5,6 года. Эритемато–сквамозная форма АД выявлена у 28 больных (45%), лихеноидная у 16 больных (25%), пруригоподобная — у 12 (19%), экзематозная — у 7 (11%) больных. У 24 (38%) пациентов была легкая форма заболевания, у 36 (57%) больных — средняя тяжесть, у 3 (5%) тяжелая форма заболевания. У 12 (19%) пациентов основной процесс был осложнен вторичной инфекцией. Все больные получали только наружную терапию. Для лечения применяли препараты линии Акридерм: Акридерм крем и мазь, Акридерм СК мазь, Акридерм ГК крем, Акридерм Гента крем. Продолжительность лечения составляла от 1 до 2–4 недель. Клиническую эффективность оценивали по индексу SCORAD. Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: клиническая ремиссия, значительное улучшение, улучшение, без эффекта.

Анализ влияния Акридермов на продукцию цитокинов проводили по оценке экспрессии ЛПК матричной РНК ИЛ–5 и ИЛ–13 и уровню IgE в сыворотке крови.

Показано, что Акридермы эффективны в виде монотерапии у больных с легкой и средней степенями заболевания и в комплексной терапии у больных с тяжелой степенью тяжести. Клиническая эффективность препаратов линии Акридерм при лечении больных АД составила 98% (62 пациента). В результате применения Акридермов не было отмечено ни одного случая осложнений или развития побочных явлений системного характера. Применение Акридермов вызывает снижение продукции цитокинов и общего IgE. Высокая эффективность Акридермов, отсутствие осложнений и побочных эффектов позволяют рекомендовать препараты линии Акридерм для наружной терапии больных АД.

Кадгериновый комплекс в диагностике аутоиммунных буллезных дерматозов

Махнева Н.В., Белецкая Л.В.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов, г. Москва

Цель: Определение степени экспрессии кадгеринового комплекса при аутоиммунных буллезных дерматозах, включая аутоиммунную пузырчатку, буллезный пемфигоид, линейный IgA–зависимый буллезный дерматоз и приобретенный буллезный эпидермолиз.

Материалы и методы: Метод непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител против кадгеринового комплекса (Anti–pan cadherin, SIGMA, USA) на криостатных срезах клинически интактных участков кожи 45 больных аутоиммунными буллезными дерматозами, из них 23 больных различными формами аутоиммунной пузырчатки, 16 больных буллезным пемфигоидом, 2 — линейным IgA–зависимым буллезным дерматозом, 4 — приобретенным буллезным эпидермолизом.

Результаты: Во всех случаях выявлено нарушение экспрессии кадгеринового комплекса вплоть до его исчезновения из структур, где он локализован в норме (десмосомы межклеточных пространств базального и шиповатого слоев эпидермиса) и проявления в тех структурах эпидермиса, где в норме он отсутствует. Так, извращенная экспрессия кадгеринов в зоне базальной мембраны эпидермиса выявлена в ряде случаев аутоиммунной пузырчатки (39,1%), в большинстве случаев буллезного пемфигоида (62,5%) и во всех случаях (100%) линейного IgA–зависимого буллезного дерматозов и приобретенного буллезного эпидермолиза. В последних трех случаях иммуногистохимическая картина экспрессии кадгеринов в зоне базальной мембраны эпидермиса носила более интенсивный характер с разной степенью интенсивности реакции в месте образования подэпидермального пузыря. Так, в случаях буллезного пемфигоида наиболее выраженная экспрессия кадгеринового комплекса отмечена на покрывке, а в случаях приобретенного буллезного эпидермолиза — на дне подэпидермального пузыря.

Выводы: Выявленные молекулярно–биологические изменения экспрессии и локализации кадгеринового комплекса свидетельствуют о том, что под действием этиологических и патогенетических факторов происходит переключение функции генов одних клеток на гены других, т. е. при подавлении одних и активации других. Кроме того, полученные сведения могут быть использованы в качестве дополнительных диагностических маркеров в дифференциальной диагностике аутоиммунных буллезных дерматозов, в частности буллезного пемфигоида и приобретенного буллезного эпидермолиза.

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов различными формами пузырчатки за период 1997–2007 гг. (по данным НИИДиВ МЗ РУз)

Мавлянова Ш.З., Убайдуллаев А.А., Исмаилов А.И.

Научно–исследовательский институт дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель: Ретроспективный анализ больных различными формами пузырчатки, находившихся на стационарном лечении в клинике Научно–исследовательского института дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1997 по 2007 г.

Материалы и методы: За последние 10 лет на стационарном лечении с диагнозом пузырчатка находилось 308 больных. После тщательного осмотра и проведения лабораторных исследований окончательный диагноз был выставлен 278 больным. Многие больные в течение 10 лет поступали неоднократно, так что реальное количество больных составляло 155. Из них мужчин — 62, женщин — 93. Возраст больных колебался от 15 до 77 лет. Больных молодого возраста, до 30 лет, было 24. По формам пузырчатки больные были распределены следующим образом: вульгарной формой пузырчатки страдали 119, себорейной — 30, вегетирующей — 5 и листовидной — 1. Давность заболевания при первичном обращении больных составляла от 15 дней до 2,5 года. 122 больных не смогли указать причину возникновения болезни, 5 больных начало болезни связывали с нервно-психическим перенапряжением, 7 — с посещением стоматолога, 15 больных — с простудными заболеваниями, травмами, приемами лекарственных средств, по 3 больных — с погрешностью в диете и контактом с химическими продуктами. Появление первых признаков заболевания на слизистой полости рта отметил 61 больной, на коже туловища — 34 больных, одновременное появление высыпаний на слизистой полости рта и коже туловища — 60 больных.

Результаты: Анализ проведенных исследований показывает, что наибольшее количество больных отмечается с вульгарной пузырчаткой (76,7%). 78,7% больных не смогли указать причину начала заболевания.

Выводы: В последнее время отмечается рост числа больных пузырчаткой молодого, трудоспособного возраста, а также торпидность в клиническом течении и лечении.

Некоторые нарушения пигментации кожи у больных с дисфункцией щитовидной железы в промышленном городе

Мельник А.П., Тверской Р.М., Яковлев И.М.

ГУЗ ОКВД № 4, г. Магнитогорск

Цель: Изучение гипопигментарно-тиреоидной системы у больных с расстройствами пигментации кожи и её влияния на другие системы макроорганизма.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 63 больных с различными дисхромиями. Мужчин — 12, женщин — 51, в возрасте от 19 до 64 лет. Из них страдали витилиго (В.) — 12 чел., хлоазмой (Х.) — 24 чел., периорбитальной гиперпигментацией (ПГ) — 9 чел., диффузной меланодермией (ДМ) — 7 чел., диффузной гипохромией (ДГ) — 8 чел., сетчатой пигментной койлодермией (СПП) — 3 чел. Профессиональная деятельность всех пациентов была связана с тяжёлой промышленностью. Исследовали общий трийодтиронин (Т3), общий тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к тиреоглобулину и тироксинпероксидазе методом ИФА, общий холестерин с использованием ферментативного теста с антилипидным фактором, субпопуляции лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD56+ — клетки, CD4+/CD8+) стрептовидинбиотиновым методом. Больным проводилось УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), консультации эндокринолога, гинеколога, онколога.

Результаты: Наличие тиреопатий было установлено у 58 (92,1%) больных с дисхромиями, причём с проявлением гипотиреоза у 22 (34,9%) чел., гипертиреоза — у 36 (57,2%) чел. Для больных с гипертиреозом (тиреотоксикозом) были характерны ограниченные формы (Х. — 20 чел., ПГ — 8 чел., СПП — 3 чел., ограниченное В. — 5 чел.). В ряде случаев ограниченная меланодермия являлась предвестником начинающегося тиреотоксикоза (у 7 женщин старше 35 лет, перед появлением экзофтальма, психоневрологических расстройств, увеличения ЩЖ до II–III степени, гипохолестеринемии ($2,6 \pm 1,8$ ммоль/л, при норме $3,2\text{--}5,2$ ммоль/л), повышения уровня Т3, Т4 и снижения ТТГ). При гипотиреозе преобладали распространённые формы (ДГ — 8 чел., ДМ — 7 чел., распространённое В. — 7 чел.), вне зависимости от пола и возраста, при гипотиреозе более 6–7 лет. Наблюдали снижение Т3, Т4, повышение ТТГ, гиперхолестеринемии ($11,6 \pm 3,1$ ммоль/л, $p < 0,05$), снижение уровня CD3+, CD4+, CD56+ — клеток, иммунорегуляторного индекса. У 3 больных с распространённым витилиго совместно с эндокринологом был установлен аутоиммунный полиэндокринный синдром с поражением щитовидной, паращитовидной, поджелудочной желез и коры надпочечников.

Выводы: Формирование и клиническое течение дисхромий связано с функциональным состоянием ЩЖ. Для гиперфункции ЩЖ характерны ограниченные формы расстройств пигментации кожи, гипопигментацию ЩЖ сопровождают, как правило, распространённые нарушения пигментации.

Антимикотическая активность активированного цинка пиритиона (Скин-кап) у больных атопическим дерматитом

Мокроносова М.А., Глушакова А.М.

ГУ НИИВС им И.И. Мечникова РАМН, г. Москва

Цель: Исследовать влияние активированного цинка пиритиона (АЦП) и топических кортикостероидов на рост грибов *M. sympodialis in vitro* и оценить терапевтический эффект препарата Скин-кап на течение АТД у больных с сенсibilизацией к дрожжеподобным грибам.

Методы: Штаммы *M. sympodialis*, выделенные с кожи больных АТД, высевали на селективную среду Notman — агар, в которую вносили исследуемые препараты: гидрокортизон, мометазона фураат, преднизолон, АЦП. Пациентам с АТД проводили внутрикожные пробы с аллергеном из *C. albicans*, оценку результатов осуществляли спустя 20 мин. и через 72 часа. Лечение препаратом Скин-кап проводили 83 больным АТД с наличием симптомов микогенной сенсibilизации (6–35 лет). Больные использовали препарат в форме шампуня 1% и аэрозоля 0,2% с содержанием АЦП, который наносили после ванны на кожу верхней части тела в течение 4 недель. Группу сравнения составили 32 больных, не получавших никакого лечения, кроме диеты. Тяжесть течения оценивали с исследованием индекса SCORAD через 1, 2, 4 недели.

Результаты: Рост *M. sympodialis* на питательной среде, содержащей АЦП, был ингибирован, и численность колоний дрожжей была на 3 порядка ниже, чем в контроле и на 6–8 порядков ниже, чем на питательной среде с добавлением кортикостероидов. Среди пациентов с АТД через неделю после начала терапии препаратом Скин-кап у больных 1–й группы отмечается выраженное достоверное снижение индекса SCORAD в 1,5 раза, в отличие от пациентов, не принимавших Скин-кап. Положительный эффект от применения препарата Скин-кап сопровождался также значительным снижением или исчезновением зуда, нормализацией сна у 53 человек (64%), значительным уменьшением площади поражения кожи у 55 больных (66%), появлением после лечения положительного ответа на антигистаминные препараты у 42 (51%) больных, отказом от гормональных топических препаратов у 14 и от антигистаминных — у 6 человек. Ухудшения состояния кожи не зарегистрировано ни у одного больного.

Вывод: Препараты Скин-кап обладают высокой антимикотической активностью в отношении дрожжей рода *Malassezia* в отличие от кортикостероидов, индуцирующих рост грибов, и выраженным терапевтическим эффектом у больных АД с сенситизацией к дрожжеподобным грибам.

Характеристика фенотипа лимфоцитов в очагах ограниченной склеродермии

Мурадян Н.Л., Волнухин В.А., Катунина О.Р.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель исследования: Провести иммуногистохимический анализ фенотипа лимфоцитов в очагах поражения больных ограниченной склеродермией.

Методы исследования: Иммунофенотипирование лимфоцитов проведено в пораженной коже 15 больных ограниченной склеродермией (12 женщин и 3 мужчин). Возраст больных варьировал от 17 до 63 лет (медиана 30 лет), продолжительность заболевания от 4 месяцев до 12 лет (медиана 2,8 года). У всех пациентов очаги склеродермии находились в стадии эритемы и индурации. Бляшечная форма заболевания диагностирована у 10 больных, линейная — у 2, склероатрофический лишай — у 3. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев в возрасте от 29 до 64 лет, у которых кожу для анализа брали при оперативном удалении косметических дефектов. Исследования проводили на парафиновых срезах по стандартной методике с предварительной обработкой в СВЧ-печи и применением проявляющей системы Novostain super ABC Kit (universal). Для иммунофенотипирования использовали моноклональные антитела CD4 и CD8, готовые к употреблению (Novocastra Lab. LTD, Великобритания). Статистический анализ осуществляли с применением пакета прикладных программ Statistica'99 (StatSoft, США). При сравнении показателей в группах использовали критерий Манна-Уитни.

Результаты: При анализе полученных данных контрольная группа не отличалась от группы больных по полу и возрасту (соответственно $p = 0,513$ и $p = 0,291$). В периваскулярных инфильтратах кожи больных ограниченной склеродермией выявлено повышенное, по сравнению с группой здоровых добровольцев, количество CD4+ и CD8+ лимфоцитов с преобладанием CD8+ клеток. У здоровых добровольцев CD4+ и CD8+ лимфоциты в сумме составляли 15% клеточного состава периваскулярных инфильтратов, тогда как у больных ограниченной склеродермией — почти половину (40%) всех клеток. В группе больных медианы количества CD4+ и CD8+ лимфоцитов были соответственно в 1,8 и 3,2 раза выше, чем в группе здоровых лиц (соответственно $p = 0,001$ и $p < 0,001$). Содержание CD8+ лимфоцитов в очагах склеродермии в 2,6 раза превышало содержание CD4+ лимфоцитов, в результате чего соотношение CD4+/CD8+ лимфоцитов было статистически меньше, чем в группе здоровых добровольцев ($p = 0,018$). CD4+ лимфоциты выявляли лишь в периваскулярных инфильтратах кожи, в то время как CD8+ лимфоциты встречались как в периваскулярных инфильтратах, так и в сосочковом слое дермы; нередко они располагались вблизи базального слоя эпидермиса в тесном контакте с эпителиоцитами и в эпителиальной выстилке волосяного фолликула.

Вывод: Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли в патогенезе ограниченной склеродермии активации Т-клеточного звена иммунной системы, характеризующейся инфильтрацией очагов склеродермии CD4+ и CD8+ клетками с преобладанием цитотоксических CD8+ лимфоцитов, которые, судя по наличию тесных контактов их с эпителиоцитами, могут принимать активное участие не только в иммунных реакциях в дерме, но и в деструктивных процессах, развивающихся при склеродермическом процессе в эпидермисе.

Опыт применения озонотерапии в лечении угрей

Орлов Е.В., Коннов П.Е., Осипова Л.В., Калимуллин Т.Х.

ГОУ ВПО СамГМУ, кафедра кожных и венерических болезней, г. Самара

Материалы и методы: Оценка озонотерапии в лечении угревой болезни.

Под нашим наблюдением находились 36 пациентов с различными формами угрей, из них 16 лиц женского и 20 мужского пола, в возрасте от 15 до 34 лет. Давность заболевания варьировала от 1 до 11 лет. Конглобатные угри преобладали у лиц мужского пола (8), постугревые рубцы встречались преимущественно у женщин (6). У 5 пациентов заболевание осложнилось демодикозом.

Проводимая методика включала малую аутогемотерапию, а также мезозонотерапию — обкалывание очагов поражения озоно-кислородной смесью в концентрации 4 000 мкг/л общим объемом до 15 мл. Курс лечения состоял из 10 процедур, которые выполнялись 3 раза в неделю.

Эффект от проводимой терапии оценивался по стиханию воспалительных изменений на коже, исчезновению папулопустулезных и узловатокистозных образований, а также выравниванию рельефа кожи.

Результаты: После проведенной терапии у 62% больных отмечалось значительное улучшение, 35% — улучшение, а у 3% (пациенты с постугревыми рубцами) изменений не произошло. Побочных эффектов и осложнений, связанных с озонотерапией, не отмечено.

Вывод: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о возможности эффективного и успешного применения озонотерапии в лечении угревой болезни.

Ближнеполюсная СВЧ-диагностика некоторых хронических дерматозов

Пантелеева Г.А.¹, Давоян З.В.¹, Янин Д.В.², Костров А.В.², Стриковский А.В.², Смирнов А.И.²

¹ ФГУ Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава;

² Институт прикладной физики РАН, г. Нижний Новгород

В работе изучаются возможности метода ближнеполюсного СВЧ-зондирования применительно к дифференциальной диагностике хронических дерматозов и контролю за эффективностью проводимой терапии. Состояние ткани оценивается по ее электродинамическим параметрам: диэлектрической проницаемости ϵ и проводимости σ .

Измерительные системы представляют собой высокочастотный СВЧ-резонатор на отрезке коаксиальной линии, нагруженный на зондирующую электрически малую антенну. Собственные частоты датчиков $f_0 \sim 800$ МГц, добротности $Q_0 \sim 150$, глубины зондирования 0,1–0,5 мм.

Проведены исследования кожи 32 больных псориазом, 10 — атопическим дерматитом, 13 — красным плоским лишаем (КПЛ), 8 — склеродермией, 5 — микробной экземой.

Установлены изменения диэлектрической проницаемости и проводимости кожи в области очагов заболеваний у всех групп больных. По мере выздоровления ϵ и σ тканей патологических участков у всех групп больных приближались к показаниям здоровой кожи. В стадии обострения различия между здоровой и больной кожей были более выражены при псориазе. В стадии регресса диэлектрическая проницаемость и проводимость тканей в области псориатических очагов была аналогичной ϵ и σ тканей при атопическом дерматите. Таким образом, диагностическая значимость метода в случае псориаза и атопического дерматита имеет место лишь при активности заболевания.

При изучении кожи больных красным плоским лишаем установлено, что при совпадении диэлектрической проницаемости тканей при псориазе и КПЛ проводимость кожи у этих пациентов отличалась примерно в 2 раза. Это позволяет сделать вывод о возможности проведения диагностики при псориазе и КПЛ на любых стадиях заболевания.

Исследования кожи больных склеродермией показали, что электродинамические параметры поверхностного слоя кожи (глубины ~ 0,1 мм) у здоровой и больной кожи не отличаются. На глубинах больше 0,1 мм ϵ и σ тканей в области очагов меньше по сравнению с нормой.

В случае микробной экземы, в отличие от предыдущих дерматозов, ϵ и σ кожи больше, чем у здоровой кожи.

Таким образом, ближнеполюсное СВЧ-зондирование можно использовать с диагностической и прогностической целью при дерматозах.

Изменение динамики показателей качества жизни у пациентов с келоидными рубцами при лечении низкотемпературными методами

Письменкова А.В.¹, Таганов А.В.¹, Гладыко О.В.², Санакоева Э.Г.¹

¹ Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

² ФГУ «9 Лечебно-Диагностический Центр МО РФ», г. Москва

Цель работы — изучение изменения динамики показателей качества жизни у пациентов с келоидными рубцами при лечении низкотемпературными методами.

Под наблюдением находилось 64 пациента с келоидными рубцами в возрасте от 20 до 45 лет, из них 40 мужчин (62,5%) и 24 женщины (37,5%). До начала лечения и через 6 месяцев после было исследовано качество жизни пациентов с использованием русифицированной версии опросника «Дерматологический индекс качества жизни», подготовленного и апробированного на валидность Н.Г. Кочергиным и Е.П. Буровой. Всем пациентам проводили лечение келоидных рубцов методами криодеструкции портативным аппаратом заливного типа МАК-1 с комплектом стандартных насадок (в качестве хладагента использовался жидкий азот) или СВЧ-криодеструкции (криодеструкция с предварительным облучением рубца СВЧ-полем в физиотерапевтическом режиме аппаратом для ДМВ-терапии Электроника Термик ДМВ-2-1).

Результаты лечения оценивались с использованием клинико-морфологического метода через 6 месяцев после низкотемпературного воздействия. Отличный результат регистрировали у 75% пациентов, у которых отмечали исчезновение субъективных ощущений, образование на месте келоида депигментированного пятна или здоровой кожи и улучшение показателей качества жизни в среднем на 82%. Хороший результат с улучшением показателей качества жизни в среднем на 66% и исчезновением субъективных ощущений, уплощением рубца или образованием мягкого рубца без признаков роста наблюдали у 21,9%. Неудовлетворительный результат был зафиксирован у 3,1% пациентов.

Выводы: У 96,9% пациентов при лечении келоидных рубцов низкотемпературными методами отмечено улучшение показателей качества жизни в среднем на 75,9%. Динамика данных показателей коррелирует с высокой клинической эффективностью лечения и результатами морфологических исследований — регенерат формируется к 6-му месяцу, имеет структуру по типу атрофического рубца или близкую к органотипической.

Выбор тактики ведения больных вульгарной пузырчаткой в зависимости от активности патологического процесса и выявленных нарушений гомеостаза

Платонова А.Н., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава

Цель: Выбор тактики ведения пациентов с диагнозом вульгарная пузырчатка в зависимости от активности аутоиммунного процесса и выявленных нарушений белкового и водно-электролитного гомеостаза.

Применяемые методы и технологии: Под нашим наблюдением находились 22 пациента обоих полов (14 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 40 до 80 лет с диагнозом вульгарная пузырчатка с различными сроками давности патологического процесса (от 1 месяца до 13 лет). В ходе исследования опирались на следующие лабораторные показатели: уровень ЦИК и IgE в сыворотке крови, K и Na в плазме крови, из биохимических показателей — протеины и альбумины. Все пациенты были разделены на две группы. I группа — 8 пациентов с уровнем ЦИК более 150 МЕ/л, IgE более 55 ЕД/л, показатели белкового и водно-электролитного обмена в пределах физиологической нормы и длительностью заболевания от 1 месяца до 2 лет. II группа — 14 больных с нормальным или низким уровнем ЦИК, IgE и выраженными нарушениями белкового и электролитного обмена, давностью заболевания более 2 лет. Исходя из выявленных лабораторных показателей пациентам I группы были назначены эфферентные методы лечения (плазмаферез № 3) и иммуносупрессанты (сандиммун неорал из расчета 3 мг/кг/сут), больным II группы — системные кортикостероиды в средней суточной дозе 120–150 мг/сут по преднизолону, с последующим снижением дозы до поддерживающей, коррекция диспротеинемии, путем введения альбумина, водно-электролитных нарушений — раствором Рингера, в зависимости от характера и объема потерь основных ионов к 10% раствору глюкозы добавляли K, Na, под контролем суточного диуреза.

Результаты работы: На фоне проводимой терапии у пациентов I и II группы отмечалась положительная динамика патологического процесса на коже: отсутствие свежих полостных элементов отмечалось на 3–4-е сутки, вялая эпителизация эрозий — на 6–8-е сутки, активная эпителизация — 10–12-е сутки, отсутствие симптома Никольского на 6–9-е сутки, нормализация лабораторных показателей — через 2–3 недели от начала лечения.

Выводы: Выбор тактики ведения пациентов с диагнозом вульгарная пузырчатка зависит от активности аутоиммунного процесса. При длительном течении заболевания нарушение иммунного ответа изменяется в сторону иммуносупрессии, сопровождающейся снижением уровня ЦИК и иммуноглобулинов всех классов, в связи с чем эфферентные методы терапии в комплексе с иммуносупрессантами не только не показаны, но и могут усугубить иммуносупрессию и требуют мероприятий, направленных на коррекцию нарушений белкового и водно-электролитного гомеостаза.

Эффективность топической нестероидной противовоспалительной терапии себореи и себорейного дерматита

Позднякова О.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Цель работы: Определить эффективность и безопасность применения препаратов линии «Скин-кап» в комплексной терапии себореи и себорейного дерматита. В настоящее время при назначении топических средств отдается предпочтение препаратам с высокой эффективностью и безопасностью, удобным в применении, которые возможно длительно использовать на любых участках кожного покрова любой площади, без формирования резистентности к проводимой терапии. Одними из препаратов, полностью отвечающими таким требованиям, являются крем, аэрозоль и шампунь линии «Скин-кап», действующим веществом которых является активированный пиритион цинк. «Скин-кап» обладает противовоспалительным эффектом, выраженной гидратирующей активностью (крем), быстрой резорбцией, обеспечивающей проникновение препарата в глубокие слои эпидермиса и накопление в них.

Применяемые методы и технологии: Препараты линии «Скин-кап» были использованы в комплексной терапии различных клинических вариантов себореи и себорейного дерматита у 414 пациентов в возрасте от 1 года до 68 лет, в том числе с хроническими диффузными заболеваниями печени и другой сопутствующей соматической патологией. У детей старше 1 года и взрослых крем и аэрозоль наносились на очаги поражения два раза в день до полного регресса высыпаний. Длительность терапии в зависимости от распространенности и клинических проявлений заболевания варьировала от 2 до 4 недель. При поражении волосистой части головы одновременно с аэрозолем или кремом у пациентов старше 12 лет использовался шампунь «Скин-кап» 2–3 раза в неделю в течение первых двух недель, с последующим снижением частоты применения до 1 раза в неделю (поддерживающая терапия).

Результаты работы: У большинства больных такие клинические проявления, как эритема, шелушение, мокнутие, чешуйко-корки значительно уменьшались в течение 1 недели, а полностью регрессировали к 3–4-й неделе, субъективное ощущение зуда исчезало через 5–7 дней после начала наружной терапии. Клиническое выздоровление было зафиксировано у 94%, улучшение у 6% пациентов. Побочные эффекты в виде эритемы и легкого жжения в месте нанесения препарата наблюдались у 2% пациентов, были транзиторными и не потребовали его отмены.

Выводы: Таким образом, высокая эффективность, безопасность и удобство применения препаратов «Скин-кап» при различных клинических формах себореи и себорейного дерматита позволяют рекомендовать его для широкого использования в клинической практике, в том числе у детей.

Влияние средств ухода за кожей линии «Фридерм» на состояние кожи у больных атопическим дерматитом

Поршина О.В., Воронина Л.Г.

ГОУ ВПО ОрГМА, г. Оренбург

Цель: Изучение влияния средств ухода за кожей линии «Фридерм» на состояние кожи у больных атопическим дерматитом.

Применяемые методы и технологии: Под наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 1 года до 14 лет с верифицированным диагнозом «Атопический дерматит, стадия обострения». Все пациенты ежедневно в течение года применяли дерматологические шампуни линии «Фридерм» для ухода за кожей на постоянной основе на фоне традиционной терапии согласно стандартам. В группе сравнения средства ухода за кожей не применялись. Проспективное наблюдение за пациентами в обеих группах составило 1 год. Пациенты с заболеваниями, которые могли повлиять на оценку клинической эффективности, из исследования исключались. Родители пациентов дали информированное согласие на применение лечебных шампуней линии «Фридерм».

Результаты: У пациентов, применявших лечебные шампуни линии «Фридерм», клинический эффект от проводимой общей и наружной терапии наступал на 5–7 дней раньше, чем у пациентов из группы сравнения. Побочных эффектов и фактов непереносимости препаратов не установлено. У всех пациентов, применявших лечебные шампуни линии «Фридерм», было отмечено существенное повышение качества жизни за счет смягчения и восстановления нормальной влажности кожного покрова. При проспективном наблюдении было установлено, что ремиссия у пациентов, применявших «Фридерм», длилась в среднем на 4–5 недель больше, чем у пациентов в группе сравнения.

Вывод: Лечебные шампуни линии «Фридерм» являются эффективным средством терапевтического ухода за кожей больных атопическим дерматитом, существенно повышают качество жизни пациентов и могут быть рекомендованы как вспомогательное средство в наружной терапии атопического дерматита.

Динамика субпопуляционного состава лимфоцитов в очагах витилиго под действием узкоспектральной средневолновой фототерапии

Прошутинская Д.В.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: оценить содержание в коже больных витилиго CD4+, CD8+ и CD25+ лимфоцитов в процессе узкоспектральной УФВ-терапии с длиной волны 311 нм.

Материалы и методы: у 10 больных витилиго в возрасте от 29 до 64 лет изучен субпопуляционный состав лимфоцитов дермальных инфильтратов кожи в процессе узкоспектральной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм. Иммуноморфологические исследования проводили в 3 зонах очагов витилиго: депигментированной, краевой и перифокальной

нормально пигментированной коже. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев, не отличавшихся от больных по возрасту и полу ($p > 0,05$).

Результаты: До лечения во всех зонах очагов витилиго отмечали статистически значимое увеличение количества CD4+, CD8+ и CD25+ лимфоцитов и снижение соотношения CD4+/CD8+. Больные получали на курс, в среднем, 80 процедур со средней курсовой дозой УФВ 126 Дж/см². В процессе проведенного лечения у всех пациентов наблюдали репигментацию пораженной кожи разной степени выраженности (процент репигментации варьировал от 20 до 90%). У 4 больных констатировано значительное улучшение, у остальных – улучшение. После курса узкоспектральной средневолновой фототерапии в депигментированной и краевой зоне отмечалась тенденция к снижению содержания CD4+ и CD8+ клеток. В перифокальной нормально пигментированной коже выявлено статистически значимое уменьшение содержания всех изучавшихся субпопуляций: CD4+ лимфоцитов с 14% до 9% ($p = 0,016$), CD8+ лимфоцитов с 26% до 23% ($p = 0,028$), CD25+ лимфоцитов с 21% до 12% ($p = 0,015$). Однако полной нормализации указанных показателей не наблюдалось.

Выводы: узкоспектральная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм приводит к уменьшению исходно повышенного количества CD4+, CD8+ и CD25+ лимфоцитов в коже больных витилиго, и способствует, таким образом, подавлению активации Т-клеточных иммунных реакций в очагах поражения.

Влияние узкоспектрального средневолнового ультрафиолетового излучения на образование меланина в коже больных витилиго

Прошутинская Д.В.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: изучить влияние узкоспектрального средневолнового ультрафиолетового излучения с длиной волны 311 нм на количество меланинсодержащих клеток в коже больных витилиго.

Материалы и методы: У 10 больных витилиго в возрасте от 24 до 44 лет (медиана 36 лет) с продолжительностью заболевания от 21 месяца до 42 лет (медиана 11 лет) до и после курса лечения узкоспектральным средневолновым ультрафиолетовым излучением проведены гистохимические исследования биоптатов кожи с определением в 3 зонах очагов витилиго (депигментированной, краевой и перифокальной нормально пигментированной коже) количества эпидермальных клеток, содержащих меланин. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев в возрасте от 29 до 64 лет (медиана 46 лет). Гранулы меланина в коже выявляли путем гистохимической окраски срезов по методу Fontana–Masson, основанному на реакции восстановления меланина азотно–кислым серебром. Полученные препараты изучали в световом микроскопе «Nikon eclipse E600». Количество меланинсодержащих клеток в базальном и шиповатом слое эпидермиса оценивали в 5 полях зрения в расчете на 100 базальных кератиноцитов, после чего для каждого препарата рассчитывали средние значения.

Результаты: В коже здоровых добровольцев медиана количества меланинсодержащих клеток составила 52 на 100 клеток базального слоя эпидермиса. У больных витилиго медианы количества меланинсодержащих клеток в депигментированной и краевой зонах равнялись соответственно 2 и 11,7 и были значительно меньше, чем в контрольной группе (соответственно $p < 0,001$ и $p = 0,001$). Больные получили на курс, в среднем, 75 процедур облучения узкоспектральным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм со средней курсовой дозой 135 Дж/см². В процессе проводимой терапии процент репигментации пораженной кожи в среднем по группе составил 50,5%. После курса лечения как в депигментированной, так и в краевой зоне очагов витилиго наблюдалось статистически значимое увеличение количества меланинсодержащих клеток: соответственно с 2 до 53 ($p = 0,012$) и с 12 до 94 ($p = 0,028$).

Выводы: узкоспектральное средневолновое ультрафиолетовое излучение с длиной волны 311 нм оказывает стимулирующее влияние на синтез меланина в коже больных витилиго и способствует, тем самым, восстановлению пигментации в очагах поражения.

Иммунограмма в практике дерматовенеролога при обследовании больных псориазом

Резайкина А.В., Самсонов В.А.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: Обозначить роль иммунограммы при обследовании больных псориазом. Инфильтрат в дерме при псориазе характеризуется наличием нейтрофилов, макрофагов, активированных Т–лимфоцитов, которые в кожу мигрируют из кровяного русла и преобладают при этом хелперы/индукторы с кожнолимфоцитарным антигеном (CD4+CLA+). Активированные CD8+ лимфоциты преимущественно у больных псориазом выявляются в эпидермисе и, как полагают, играют ключевую роль в проявлении болезни. Т–клетки в очагах псориаза продуцируют T_H1 — цитокиновый профиль. Таким образом, у больных псориазом имеются очевидные признаки активации иммунной системы, что вполне может обеспечивать те или иные сдвиги (изменения) лабораторных показателей при исследовании периферической крови, именуемых иммунограммой или иммунным статусом. Эти сдвиги не совсем корректно расценивать как нарушения иммунной системы у больных, ибо иммунная система вполне адекватно и «нормально» реагирует на поражение (повреждение) кожи при псориазе. У 36–68% больных псориазом выявляется сопутствующая патология воспалительного генеза. При этом, какая патология — сопутствующая или кожная способствует возникновению изменений иммунограммы, установить практически невозможно. Начало и последующие рецидивы/обострения псориаза у 25–40% больных связывают с нервно–психическим напряжением, ОРЗ, травмами, оперативным вмешательством, обострением фокальной инфекции. Перечисленные состояния в свою очередь могут сопровождаться изменениями иммунограммы. По данным наших исследований, стандартная иммунограмма, отражающая показатели клеточного и гуморального звеньев иммунной системы (общее количество циркулирующих лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+, CD21+, CD16+/56+ лимфоцитов при автоматическом учете результатов, концентрация сывороточных иммуноглобулинов: IgA, IgM, IgG), не отличается от международных норм, в то время как показатели фагоцитоза, а также уровень активированных лимфоцитов и их продуктов (цитокинов) у части больных тяжелыми формами псориаза, как правило, изменены.

Вывод: Расширенная иммунограмма, включающая показатели всех звеньев иммунной системы, в том числе клеток крови с активационными маркерами, цитокинов, с учетом провоцирующих факторов возникновения, сопутствующих заболеваний, последующих рецидивов, обострений болезни, характера течения и клинических проявлений позволяет де–

рматовенерологу выявить особенности функционирования иммунной системы у больных различными формами псориаза и определить стратегию терапии.

Патофизиология псориаза, роль ИЛ 12/23 и новые подходы к лечению

Elena Rizova

France

Псориаз является хроническим заболеванием, которое вызывает значительные болевые ощущения, дискомфорт и психологический дистресс. Негативное влияние заболевания на физический и психический компоненты жизни схоже с таким же влиянием других тяжелых хронических заболеваний, включая артрит, инфаркт миокарда, хроническое заболевание легких и диабет. Системные виды терапии, такие как метотрексат и циклоспорин, позволяют добиться клинически значимого улучшения симптомов псориаза у большинства пациентов с умеренной или тяжелой формой обыкновенного (бляшечного) псориаза, однако их применение сопровождается серьезными побочными эффектами, включая токсическое воздействие на почки и печень, злокачественные новообразования, а также возможностью возникновения лекарственного взаимодействия. Многие пациенты, страдающие псориазом, не удовлетворены и разочарованы стандартными видами лечения заболевания.

За последнее десятилетие были разработаны и изучены новые виды «биологической» терапии псориаза. Действие данных агентов направлено на Т-клетки и провоспалительные цитокины, которые способствуют образованию кожных псориазических поражений; некоторые из этих препаратов показали значительное улучшение признаков и симптомов псориаза. Последние достижения в изучении иммунологии псориаза были сфокусированы на роли небольшой группы ключевых регулирующих цитокинов — интерлейкин 12 (ИЛ–12), интерлейкин 23 (ИЛ–23) и группы структурно схожих молекул, которые влияют на созревание Т-лимфоцитов и высвобождение провоспалительных факторов этими и другими клетками иммунной системы. Результатом нескольких научных исследований является предположение, что ИЛ–23 имеет особое значение в стимулировании кожной инфильтрации, эритемы, эпидермальной гиперплазии и акантоза опосредованно через другие воспалительные цитокины, такие, как фактор некроза опухоли альфа (TNF) или ИЛ–22.

Последние клинические исследования 3-й фазы продемонстрировали, что моноклональные антитела к общей субъединице ИЛ–12 и ИЛ–23 могут оказаться новым, высокоэффективным видом терапии для пациентов с умеренной или тяжелой формой псориаза. В этих исследованиях введение препарата каждые 12 недель позволило поддерживать эффективность лечения у большинства пациентов, как минимум, в течение года. Профиль безопасности, наблюдавшийся в этих исследованиях, показывает хорошую переносимость лечения, как минимум, в течение года.

Несмотря на эффективность биологических агентов при лечении псориаза, широкое распространение этих препаратов в странах Европы происходит медленно. Изучение нового поколения биологических препаратов может открыть дополнительные перспективы и стать прорывом в лечении псориаза.

Некоторые аспекты терапии акне

Рябова В.В., Черных Т.В., Кошкин С.В.

Кировская ГМА, г. Киров

Цель работы: Изучить роль патологии желудочно–кишечного тракта, ассоциированной с *H.pylori*.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 25 больных в возрасте от 15 до 32 лет с *acne vulgaris* легкой и средней степени тяжести. Более чем у половины из них имелись клинические признаки гастрита и дуоденита. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включавшее микроскопическое и бактериологическое исследование содержимого пустул, фиброгастродуоденоскопию с проведением уреазного теста и определение титра антител *H. pylori* методом ИФА. В результате обследования у всех больных была выявлена патология ЖКТ: у 14 (56%) — признаки гастрита, у 7 (28%) — гастродуоденита, у 4 (16%) человек — язвенная болезнь 12–перстной кишки. Только у 5 (20%) пациентов уреазный тест был отрицательным. У 22 (88%) обследованных обнаружены антитела к *H.pylori* в диагностическом титре (от 0,9 до 11 МЕ).

Всем пациентам была назначена комплексная терапия, включающая антибактериальные и протистцидные средства, блокаторы протонной помпы, антиоксиданты, ферменты и витамины. В качестве местной терапии использовали «Клензит» (адапален), скинорен и «Далацин Т». Оценку эффективности проводили по следующим критериям: клиническое выздоровление (регресс элементов сыпи), улучшение (разрешение элементов более чем на 54%) и без эффекта (отсутствие динамики).

Результаты: Через 2 недели от начала терапии отметили улучшение состояния кожи все пациенты: гиперемия в области очагов исчезла, свежие элементы не появлялись. Всем наблюдавшимся было рекомендовано продолжить местную терапию.

Выводы: Таким образом, эрадикация инфекционного агента (*H.pylori*) способствует снижению продукции медиаторов воспаления и регрессу воспалительных изменений кожи, что может быть использовано в качестве одного из направлений лечения.

Особенности течения псориаза у ВИЧ–инфицированных больных

Сабиров У.Ю., Исмаилов А.И.

Научно–исследовательский институт дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель работы: Изучение клинического течения и иммунной системы у ВИЧ–инфицированных больных, страдающих псориазом.

Материалы и методы: Под наблюдением было 6 ВИЧ–инфицированных больных, страдающих псориазом: 2 женщины и 4 мужчин, в возрасте от 27 до 45 лет. Двое больных страдали псориазом до заражения ВИЧ–инфекцией, у четверых больных проявления псориаза возникли впервые после заражения ВИЧ–инфекцией. 2 больных являлись потребителями инъекционных наркотиков. У 2 больных отмечалась распространенная форма псориаза, у 2 — экссудативная, у 1 — артропатическая и у 1 больного наблюдалась псориазическая эритродермия. Состояние псориазического процесса ухудшалось по мере прогрессирующего снижения иммунитета, связанного с ВИЧ–инфекцией. Отличительной особенностью была резистентность больных к проводимой терапии, особенно на поздних стадиях ВИЧ–инфекции.

Результаты: Применение антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных больных, страдающих псориазом, привело не только к улучшению общего состояния, иммунной системы, но также и к регрессу псориатического процесса.

Выводы: Пациенты с ВИЧ-ассоциированным псориазом имеют HLA Cw 0602 гаплотип, как и пациенты с ВИЧ-негативным стрептококко-ассоциированным Гуттэ псориазом. Псориаз может ухудшаться или появляться у ВИЧ-инфицированных пациентов. У ВИЧ-инфицированных больных наблюдаются тяжелые формы псориаза.

Клинико-лабораторные исследования эффективности применения препаратов на основе сульфата цинка при лечении больных с профессиональными аллергическими заболеваниями кожи

Савельева А.А., Измерова Н.И., Иванова Л.А.
ГУ НИИ медицины труда РАМН, г. Москва

В дерматологии для лечения экземы, псориаза и других заболеваний кожи в качестве местного лечебного средства широко используются препараты цинка, который, как активный микроэлемент, на молекулярном и клеточном уровне проявляет свойства иммуномодулятора, противовоспалительной активности, не вызывая дополнительной сенсибилизации организма.

В нашем исследовании препарат на основе сульфата цинка в качестве системной терапии использовали при лечении 25 больных с профессиональной экземой и дерматитом от воздействия химических производственных аллергенов. Препарат применяли per os по 20–40 мг в сутки в течение 30 дней на фоне традиционного лечения. До начала лечения и по его окончании был проведен комплекс клинико-функциональных и иммуноцитохимических исследований. До лечения у больных отмечались иммунологические нарушения: снижение Т-лимфоцитов-хелперов (CD-4), увеличение цитотоксических лимфоцитов (CD-8), повышение количества лейкоцитов и тромбоцитов крови. Отмечено усиление дисбаланса соотношения субпопуляции лимфоцитов с нарастанием аллергического процесса, наиболее выраженное у больных с распространенной экземой.

На фоне проводимого лечения отмечалась более быстрая, в 1,5 раза, по сравнению с больными, получавшими традиционное лечение, положительная клиническая динамика: регресс воспалительного процесса, исчезновение зуда, репарация тканей, что способствовало более быстрому восстановлению работоспособности и сокращению сроков пребывания больных в стационаре. Отмечалось улучшение состояния придатков кожи (ногтей, волос). В лабораторных показателях выявили нормализацию соотношения субпопуляций лимфоцитов, снижение показателей свободных радикалов и повышение показателей антиоксидантной защиты в иммунокомпетентных клетках. В группе сравнения, где больным проводилась традиционная терапия, иммуноцитохимические сдвиги были менее выражены.

Более выраженная положительная динамика в кожном процессе на фоне лечения с использованием препарата на основе сульфата цинка, объективизированная положительными сдвигами в иммунной системе, позволяет считать обоснованным введение препарата цинка в комплекс лечения больных профаллергодерматозами и перспективным его применение при профилактике профессиональных аллергических заболеваний кожи.

Иммунные нарушения у больных красным плоским лишаем и их коррекция иммуносупрессивным препаратом «Сандиммун-Неорал»

Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Цель: Оценить нарушения иммунного ответа у больных красным плоским лишаем (КПЛ) в процессе терапии препаратом «Сандиммун-Неорал».

Материал и методы: У 28 больных различными формами КПЛ (типичная — 23 человека; буллезная — 4; гипертрофическая — 1) с острым или подострым течением проводили иммунологические исследования крови (регистрация соотношения лимфоцитов, находящихся в различных фазах клеточного цикла по содержанию в них ДНК) с использованием проточного цитофлюориметра 1CP22 фирмы RNYWE. Расчет клеток, находящихся отдельно в каждой фазе клеточного цикла, проводили с помощью математической модели. Исследовали состояние хроматина ядер и лизосомального аппарата иммунокомпетентных клеток, используя флюорохром акридиновый оранжевый. Полученный материал подвергали математической обработке с помощью параметрических и непараметрических методов математического анализа. Всем наблюдавшимся пациентам назначали препарат «Сандиммун-Неорал», активным веществом которого является циклоспорин А, в стандартной дозе 3 мг/кг/сут. Курс лечения составлял 4–5 недель.

Результаты и их обсуждение: Исследования показали, что у больных КПЛ в крови появляется значительный пул лимфоцитов с активированным ядерным хроматином, что свидетельствует об интенсивной клеточной иммунной реакции. При регистрации соотношения лимфоцитов, находящихся в различных фазах клеточного цикла, обнаружили, что в крови этой категории больных циркулирует большое количество иммунокомпетентных клеток, находящихся в фазе синтеза ДНК (S-фаза) в постсинтетическом периоде интерфазы и собственно в митозе (более, чем в 2 раза). У обследованных нами пациентов констатировали появление в периферическом кровотоке молодых малодифференцированных лимфоцитов в избыточном количестве (более 1%), что свидетельствует о развитии реакции трансплантат против хозяина (РТПХ) при КПЛ. «Трансплантатом» здесь выступают собственные клетки, в том числе и иммунокомпетентные, возникшие в результате нарушения иммунобиологического надзора, то есть имеется ситуация «хозяин против хозяина» (РХПХ).

В результате проведенной терапии отмечали полное клиническое разрешение высыпаний, нормализацию иммунологических показателей в периферической крови, в том числе резкое уменьшение количества малодифференцированных лимфоцитов. Побочных явлений терапии не наблюдали.

Выводы: РХПХ является характерной особенностью развития КПЛ. Применение иммуносупрессивного препарата «Сандиммун-неорал» патогенетически обосновано и весьма эффективно у лиц с данной патологией.

К проблеме витилиго

Суворов А.П., Жаркова Е.Е., Богомолова Н.В.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», г. Саратов

Цель работы: Витилиго составляет около 4% от всех дерматозов и возникает в любом возрасте. В настоящее время предложено много способов терапии, среди которых значительное распространение в последние годы получила ПУВА-терапия. Однако использование фурукумаринов внутрь часто сопровождается фототоксическими и фотоаллергическими реакциями, а также побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта. В этой связи актуальной проблемой является поиск новых методов терапии.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 70 больных витилиго (37 женщин и 33 мужчины, в возрасте от 18 до 40 лет и с длительностью патологического процесса от 2 месяцев до 5 лет). При использовании биохимических и гистохимических методов было констатировано, что нарушение синтеза меланина сопровождается изменением апоптоза. При лечении использовалось бергамотовое масло, обладающее фотосенсибилизирующим действием. Масло наносилось на депигментированные участки за 15–20 минут до процедуры 46 больным основной группы (24 женщины и 22 мужчины в возрасте от 18 до 31 года и с продолжительностью заболевания от 2 месяцев до 5 лет). В группе сравнения, аналогичной по полу, возрасту и продолжительности заболевания (24 пациента), назначали фотосенсибилизаторы фурукумаринового ряда. Фотохимиотерапия проводилась на установке ПУВА-4 (3 раза в неделю, курс — 15 процедур). Каждому больному до лечения ежедневно с помощью эритема-меланинометра проводились измерения индексов меланина и эритемы в пределах клинически неизменной кожи (соответственно индекс меланина составил $46,2 \pm 0,8$ ед., индекс эритемы — $40 \pm 0,8$ ед.). В депигментированном участке показатель по меланину равнялся $20,2 \pm 0,8$ ед., а по эритеме — $37 \pm 0,9$ ед.

Результаты: В процессе терапии было констатировано статистически достоверное увеличение уровня индекса меланина в участке депигментации у больных основной группы до $28,6 \pm 0,9$ ед., а в контрольной группе — до $25,7 \pm 0,9$ ед. Величина индекса эритемы, в основной и контрольной группах, сразу после процедуры составила $80 \pm 0,8$ ед., а через 18 часов нормализовалась. После курса терапии с бергамотовым маслом у 4 (8,7%) пациентов основной группы констатирована полная репигментация, у 20 (43,5%) — образовался венчик гиперпигментации и у 28 (60,9%) — отмечено появление в пределах очага депигментации пигментированных вкраплений. Полной репигментации в группе сравнения не наблюдалось ни у одного пациента.

Выводы: Применение фотохимиотерапии с бергамотовым маслом позволяет значительно повысить эффективность лечения больных витилиго, а использование эритема-меланинометра позволяет прогнозировать результаты терапии.

Дистрофии волос в практике дерматовенеролога

Суворова К.Н., Нефёдова Е.Д., Зинченко Р.А., Аbruкова А.В.
ГОУ ДПО РМАПО, г. Москва,

Государственное учреждение Медико-генетический научный центр Российской академии медицинских наук, г. Москва,
ГУЗ «Президентский перинатальный центр», Медико-генетическая консультация, г. Чебоксары

Цель работы: Привлечение внимания практикующих дерматологов к оценке характера патологии волос для оптимизации диагностического поиска.

Применяемые методы: Клинико-морфологический анализ, микроскопия волос, трихограмма, генеалогический анализ.

В практике дерматовенеролога болезни волос занимают около 4% среди кожно-венерологических заболеваний.

Наиболее часто встречаются приобретенные заболевания, такие как андрогенетическая, телогеновая, сенильная алопеция, трихомикозы, изменения волос на фоне соматической патологии или от воздействия физических и химических факторов и т. д. Такие состояния не представляют труда при проведении диагностического поиска с помощью клинических методов обследования (данные анамнеза, осмотр волос, ногтей, кожи).

Генетически обусловленные изменения волос встречаются реже и представляют значительные сложности в определении нозологической формы, этиологических и триггерных факторов. Часто дистрофии волос входят в состав наследственных синдромов или являются частью симптомокомплекса генодерматозов. К дистрофиям волос относятся: перекрученные волосы, узловатая ломкость волос, трихоклазия, трихоптилеиз, бамбуковые волосы, веретенообразные волосы и др.

Для диагностики болезней волос используются оптический микроскоп, трихограмма, в последние десятилетия — радиографический микроанализ, микроскопия в поляризованном свете, сканирующая электронная микроскопия, а также молекулярный анализ и идентификация причинного гена для диагностики генетически обусловленных дефектов.

Выводы: Встречающиеся дистрофические изменения волос в составе генодерматозов, их своевременная идентификация позволяет своевременно поставить диагноз и провести оптимальные лечебные мероприятия.

Оценка эффективности комплексного лечения хронических дерматозов, связанных со стрессом

Сухарев А.В., Назаров Р.Н., Бондарь О.И., Юрчик М.И.
Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Цель: Нами проведено исследование эффективности комплексного лечения хронических дерматозов с применением медико-психологической коррекции, учитывающей спектр выявленных психосоматических расстройств.

Применяемые методы и технологии: Были сформированы следующие группы пациентов: 1-я группа — больные АД, в терапию которых входили грандаксин, триттико и методика системной поведенческой психотерапии (СПП) (Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г., 2000) (n=26); 2-я группа — больные АД, получавшие обычную терапию (n=32); 3-я группа — больные экземой, в терапию которых входили эглонил, триттико и методика СПП (n=19); 4-я группа — больные экземой, получавшие обычную терапию (n=20); 5-я группа — больные псориазом, в терапию которых входили фенибут, триттико и методика СПП (n=22); 6-я группа — больные псориазом, получавшие обычную терапию (n=30); 7-я группа — больные гипергидрозом, в терапию которых входили пирроксан, триттико и методика СПП (n=18); 8-я группа — больные гипергидрозом, получавшие обычную терапию (n=20); 9-я группа (группа контроля) — здоровые лица (n=30). В лечении больных применялись: 30-дневный курсовой прием «дневных» транквилизаторов грандаксин, в суточной дозе 100 мг, фенибут в суточной дозе 500 мг (21 день), пирроксан в суточной дозе 60 мг; атипичного нейролептика эглонил в суточной дозе 200 мг; антидепрессанта триттико в суточной дозе 150 мг и курс занятий по методике СПП (12).

Результаты работы: Эффективность комплексной терапии оценивалась по динамике клинической картины, психологического состояния, качества жизни, состояния вегетативной нервной системы больных. Анализ динамики демонстрирует достоверно большую эффективность комплексного лечения, чем стандартной терапии, что проявляется в более ранней (на 14 дней) нормализации психофизиологического состояния, качества жизни больных, сокращении на 7 дней сроков лечения ($p < 0,05$). При анализе отдаленных результатов ремиссия в течение года в группе комплексного лечения АД наблюдалась у 75,6% больных, в группе стандартного лечения — у 45,4% ($p < 0,05$); в группе комплексного лечения экземы у 82,4%, в группе стандартного лечения — у 49,3% ($p < 0,05$); в группе комплексного лечения псориаза у 72,4%, в группе стандартного лечения — у 41,3%; в группе комплексного лечения гипергидроза у 51,4%, в группе стандартного лечения — у 25,3% ($p < 0,05$).

Вывод: Комплексное лечение хронических дерматозов, включающее коррекцию стрессорных расстройств у больных, демонстрирует свою значительную эффективность.

Роль скабиозория в лечении социально дезадаптированных больных с дерматозоонозами

Тверской Р.М., Мельник А.П., Яковлев И.М.

ГУЗ ОКВД № 4, г. Магнитогорск

Цель: Изучение влияния работы скабиозория (С.) на динамику заболеваемости населения чесоткой и другими дерматозоонозами за счёт улучшения качества лечебно-профилактической помощи социально дезадаптированным категориям граждан.

Материалы и методы: Проведен анализ работы С. ГУЗ ОКВД № 4 г. Магнитогорска с 2002 г. по 2006 г., который находится в составе поликлинического отделения диспансера. Деятельность С. основана на поточно-пропускном принципе, исключающем нахождение больного в одном помещении повторно. Имеются вход и тамбур для ожидающих, смотровое регистрационное помещение, раздевалка с туалетом, отсек для обработки кожных покровов противочесоточными средствами с душевыми кабинами, одеяльня с туалетом, отдельное помещение с дезинфекционной камерой ВФЭ-2/0,9, работающей по паровоздушному и паро-формалиновому методам с использованием термосигнализатора, тамбур и отдельный выход для подвергшихся санобработке. Лечение больных проводится в соответствии с «Протоколом ведения больных. Чесотка» (приказ МЗ РФ от 24.04.2003 г. № 162) и «Стандартом медицинской помощи больным с чесоткой» (приказ МЗ РФ от 11 декабря 2007 г. № 751). Препаратом выбора является медифокс. Диагноз подтверждается лабораторно. Основной контингент: лица без определённого места жительства; беспризорники; граждане из малообеспеченных и неблагополучных семей; лица, занимающиеся бродяжничеством и попрошайничеством; мигранты; лица, находящиеся в изоляторах временного содержания.

Результаты: Активное выявление и обработка в С. социально дезадаптированных больных с дерматозоонозами с последующим камерным обеззараживанием вещей и проведением дезинсекционных мероприятий в очаге приводит к снижению заболеваемости в целом: в 2002 году в Магнитогорске было зарегистрировано 499 больных чесоткой, в 2003 г. — 443 больных, в 2004 г. — 254 больных, в 2005 г. — 206 больных, в 2006 г. — 195 больных (население города — 411 тыс. человек).

Выводы: Наличие С. в структуре кожно-венерологического учреждения является важным компонентом в эффективной работе с социально дезадаптированными пациентами и позволяет значительно снизить заболеваемость чесоткой и другими дерматозоонозами в целом среди населения (в нашем случае, с 2002 г. по 2006 г. на 61,1%).

Комплексный подход к диагностике и лечению хронического диффузного телогенового выпадения волос и андрогенетической алопеции

Ткачев В.П.

РУДН, Москва

Нередко при обращении к дерматологу женщин с жалобами на выпадение волос возникают трудности в проведении дифференциальной диагностики между диффузным выпадением волос и начальными проявлениями андрогенетической алопеции. Еще более сложной является диагностика при наличии симптомов андрогенетической алопеции (АГА), в сочетании с диффузным телогеновым выпадением волос. Врач в первую очередь должен исключить наиболее часто встречающиеся состояния, вызывающие или отягчающие выпадение волос — железодефицитную анемию и латентный железодефицит, гипотиреоз, системную гиперандрогению, белково-калорийную недостаточность.

Удобно проводить диагностику с использованием компьютерной программы Trichoscience по следующему алгоритму.

1. Провести подсчет плотности волос в АЗЗ (теменной, андрогензависимой зоне) и АНЗ (затылочной, андрогеннезависимой) зоне волосистой части головы.
2. Провести измерение среднего диаметра волос в АЗЗ и АНЗ.
3. Провести подсчет процента vellusных волос в теменной зоне.
4. Провести исследование процента телогеновых и анагеновых волос методом фототрихограммы в теменной и затылочной зонах.
5. Провести подсчет процента vellusных волос среди телогеновых волос.
6. Провести подсчет процента vellusных волос среди анагеновых волос.
7. Провести подсчет «остроконечных» волос в 4 полях зрения при увеличении $\times 70$.
8. Провести подсчет количества «желтых точек» в 4 полях зрения при увеличении $\times 70$.

Критериями, позволяющими отличить андрогенетическую алопецию (АГА) от хронического диффузного телогенового выпадения волос, а также определяющими активность потери волос, являются: сниженная плотность терминальных волос в теменной зоне, уменьшение среднего диаметра волос в АЗЗ по сравнению с АНЗ, преобладание vellusных волос в фазе телогена в теменной зоне при проведении фототрихограммы, наличие $> 10\%$ vellusных волос среди выпадающих волос, наличие более 4 остроконечных волос и более 4 «желтых точек» в 4 полях зрения при проведении трихоскопии под увеличением $\times 70$.

Для лечения андрогенетической алопеции рекомендуется использовать комплексный подход, включающий применение неспецифических стимуляторов роста волос, особенно средства на основе миноксидила (регейн, алерана — ЗАО «Вертекс», Россия) и его структурных аналогов (ревивексил — Cosmofarma S.R.L., Италия, крексепил, диксидокс — Wontersaf, Испания). Топические антиандрогенные препараты — эвкалип (Интерфарма, Чехия), по показаниям — системные антиандрогенные препараты — финастерид, ципротерона ацетат, диеногест, дроспиренон. Комплексные топические противовоспалительные

и противогрибковые средства, содержащие пироктона оламин, климбазол, кетоконазол, салициловую кислоту, серу, цинка пиритионат — комплекс System-4 (Sim sensitive, Финляндия).

Среди физиотерапевтических методов на современном этапе доказанной эффективностью обладает терапия красным лазером с длиной волны 655 нм (HairMax Laser comb, первый аппарат для лечения АГА у мужчин и женщин, одобренный FDA).

Комплексный подход к лечению АГА позволяет в сроки от 3 до 6 месяцев получить приемлемые косметические результаты, однако в дальнейшем требуется поддерживающая терапия, т. к. АГА является хроническим прогрессирующим заболеванием волос.

Серия препаратов «Топикрем» в составе комплексной терапии вульгарного псориаза

Глиш М.М., Катханов А.М., Катханова О.А.

КГМУ, г. Краснодар

Цель работы — оценить эффективность и переносимость препаратов серии «Топикрем» в составе комплексной терапии вульгарного псориаза.

Методы и технологии: Мы включили в комплексную терапию больных вульгарным псориазом препараты серии «Топикрем», разработанные французской лабораторией «Nigy». «Топикрем увлажняющая эмульсия» и крем «Топик 10» содержат мочевины (соответственно 2% и 10%) и компоненты натурального увлажняющего фактора кожи (NMF), оказывающие увлажняющее и смягчающее действие. Кроме того, благодаря наличию в «Топик 10» и «Топикрем гель-пенке для душа» молочной кислоты они обладают способностью растворять чешуйки кожи и, соответственно, уменьшать шелушение. Под наблюдением в основной группе находились 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин в возрасте от 19 до 45 лет), которые, кроме традиционной терапии, получали ежедневно 2 раза в день на очаги в области туловища «Топикрем увлажняющую эмульсию», на участки выраженного гиперкератоза — «Топик 10». Для принятия водных процедур использовался «Топикрем гель-пенка для душа». В группу сравнения вошли 10 больных, которые получали традиционную терапию без включения препаратов серии «Топикрем». Псориазические очаги оценивали по индексу PASI. Среднее значение индекса PASI в основной группе составило $14,7 \pm 0,5$ ($p < 0,005$), в группе сравнения — $14,3 \pm 1,2$ ($p < 0,005$). В основной группе 13 пациентов клинически имели незначительно инфильтрированные, немногочисленные бляшки с шелушением. Площадь пораженной кожи составляла не более 16–17%. У 3 больных имелись более крупные инфильтрированные бляшки с мелко- и крупнопластинчатым шелушением и обилием мелких папулезных элементов. Площадь пораженной кожи составляла не более 20%.

Результаты: Все пациенты, применявшие средства «Топикрем», отметили улучшение состояния кожного покрова уже к 7–10-му дню лечения, что проявилось смягчением кожи и уменьшением шелушения псориазических бляшек. У 13 больных отмечен быстрый регресс основных элементов с образованием вторичной депигментации кожи. У 7 пациентов достигнуто значительное улучшение кожного процесса. К концу курса терапии индекс PASI в основной группе уменьшился с $14,7 \pm 0,5$ до $3,8 \pm 0,2$ ($p < 0,005$). В группе сравнения индекс PASI уменьшился в этот же период времени с $14,3 \pm 1,2$ до 4,6 балла ($p < 0,005$). Все пациенты переносили лечение препаратами «Топикрем» хорошо, отмечая их легкую консистенцию и быструю скорость впитывания.

Выводы: Лечебные средства серии «Топикрем» ускоряют регресс шелушения псориазических очагов и положительно влияют на динамику высыпаний, что позволяет рассматривать их как полноценное дополнение к основному курсу лечения вульгарного псориаза.

Сотрудничество врача-дерматолога и семьи больного атопическим дерматитом — стратегия достижения длительной ремиссии и выздоровления

Торопова Н.П.

ФГУ УрНИИДВиИ, г. Екатеринбург

Цель работы — разработать алгоритм работы с семьей больных атопическим дерматитом (АтД), ранжировать направления совместной деятельности врача и пациента на основании изучения анамнеза 217 больных АтД в двух поколениях (первое — 60–70-е годы, второе — 80–90-е годы XX столетия и начало XXI века).

Материалы и методы: Группы исследования — дети и их родители, девочки и женщины составили 60,4%. Наследственная предрасположенность к атопическим и аллергическим заболеваниям у больных первого поколения — 66,8%, у больных второго поколения — 100%. Частота формирования АтД второго поколения изучена дифференцированно с учетом наследственной предрасположенности к АтД по линии матери и отца. У женщин, преимущественно с тяжелым и длительным течением АтД в детском, подростковом возрасте, у 40,3% родившихся детей в первые месяцы жизни имелись высыпания на коже различного характера, однако АтД сформировался лишь у 16,6%. До наступления беременности и в период вынашивания женщины с АтД этой группы постоянно наблюдались одним и тем же врачом-дерматологом и врачом-акушером-гинекологом. Проводилась коррекция медикаментозной и наружной терапии, психологическая поддержка (при показаниях с участием психолога). В группе больных АтД мужского пола (39,6%) первого поколения у 32,8% их детей сформировался АтД с длительным течением. Семьи больных этой группы в период ожидания ребенка не прошли обучения у специалистов.

В группе больных АтД первого поколения с отрицательным семейным анамнезом по атопии (33,2%) у родившихся детей (второе поколение) АтД развился у 24,7%. В качестве ведущего фактора риска у этих больных проявлялись: тяжелая перинатальная патология (у 56,9%), нарушения при вскармливании на первом году жизни (у 70%), неадекватная общая и наружная терапия при первых проявлениях АтД, «хождение по кругу» от врача к врачу — дерматологу, аллергологу, иммунологу и др.

Успех профилактики АтД в «семьях риска» в период планирования и вынашивания беременности и купирование первых проявлений АтД на ранних этапах зависят от полноценного сотрудничества врача и семьи пациента. В алгоритм сотрудничества должны быть включены: тщательный сбор анамнеза, осмотр врачом-дерматологом и лабораторное обследование пациента; обучение правильному питанию (полноценному, сбалансированному, грудное вскармливание до 12–18 месяцев, обязательное участие участкового педиатра); обучение уходу за кожей и наружной терапии с коррекцией при каждом посещении; убедительные аргументы родителям о возможности длительного контроля благоприятного течения АтД и выздоровления, необходимости оптимального психологического микроклимата в семье (при участии психолога). Целесообразно предложить семье больного АтД составить «план выздоровления», включающий указанные направления.

Клиническая эффективность препарата Дайвобет в терапии пустулезного псориаза

Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Ян И.А.

УрНИИДВиИ, г. Екатеринбург

Цель: Исследование клинической эффективности наружной терапии препаратом Дайвобет торпидной к терапии пустулезной формы псориаатической болезни.

Применяемые методы и технологии: Нами проведено обследование 12 больных пустулезным псориазом, 5 пациентов с распространенным и 7 — с ограниченным пустулезным псориаатическим процессом, в возрасте от 16 до 56 лет, с давностью заболевания от 6 до 10 лет. Для оценки качества жизни больных псориазом определяли дерматологический индекс качества жизни в динамике терапии (DLQI). С целью объективной характеристики клинической картины кожного процесса был использован стандартизованный и воспроизводимый метод оценки — индекс PASI, проведен клиничко-лабораторный мониторинг с определением общеклинических, иммунологических, биохимических показателей в динамике терапии. При распространенном пустулезном процессе наружная терапия препаратом Дайвобет 1 раз в сутки проводилась в комплексе с дезинтоксикационной и гормональной терапией, при ограниченном — монотерапия препаратом Дайвобет однократно в сутки.

Результаты работы: Явная положительная клиническая динамика процесса отмечена на 3-й день терапии — уменьшение гиперемии (в 86,5%), пустулизации (в 74,4%). Динамика индекса PASI подтверждает указанные изменения — при распространенном пустулезном псориазе от средней величины 22,0 балла до лечения до 1,4 балла на 14-й день терапии. Отмечено снижение дерматологического индекса качества жизни в динамике терапии (DLQI) от 19,6 до 0,4 балла. Побочных эффектов и отрицательной динамики показателей общего анализа крови, мочи, биохимических, иммунологических показателей в период терапии препаратом Дайвобет не было отмечено.

Выводы: Наши клинические наблюдения позволяют охарактеризовать современный препарат наружной терапии Дайвобет как высоко клинически эффективное, безопасное средство в комплексной и монотерапии больных тяжелой, трудно поддающейся терапии формы псориаза — пустулезного псориаза.

Опыт применения глицифоновой мази при эритроплазии Кейра

Фризин В.В., Фризин Д.В., Торбина О.В.

ГЛПУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», г. Йошкар-Ола;

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава»;

ГОУ ДПО «Казанская ГМА Росздрава»

Цель работы: Изучение эффективности глицифоновой мази, которая обладает избирательной антибластомной способностью, основанной на подавлении пролиферации опухолевых клеток, антимитотическим эффектом, проявляющимся в кислой среде опухолевой ткани, влиянием на метаболизм в бластоматозно измененных клетках для лечения эритроплазии Кейра.

Применяемые методы и технологии: Проведено лечение 14 мужчин с эритроплазией Кейра в возрасте 60–68 лет. На пораженные очаги кожи головы и крайней плоти наносилась 30% глицифоновая мазь (ПО «Татхимфармпрепараты») на 3–5–7 часов в сутки в зависимости от интенсивности побочных проявлений (гиперемия, зуд, жжение).

Результаты работы: Под влиянием проводимой терапии через 10–15 дней на месте насыщенно-красных, легко кровоточащих, округлых или неправильной формы бляшек с бархатистой, влажной поверхностью и явлениями крауроза по периферии, появлялись эрозии. К 25–30-му дню лечения при применении метилурациловой мази в очагах поражения отмечались «островки» эпителизации. При осмотре пациентов после 45–50 дней в очагах отмечалась полная эпителизация с явлением гиперпигментации на поверхности. Наблюдение за пациентами в течение 8–10–12 месяцев рецидивов не выявило.

Выводы: 30% глицифоновую мазь можно рекомендовать в качестве эффективного средства выбора в терапии больных эритроплазией Кейра.

Ступенчатая терапия ограниченных форм вульгарного псориаза

Хачикян Х.М., Арутюнян Л.М.

Национальный институт здравоохранения им. акад. С.Х. Авдалбекяна, г. Ереван, Республика Армения

Целью работы является оценка эффективности применения сравнительно новых препаратов и их различных сочетаний при лечении псориаза.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 43 больных (20 мужчин и 23 женщины), в возрасте от 20 до 52 лет с ограниченными формами псориаза, в прогрессирующей стадии развития. Давность заболевания составила от шести месяцев до 12 лет. Средний индекс площади псориаатических поражений и тяжести процесса составлял $8,5 \pm 0,5$ балла.

В качестве наружного средства применяли мазь дайвобет (комбинированное воздействие бетаметазона и кальципотриола: местное противовоспалительное, противозудное, вазоконстрикторное и иммуносупрессивное действие, дозозависимое торможение пролиферации и ускорение морфологической дифференциации кератиноцитов), 1 раз в сутки утром и увлажняющий, индифферентный Колд-крем («Авен») — вечером, в течение 2 недель.

Результаты: К концу второй недели лечения отметились полный регресс элементов или значительное улучшение у всех пациентов: снижение индекса PASI до 2,3 балла, т. е. на 73%. Продолжение наружного лечения было проведено кремом дайвонекс (торможение пролиферации и ускорение дифференциации кератиноцитов, ингибция Т-лимфоцитов), 2 раза в день (утром и вечером), в течение одного месяца. Такой алгоритм лечения псориаза привел к удлинению ремиссии у 35 пациентов (81,3%) на 6–7 месяцев по сравнению с ранее отмеченными сроками ремиссии у последних.

Выводы: Результаты ступенчатого применения мази дайвобет (в сочетании с колд-кремом «Авен») и крема дайвонекс при ограниченных формах псориаза свидетельствуют о высокой эффективности такого подхода.

Адгезивные взаимодействия клеток в кератоакантоме и плоскоклеточном раке кожи

Хлебникова А.Н., Бочкарева Е.В., Гуревич Л.Е.

ММА им. И.М. Сеченова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Цель: Способность опухолевых клеток к неконтролируемому росту, миграции, инвазии в окружающие ткани и образованию метастазов часто бывает связана с нарушениями контактов клеток между собой или внеклеточным матриксом. Поэтому в последнее время большое внимание уделяется идентификации и характеристике рецепторов клеточной адгезии, вовлеченных в процессы прогрессирования опухоли. Значительные нарушения в их структуре отмечаются, как правило, в высокоинвазивных опухолях.

Материалы и методы: Иммуногистохимическим методом изучали экспрессию Е-кадгерина и CD44Н в биоптатах 15 кератоакантом (7 типичных и 8 атипичных) и в 9 биоптатах высокодифференцированного плоскоклеточного рака (ПКР) кожи.

Результаты: В 80% клеток кератоакантомы Е-кадгерин экспрессировался на мембране. Определялась четкая зональность экспрессии Е-кадгерина в клеточных комплексах: в центре — преимущественно мембранный тип экспрессии; по периферии мембранно-редуцированный и отсутствие иммунореактивности. В высокодифференцированном ПКР кожи 52% клеток экспрессировали Е-кадгерин на мембране, 48% клеток характеризовались резко аномальной экспрессией Е-кадгерина (мембранно-редуцированной гранулярной, мембранно-цитоплазматической, цитоплазматической мелкогранулярной и отсутствием иммунореактивности). Клетки, экспрессирующие Е-кадгерин в комплексах высокодифференцированного ПКР кожи, располагались хаотично. Экспрессия CD44Н в кератоакантоме определялась исключительно на мембране клеток, локализованных по периферии клеточных комплексов. В высокодифференцированном ПКР кожи смешанная экспрессия CD44Н выявлялась практически во всех клетках; клетки, аномально экспрессирующие CD44Н (цитоплазматический мелко- и крупногранулярный тип экспрессии), определялись преимущественно в инвазивных комплексах, локализованных в зоне опухолевого роста.

Выводы: Характер экспрессии Е-кадгерина и CD44Н значительно отличается в клетках кератоакантомы и высокодифференцированного ПКР кожи. Зональность их экспрессии в клеточных комплексах кератоакантомы и грубые аномалии экспрессии в высокодифференцированном ПКР кожи являются четкими дифференциально-диагностическими признаками, отличающими данные новообразования.

Экспериментальное изучение особенностей раневого дефекта при воздействии на кожу высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм

Штиршайдер Ю.Ю.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: В эксперименте на морских свинках провести сравнительную оценку особенностей раневого дефекта кожи после воздействия высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм, электротоком и жидким азотом.

Материалы и методы: Работа выполнена на морских свинках светлого окраса весом 200–300 грамм. Под наблюдением находилось 3 группы по 20 животных, на коже которых формировали участок деструкции (площадь 1 см²) высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм, воздействием электротока и жидкого азота. Лазерную деструкцию проводили на приборе «Кристалл» в непрерывном режиме, с мощностью 2,5 Вт. Воздействие электротоком осуществляли на аппарате ЭХВЧ-20-01-МТУСИ в режиме электрокоагуляции. В экспериментах с жидким азотом применяли криодеструктор «Крио-Иней» метод зонда. Оцениваемыми характеристиками раневого дефекта являлись: признаки воспаления (гиперемия, отек, отделяемое из раны), присоединение вторичной инфекции, сроки заживления раны, качество формирования рубца.

Результаты работы: Наибольшие сроки заживления раны (более 25 дней) наблюдались у животных после воздействия жидким азотом (после воздействия электротоком и лазерным излучением сроки эпителизации раны составляли соответственно 15 и 16 дней). Гиперемия и отек вокруг раны также были наиболее выражены после обработки жидким азотом. Присоединение вторичной инфекции в ране отмечали после воздействия электротоком и жидким азотом. Стойкая гиперемия рубца наблюдалась при деструкции кожи жидким азотом и электротоком. Кроме того, при повреждении электротоком рубец несколько западал относительно уровня окружающей кожи. Рубец при лазерной деструкции выглядел гладким и имел нежно-розовую окраску. Случаев гипертрофии рубца не было ни в одной группе.

Вывод: При деструкции кожи высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм раневой дефект, в отличие от повреждений кожи электротоком и жидким азотом, характеризовался относительно небольшими сроками эпителизации, меньшими воспалительными явлениями, отсутствием вторичного инфицирования и формированием более нежного рубца.

Опыт лечения вульгарных бородавок высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм

Штиршайдер Ю.Ю.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: Изучить эффективность лечения вульгарных бородавок высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,81 мкм.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 20 больных множественными вульгарными бородавками, локализующимися на кистях (14 пациентов женского и 6 — мужского пола), в возрасте от 1 года 10 месяцев до 38 лет (в среднем — 21,2 года), с давностью заболевания от 1 недели до 15 лет (в среднем — 2,5 года). Все больные ранее получали лечение криотерапией или хирургическим иссечением, которое оказалось неэффективным. Удаление бородавок осуществляли лазерным хирургическим аппаратом «Кристалл» в непрерывном режиме, мощностью излучения до 5 Ватт.

Результаты работы: Для удаления всех элементов у 15 пациентов (75%) требовалась одна процедура лазерной деструкции продолжительностью не более 20 минут. У 55% больных лечение не требовало обезболивания. Период полного заживления послеоперационной раны составлял от 1 до 6 недель (средние сроки эпителизации — 2,5 недели). Рецидив заболевания наблюдался у 4 больных (18%). У 2 пациентов (6,5%) после процедуры лазерной деструкции вокруг рубца возник ободок гиперпигментации светло-коричневого цвета. Присоединение вторичной инфекции наблюдали у 2 больных (6,5%). У 38% больных имелись гиперемия рубца и деформация ногтевых пластинок (при удалении околоногтевых бородавок), которые носили временный характер.

Вывод: Применение высокоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны 0,81 мкм является эффективным способом лечения множественных вульгарных бородавок, локализующихся на кистях. Метод лечения легко переносится пациентами и дает удовлетворительный косметический результат.

Тестостерон как системный маркер воспалительного процесса при угрях

Юцковская Я.А., Метляева Н.Б., Ковальчук Е.В.

ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава, г. Владивосток

Цель исследования — выявление зависимости между степенью тяжести угрей и концентрацией тестостерона.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели использовано комплексное клиническое, биохимическое и гормональное исследование 100 пациенток с угрями первой, второй и третьей степени тяжести. Контрольную группу составили 50 здоровых женщин.

Было обследовано 100 женщин в возрасте от 18 до 44 лет. Мы использовали классификацию ВОЗ: молодой возраст от 18 до 29 лет, зрелый от 30 до 44 лет. Для оценки степени тяжести угрей использовали классификацию, предложенную Американской академией дерматологии, в отечественной модификации.

Все больные были разделены на три клинические группы в зависимости от степени тяжести угревой болезни. Больные I группы с комедональной формой угрей — 18 человек. Больные II группы с папуло-пустулезной формой угрей — 70 человек. Пациентки III группы с третьей степенью тяжести угрей — 12 человек.

Определение уровня тестостерона проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием реагентов фирмы «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Результаты: Анализируя содержание тестостерона в сыворотке крови у женщин с угрями, мы не обнаружили его изменений при сравнении с группой контроля ($2,5 \pm 0,14$ нмоль/л против $2,5 \pm 0,14$ нмоль/л у здоровых женщин, $p > 0,05$).

Также не было установлено существенных колебаний тестостерона у женщин разного возраста: средний показатель в группе женщин 18–29 лет составил $2,7 \pm 0,6$ нмоль/л против $2,5 \pm 0,14$ нмоль/л у здоровых женщин, $p > 0,05$; в группе женщин 30–44 года — $2,03 \pm 0,3$ нмоль/л против $2,5 \pm 0,14$ нмоль/л у здоровых женщин, $p > 0,05$. Хотя результаты анализа уровня тестостерона в зависимости от степени тяжести угрей указывают на его патогенетическую роль в развитии заболевания. При первой степени тяжести акне отмечено снижение тестостерона ($1,6 \pm 0,4$ нмоль/л, $p < 0,05$), при второй — тенденция к увеличению ($2,6 \pm 0,3$ нмоль/л, $p > 0,05$) и значительное увеличение его содержания при третьей ($3,5 \pm 0,8$ нмоль/л, $p < 0,05$).

Выводы: Данные результаты указывают на патогенетическую роль тестостерона в развитии угрей. Чем более выражен воспалительный процесс, тем выше уровень тестостерона. Таким образом, определение уровня тестостерона может являться основным диагностическим тестом, позволяющим достоверно судить о степени тяжести угрей.

Морфологические изменения в коже при эритродермии

Юцковский А.Д.¹, Чацкая М.В.³, Федорова Е.Б.³, Семова Л.М.², Полушин О.Г.¹

¹ ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава, г. Владивосток.

² ГУ НИЦ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН.

³ КККВД, г. Владивосток.

Цель: Изучение патоморфологических изменений в коже при эритродермиях различного генеза с уточнением особенностей ее иммуногистохимических и ультраструктурных аспектов.

Материалы и методы: Проведено морфологическое исследование биоптатов кожи, взятых у 27 больных с проявлениями эритродермии различного генеза, с длительностью заболевания от года до пяти. Использовали общепринятые методики: парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином; для исследования в электронном микроскопе образцы заливали в эпон-аралгит. При гистологическом исследовании обнаружено, что общим проявлением патологического процесса явилась очаговая мононуклеарная инфильтрация в дерме разной степени выраженности, преимущественно в субэпидермальном пространстве. Инфильтраты были локализованы в основном вокруг сосудов микроциркуляторного русла, а также встречались вокруг железистых придатков кожи. У 5 больных с клиническим диагнозом эритродермическая лимфома кожи обнаружена интенсивная диффузная инфильтрация дермы с преобладанием лимфоцитов. В ряде наблюдений в эпидермисе определялись микроабсцессы Потрие и акантоз, которые были отчетливыми у больных эритродермической лимфомой кожи. При электронно-микроскопическом исследовании в субэпидермальном пространстве нередко визуализировались клетки, в цитоплазме которых наблюдались секреторные гранулы округлой формы средней электронной плотности. В эпидермисе глыбки кератогиалина располагались не только в цитоплазме зернистых клеток, но в ряде биоптатов и во внеклеточном пространстве в большом количестве. В шиповатых клетках ядра содержали диспергированный хроматин и в части из них 1–2 крупных ядрышка. Обращал на себя внимание полиморфизм клеточных элементов, формирующих инфильтраты в дерме. В их составе выявлялось большое количество клеток с резким изменением ядер, имеющих неправильную форму за счет образования глубоких выемок. В результате исследования установлено, что при эритродермии патологический процесс в коже носит хронический продуктивный характер.

Современная иммуносупрессивная терапия больных псориазической болезнью

Ян И.А., Филimonкова Н.Н., Шершнев В.Н.

УрНИИДВИ, Институт промышленной экологии УрО РАН, г. Екатеринбург

Цель: Разработка клинико-иммунологических показаний к назначению иммуносупрессивного препарата тимопрепрессина больным псориазом с различными клиническими формами, стадиями и характером течения заболевания и создание алгоритма дифференцированного назначения данного иммуносупрессивного препарата больным псориазом.

Применяемые методы и технологии: Клинический мониторинг больных псориазом в возрасте от 18 до 60 лет с применением шкалы зуда, индекса качества жизни; оценки индекса тяжести псориазического процесса в соответствии с площадью поражения (PASI) в динамике терапии; иммунологическое обследование с фенотипированием циркулирующих лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD95), определением содержания иммуноглобулинов классов А, М, G, E и цитокинов (ИЛ–1а, ИЛ–8, ФНО–α) в сыворотке крови — до начала и в динамике терапии; определение уровня С–реактивного

белка, АСЛО и ревматоидного фактора; оценка показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ФАН; обработка фактических данных с применением методов вариационной статистики. Разработанные схемы назначения тимопрепрессина были применены в терапии 48 больных, в возрасте от 22 до 60 лет, соответственно клиническим формам и характеру течения псориазического процесса. Препарат вводился в течение 7–14 дней внутримышечно и интраназально по алгоритму, разработанному с учетом различных клинических форм псориаза.

Результаты работы: Клиническая ремиссия была достигнута у 24,2% пациентов с торпидным течением псориазического процесса, псориазической эритродермией, в остальных случаях отмечалось значительное улучшение, что подтверждалось положительной динамикой индекса PASI, шкалы зуда, индекса качества жизни, параметров иммунного ответа, функциональной активности иммунокомпетентных клеток с их стабилизацией и уменьшением разброса иммунных показателей. Переносимость препарата была удовлетворительной. Побочных эффектов и отрицательной динамики показателей общего анализа крови, мочи, биохимических показателей в период терапии не было отмечено. При диспансерном наблюдении пациентов в течение 9–10 месяцев рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы: Доказан явный клинический эффект иммуносупрессора тимопрепрессина в терапии больных наиболее тяжелыми и торпидными формами псориаза как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

2.2. Современные аспекты детской дерматологии

Особенности применения Локоида в наружной терапии atopического дерматита

Беликов А.Н., Чекрыгина М.В.

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

Наружное лечение АД проводится во всех стадиях заболевания.

Основными средствами лечения являются наружные глюкокортикоидные препараты, эффективность которых доказывалась многократно.

При выборе местного глюкокортикоида предпочтение отдается препаратам, не содержащим галогенов. Одним из таких препаратов является Локоид, содержащий гидрокортизона 17-бутират. Остаток масляной кислоты (бутират) существенно увеличивает не только способность препарата проникать через роговой слой кожи, но и обеспечивает высокую противовоспалительную активность Локоида, а возможность его применения с 6-месячного возраста свидетельствует о высоком уровне безопасности.

В январе–феврале 2008 года в детском отделении диспансера под наблюдением находились 12 детей в возрасте от 1,5 до 4 лет с диагнозом atopический дерматит. Все пациенты больны с раннего детского возраста и имели острую или хроническую стадию заболевания с соответствующими клиническими проявлениями.

Во всех случаях применяли антигистаминные препараты по 7–10 дней, наружно мазь Локоид. Зуд кожи у всех пациентов купировался на 2–3-е сутки после начала терапии, а через 5–6 дней лечения практически полностью регрессировали высыпания на коже. В заключительной стадии лечения Локоид смешивался поровну с кремом Унны. Необходимо отметить, что до использования Локоида у большинства пациентов применялись другие кортикостероидные препараты, которые были менее эффективны.

Всё вышеуказанное позволяет применять в терапии АД у детей мазь Локоид, которая обладает быстронаступающим противовоспалительным и противозудным эффектом.

Особенности туберкулинодиагностики у детей с atopическим дерматитом

Балтер И.А.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Самара

Цель: Изучить особенности проведения массовой туберкулинодиагностики у пациентов с atopическим дерматитом, наблюдающихся у врача-дерматолога.

Материалы и методы: Под наблюдением врача-дерматолога находились 55 больных atopическим дерматитом (АД) в возрасте от 3-х до 17 лет, проходивших туберкулинодиагностику. Группу сравнения составили 77 детей без признаков atopии и заболеваний кожи. С целью раннего выявления инфицирования туберкулезом (виража) ставилась проба Манту со стандартным туберкулином (ППД-Л) 2 ТЕ в период ремиссии заболевания.

Результаты и обсуждения: В группе больных АД мальчиков было 47,3% (26) и девочек 52,7% (29). Распределение по возрасту: 3–6 лет — 47,3% (26), 7–14 лет — 32,7% (18) детей, 15–17 лет — 20% (11) подростков. Сроки наблюдения у дерматолога от 1 года до 9 лет в зависимости от возраста. При оценке пробы Манту были выявлены отрицательные пробы Манту 2ТЕ у 25 (45,5%) обследуемых, положительные результаты у 30 (54,5%) детей. При оценке пробы в динамике по годам выявлено: «вираж» у 2 (3,6%) пациентов, монотонные пробы в 20 (36,4%) случаях, нарастающие у 7 (12,7%), гиперэргические в 1 (1,8%) случае ($p > 0,05$). В группе сравнения: отрицательные результаты у 23 (30%) обследуемых, положительные соответственно: 13 (17%), 20 (26%), 16 (20,9), 5 (5,9%) случаев.

В группе детей с atopическим дерматитом выявлен высокий процент детей с отрицательными пробами Манту (45,5%), в 36,4% отмечали монотонный характер проб, в 3 раза реже отмечались гиперэргические реакции ($p < 0,05$). При сравнении размера папулы отмечается преобладание слабopоложительных проб 5–9 мм над 10–16 мм, чем в группе сравнения, особенно такая тенденция отмечалась в группе детей с нарастающими результатами ($p < 0,05$).

У всех детей с atopическим дерматитом в период наблюдения у аллерголога отмечался высокий общий IgE в сыворотке крови (средний показатель 350 МЕд/мл $\pm 90,3$) ($p < 0,01$). При инфицировании туберкулезом уровень общего IgE у детей с atopическим дерматитом снижался по отношению к исходным данным в 2–7 раз ($p < 0,05$).

Заключение: Наличие атопического дерматита оказывает влияние на туберкулиновую чувствительность: отмечается меньшая выраженность ответной реакции на туберкулин, чаще регистрируются отрицательные результаты, меньше случаев выраженной туберкулиновой пробы, чаще отмечается характер монотонных туберкулиновых проб.

Влияние сенсibilизации к пищевым аллергенам на тяжесть течения атопического дерматита у детей раннего возраста

Варламов Е.Е., Пампура А.Н., Окунева Т.С.

ФГУ «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий», г. Москва

Цель исследования: Установление зависимости тяжести течения АД от сенсibilизации к пищевым аллергенам у детей с АД.

Материалы и методы: Было обследовано 60 детей в возрасте от 4 месяцев до 3 лет, Средний возраст дебюта заболевания составил $3,3 \pm 0,4$ месяца. Дети были распределены на 2 группы. Первую составили пациенты с тяжелым течением атопического дерматита (индекс SCORAD > 60) — 26 (43,3%) детей; вторую — с легким/среднетяжелым течением дерматита (индекс SCORAD < 60) — 34 (56,7%) пациента. Обследование включало в себя определение концентрации специфических IgE иммуноферментным методом в сыворотке крови (ImmunoCap 100 Phadia AB).

Результаты: IgE-опосредованная сенсibilизация к пищевым аллергенам была выявлена у всех детей. Поливалентная сенсibilизация к пищевым аллергенам была выявлена у 50 (83,3%) детей, из них тяжелое течение АД отмечалось у 23 детей. Моновалентная сенсibilизация была выявлена у 10 (16,7%) детей, из них тяжелое течение АД отмечалось только у 2 детей. У пациентов с тяжелым АД поливалентная сенсibilизация встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у детей с легким/среднетяжелым течением заболевания. При тяжелом атопическом дерматите уровень специфических IgE к аллергенам куриного яйца и рыбы был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у детей с легким/среднетяжелым течением заболевания. Было показано, что при тяжелом течении атопического дерматита статистически достоверно чаще встречается сенсibilизация к аллергену рыбы ($p < 0,05$) и сочетание сенсibilизации к аллергенам куриного яйца и рыбы ($p < 0,05$). По частоте сенсibilизации к другим аллергенам и комбинации сенсibilизации пациенты с тяжелым и легким/среднетяжелым АД не различались.

Выводы: У детей раннего возраста с тяжелым атопическим дерматитом с высокой вероятностью можно ожидать наличия поливалентной сенсibilизации, высоких уровней специфических IgE к бета-лактоглобулину, аллергенам куриного яйца и рыбы, а также сочетания сенсibilизации к аллергенам куриного яйца и рыбы.

Технологии восстановительного лечения детей, страдающих псориазом

Катханов А.М., Катханова О.А.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель: Оценить эффективность предложенного комплекса восстановительного лечения детей, страдающих псориазом.

Применяемые методы и технологии: Были сформированы группы больных детей с различными формами псориаза ($n = 1674$), из которых основная группа наблюдения ($n = 840$) принимала рекомендованный нами комплекс восстановительного лечения (лечебные грязевые аппликации аэро-, гелиотерапия и морские процедуры, бальнеотерапия, лазеролечение, фонофорез с отжимом лечебной грязи, КВЧ-терапия, озонотерапия, саунаотерапия психотерапия, диетотерапия и наружное лечение). Контрольной группе наблюдения ($n = 834$) были предложены обычные формы медикаментозного восстановительного лечения, предписанного в рамках диспансерного наблюдения действующими стандартами.

Результаты работы: Сравнительный анализ результатов восстановительного лечения детей, страдающих различными нозологическими формами псориаза, показал, что со значительным улучшением объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия были выписаны из здравниц 86,42% детей из основной группы наблюдения. Положительная динамика со стороны кожных покровов отмечена у 52% наблюдаемых больных. Рассматривая отдельные нозологические группы наблюдения, следует подчеркнуть, что наилучший эффект отмечен в основной группе среди детей, страдающих ограниченной формой вульгарного псориаза, процент выписанных со значительным улучшением пациентов достигал 37,61%, а среди детей, страдающих артропатическим, распространенным вульгарным псориазом, аналогичный показатель достигал соответственно 25,15% и 23,66%, тогда как в контрольных группах дети с аналогичными диагнозами под влиянием стандартных схем медикаментозной терапии завершили лечение с показателем в пределах 1,5–3,2%. Указанное подтверждается и отдаленными результатами. Спустя 1 год после санаторно-курортной реабилитации, по результатам статистической обработки присланных катamnестических карт ($n = 931$), отсутствие рецидивов в течение 6 месяцев отмечено у 23,09% ($n = 215$) больных основной группы и у 15,25% ($n = 142$) контрольной. Аналогичная тенденция отмечена во временных промежутках — 9 и 12 месяцев, что составило 9,24% ($n = 86$), 3,11% ($n = 29$) в основной группе наблюдения и 3,44% ($n = 32$), 1,07% ($n = 10$) в контрольной группе соответственно.

Выводы: Вышеуказанное подтверждает эффективность и перспективность предложенных схем восстановительного лечения в здравницах Кубани детей, страдающих псориазом.

Особенности лечения чесотки у детей первых лет жизни

Корюкина Е.Б., Сырнева Т.А.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, СОКВД, г. Екатеринбург

Цель исследования: Изучение особенностей клиники и лечения чесотки у детей первых лет жизни.

Материалы и методы: Общеклиническими и лабораторными методами обследованы 58 детей первых лет жизни с диагнозом «чесотка».

Результаты: В течение 2004–2008 гг. в ОКВД наблюдалось 58 детей до трех лет с диагнозом чесотка. Из них 45 случаев заболевания подтверждены обнаружением чесоточного клеща при лабораторном исследовании, 13 детям проводилось лечение *ex juvantibus*. Средний возраст пациентов составил $1,2 \pm 0,3$ года (34,30% — мальчики, 65,70% — девочки). Сроки, прошедшие от момента появления первых симптомов до момента установления диагноза, составляли от 2 недель до 6 месяцев. В 12,51% случаев заболевание отмечалось у 3–4 членов семьи. У большинства детей клинические проявления носили распространенный, полиморфный характер, с преобладанием гиперемии, экссудации, мокнутия. Во всех случаях отмечалось поражение ладоней и подошв.

Более чем в половине случаев высыпания локализовались на лице и волосистой части головы. Поражения ногтей зафиксированы не были. На основании клинической картины первоначально детям выставлялся диагноз atopического дерматита или экземы. Неосложненная чесотка наблюдалась в 79,13% случаев. У 20,87% больных процесс был осложнен вторичной пиодермией, в 9,17% случаев отмечены элементы постскабиозной лимфоплазии. У 11,82% пациентов чесотка сочеталась с другими дерматологическими заболеваниями (экземой, atopическим дерматитом) в результате чего среди клинических проявлений доминировали симптомы основного патологического процесса, что сильно затрудняло диагностику заболевания. В отраслевом стандарте «Протокол ведения больных чесоткой» для лечения детей первых лет жизни рекомендованы препараты Спрегаль и Бензилбензоат. Бензилбензоат для лечения детей использовался в 4,3% случаев, в 95,7% случаев был использован препарат Спрегаль. Преимущество препарата заключалось в возможности его использования в любой возрастной период, отмечается высокая комплаентность и переносимость препарата, наиболее приемлемый для пациента, по сравнению с другими скабицидами, курс лечения. При неосложненной чесотке больным назначалась однократная обработка Спрегалем. Больным с осложненным процессом и длительностью заболевания более месяца проводилась двукратная обработка. В ряде случаев дополнительно назначались антигистаминные препараты, анилиновые красители, антибиотики. При неосложненной чесотке после однократной обработки аэрозолем зуд и высыпания регрессировали на 4–7-й день лечения. У пациентов с осложненной чесоткой или длительным течением заболевания симптомы проходили на 11–15-й день от начала лечения. Постскабиозный дерматит был отмечен только в одном случае.

Вывод: На основании выше изложенного можно считать, что аэрозоль Спрегаль является препаратом выбора для лечения чесотки у детей первых лет жизни.

Значимость определения уровня эозинофильного катионного протеина при ведении детей с atopическим дерматитом

Пампура А.Н., Сухоруков В.С., Смирнова М.О., Окунева Т.С., Варламов Е.Е.

ФГУ Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий

Цель исследования: Определение роли эозинофильного катионного протеина (ЭКП) у детей с atopическим дерматитом для оценки активности аллергического процесса.

Материалы и методы: Обследовано 158 детей с диагнозом atopический дерматит в возрасте от 5 месяцев до 16 лет (средний возраст $5,2 \pm 0,35$).

Уровень ЭКП в сыворотке крови определяли иммунофлюороферментным методом (ImmunoCAP 100, Phadia AB).

Результаты: Уровень ЭКП был повышен у 60% обследованных больных, среднее значение соответствовало $26,8 \pm 2,5$ мкг/л, что достоверно ($p < 0,001$) отличалось от контрольной группы ($6,8 \pm 0,6$). При этом в период обострения при легком течении atopического дерматита уровень ЭКП был достоверно ниже ($14,2 \pm 2,4$ мкг/л) ($n = 27$) ($p < 0,05$), чем при среднетяжелом ($23,6 \pm 3,98$ мкг/л) ($n = 46$) и тяжелом течении atopического дерматита ($37,4 \pm 5,1$ мкг/л) ($n = 86$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между показателями SCORAD и уровнем ЭКП ($r = 0,37$; $p < 0,001$).

При стихании остроты кожного воспалительного процесса через 2–3 недели на фоне стандартной терапии ($n = 40$) отмечено достоверное снижение уровня ЭКП с $26,6 \pm 4,9$ мкг/л до $14,78 \pm 3,6$ мкг/л, параллельно со снижением индекса SCORAD с $40,4 \pm 2,3$ до $17,1 \pm 2,4$ балла. Следует отметить, что у больных с первоначально повышенным значением ЭКП ($40,4 \pm 6,9$ мкг/л) отмечено снижение уровня ЭКП на фоне лечения ($19,86 \pm 5,7$ мкг/л) более чем в 2 раза.

Уровень ЭКП зависел от количества аллергенов и уровня сенсибилизации. Так у больных с моновалентной сенсибилизацией среднее значение ЭКП ($12,0 \pm 2,7$ мкг/л) было достоверно ниже, чем у больных с поливалентной сенсибилизацией ($36,6 \pm 4,9$ мкг/л). Выявлена положительная корреляция между уровнем ЭКП с уровнем специфических иммуноглобулинов IgE пищевых и бытовых аллергенов, в частности с уровнем специфических IgE к белкам коровьего молока и куриного яйца соответственно ($r = 0,47$; $p < 0,05$ и $r = 0,37$; $p < 0,05$).

Вывод: Уровень ЭКП зависит от тяжести и активности аллергического воспаления у больных с atopическим дерматитом и может быть использован для объективного контроля эффективности проводимой терапии у детей с atopическим дерматитом.

Показатели цитокинового статуса больных atopическим дерматитом в зависимости от показателей обсемененности очагов поражения кожи стафилококковой микрофлорой

Текучева Л.В.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Цель: Изучить взаимосвязь показателей провоспалительных цитокинов с показателями обсемененности кожи стафилококковой микрофлорой в группах детей с различной степенью тяжести течения atopического дерматита.

Методы: Изучение показателей цитокинового статуса проводили путем измерения интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью иммуноферментных наборов фирмы BioSource International, Inc. (Бельгия). Для определения стафилококковой микрофлоры на коже больных atopическим дерматитом нами был использован метод контактного посева с помощью бакпечатков, содержащих селективную агаризованную питательную среду — желточно-солевой агар. Нормы высева стафилококковой микрофлоры со здоровой кожи составляют: 0–200 КОЕ/дм² для *S.aureus* и *S.haemolyticus*; 0–1000 КОЕ/дм² для *S.epidermidis* и прочих видов.

Исследование осуществлялось у 27 пациентов, больных atopическим дерматитом, в возрасте от 3 до 11 лет, из них с легкой формой заболевания было 7 (26%) человек, со среднетяжелой формой — 12 (44,4%) пациентов и с тяжелой формой atopического дерматита — 8 (29,6%) пациентов.

Результаты: У 7 пациентов с легкой степенью тяжести течения atopического дерматита уровень обсемененности кожи *S.aureus* составил в среднем 1510 ± 85 КОЕ/дм² и показатели провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α) имели наименьшие отклонения от показателей здоровых лиц группы сравнения: $52,1 \pm 5,0$ пкг/мл, 710 ± 68 пкг/мл, $343 \pm 25,8$ пкг/мл, $56 \pm 4,3$ пкг/мл и $41,9 \pm 3,7$ пкг/мл соответственно. У пациентов со средней степенью тяжести течения заболевания (12 детей) уровень обсемененности кожи *S.aureus* составил в среднем $2\,050 \pm 180$ КОЕ/дм² и показатели провоспалительных цитокинов были выше, чем у пациентов с легким течением atopического дерматита: IL-1 β — $63 \pm 5,5$ пкг/мл, IL-6 — 915 ± 74 пкг/мл, IL-8 — 520 ± 48 пкг/мл, IL-10 — $63 \pm 6,1$ пкг/мл и TNF- α — $57,1 \pm 5,9$ пкг/мл. Наибольшие отклонения в показателях провоспалительных цитокинов были установлены у детей (8 человек), у которых обсемененность кожи *S.aureus* в среднем составила

2275 ± 163 КОЕ/дм² и при этом течение заболевания расценивалось как тяжелое. Значения IL-1β, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α соответственно составили: 82 ± 5,3 пкг/мл, 1120 ± 105 пкг/мл, 830 ± 65 пкг/мл, 85 ± 6,4 пкг/мл и 87,2 ± 6,5 пкг/мл.

Выводы: В результате проведенных исследований было установлено, что показатели цитокинового статуса у детей, больных atopическим дерматитом, коррелировали со степенью обсемененности очагов поражения стафилококковой микрофлорой. Чем выше уровень обсемененности кожи стафилококковой микрофлорой, тем более выраженные отклонения в показателях провоспалительных цитокинов в сравнении с показателями здоровых лиц группы сравнения и тем тяжелее течение заболевания. Учитывая данные обсемененности кожи стафилококковой микрофлорой и показатели провоспалительных цитокинов, можно рекомендовать включение в комплексную терапию топических антибактериальных препаратов и иммунокорригирующих средств.

Изменение видового состава и показателей обсемененности стафилококковой микрофлорой кожи детей, больных atopическим дерматитом, после лечения топическим антибактериальным препаратом

Текучева Л.В.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: Изучить видовой состав и показатели обсемененности стафилококковой микрофлорой кожи больных atopическим дерматитом после применения топического антибактериального препарата Фуцидин.

Методы: Для определения стафилококковой микрофлоры на коже больных atopическим дерматитом нами был использован метод контактного посева с помощью бакпечатков, содержащих селективную агаризованную питательную среду — желточно-солевой агар. Нормы высева стафилококковой микрофлоры со здоровой кожи составляют: 0–200 КОЕ/дм² для *S. aureus* и *S. haemolyticus*; 0–1000 КОЕ/дм² для *S. epidermidis* и прочих видов.

Определение чувствительности выделенной стафилококковой микрофлоры к антибактериальным и антисептическим препаратам проводилось дискдиффузионным способом по усовершенствованному методу Керби–Бауэра с помощью стандартных дисков с антибиотиками. Были изучены результаты лечения у 27 пациентов с atopическим дерматитом в возрасте от 2 месяцев до 14 лет.

Результаты: Исследование бактериальной микрофлоры с очагов поражения кожи больных atopическим дерматитом явилось основанием для наружного назначения препарата Фуцидин (фузидовая кислота 2%) в форме крема или мази. После окончания лечения у 7 пациентов с легкой степенью тяжести течения atopического дерматита *S. aureus* был обнаружен у 1 пациента (14,3%), *S. haemolyticus* не был обнаружен, *S. epidermidis* высевался у 2 (28,6%) пациентов, у 4 (57,2%) пациентов стафилококковая микрофлора не обнаруживалась. При этом показатель обсемененности кожи *S. aureus* составил 340 КОЕ/дм², *S. epidermidis* — 900 ± 55 КОЕ/дм². До лечения *S. aureus* был обнаружен у 5 (71,4%) пациентов, *S. haemolyticus* у 1 (14,3%) пациента, *S. epidermidis* у 1 (14,3%) пациента. Обсемененность кожи *S. aureus* составляла 1 510 ± 85 КОЕ/дм², *S. haemolyticus* — 630,0 КОЕ/дм², *S. epidermidis* — 820,0 КОЕ/дм².

У пациентов со средней степенью тяжести atopического дерматита (12 человек) после окончания лечения *S. aureus* был обнаружен у 2 (16,6%) пациентов, *S. haemolyticus* у 1 (8,3%) пациента и *S. epidermidis* у 2 (16,7%) пациентов, у 7 (58,3%) пациентов стафилококковая флора не была обнаружена. Обсемененность кожи *S. aureus* составила 432,5 ± 41,3 КОЕ/дм², *S. haemolyticus* — 450 КОЕ/дм², *S. epidermidis* — 900 ± 75 КОЕ/дм². До лечения *S. aureus* был обнаружен у 10 (83,3%) пациентов, *S. haemolyticus* у 1 (8,3%), *S. epidermidis* у 1 (8,3%) пациента. Обсемененность кожи *S. aureus* составляла 2050 ± 180 КОЕ/дм², *S. haemolyticus* — 1730,0 КОЕ/дм², *S. epidermidis* — 1524 КОЕ/дм².

Изучение видового состава стафилококковой микрофлоры у 8 пациентов с тяжелым течением atopического дерматита после окончания лечения показало, что *S. aureus* был обнаружен у 1 (12,5%) пациента, *S. haemolyticus* — у 1 (12,5%) пациента и *S. epidermidis* также был обнаружен у 1 (12,5%) пациента, у 5 (62,5%) пациентов стафилококковая микрофлора не была обнаружена. Обсемененность кожи *S. aureus* составила 432,5 КОЕ/дм², *S. haemolyticus* — 450 КОЕ/дм², *S. epidermidis* — 950 КОЕ/дм². До лечения *S. aureus* был обнаружен у 7 (87,5%) пациентов, *S. haemolyticus* у 1 (12,5%) пациента, *S. epidermidis* не был обнаружен. Обсемененность кожи *S. aureus* составляла 2 275 ± 163 КОЕ/дм², *S. haemolyticus* — 2 100 ± 150 КОЕ/дм².

Выводы: Обсемененность очагов поражения кожи стафилококковой микрофлорой у больных atopическим дерматитом после лечения достоверно уменьшилась, по сравнению с уровнем обсемененности стафилококковой микрофлорой до лечения. Анализ полученных данных свидетельствует о важной роли бактериальной инфекции, в частности *S. aureus*, в сенсибилизации макроорганизма и поддержании воспаления на коже больных. В пользу влияния колонизации кожи *S. aureus* на течение atopического дерматита свидетельствует положительный клинический эффект снижения степени контаминации *S. aureus* кожи больных atopическим дерматитом при использовании топических антибактериальных препаратов.

Цетиризин в лечении детей с atopическим дерматитом

Фризин Д.В., Багракова Т.А., Фризин В.В.

ГЛПУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», г. Йошкар-Ола;

ГУ РМЭ «Детская республиканская больница», г. Йошкар-Ола;

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава»

Цель: Изучить эффективность цетиризина у детей с неосложненными формами atopического дерматита легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 1 года до 14 лет с диагнозом atopический дерматит легкой и средней степени тяжести, распространенный, неосложненный, находившихся на лечении в отделении алергологии и пульмонологии ГУ РМЭ ДРБ. Больные, находящиеся под наблюдением, получали цетиризин (цетрин) в возрастной дозе в течение 2 месяцев. Для наружной терапии использовался топический глюкокортикостероид «Элоком».

Результаты: При выявлении этиологически значимых аллергенов у всех детей была выявлена поливалентная сенсибилизация к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым, грибковым, бактериальным аллергенам методом иммуноферментного анализа. 20 детей из контрольной группы с аналогичным анамнезом получали только наружную терапию элокомом. Длительность обострения atopического дерматита в обследуемой и контрольной группах составляла от 2 до 10 дней. Суточная доза была поделена на 2 приема. Побочных эффектов от применяемого препарата не отмечалось. У 3 детей элоком был отменен на 4–е сутки,

у 10 больных отмена произошла на 6–е сутки, у 11 больных — на 7–е сутки, у оставшихся 10 детей наружную терапию прекратили на 9–е сутки. У всех больных наружная терапия элокомом была заменена на смягчающие средства серии «Авон», «А-Дерма», «Мюстела». У 9 больных ремиссия наступила на 9–е сутки, через 14 дней полная клиническая ремиссия наблюдалась во всей исследуемой группе. Последующее наблюдение за этими детьми показало, что у 21 больного стойкая ремиссия наблюдалась в течение 6 месяцев. У оставшихся 13 больных отмечалось по 1 эпизоду обострения, причем у 7 больных это обострение было связано с присоединением лямблиоза, выявленного ИФА-методом, у 4 больных — спровоцировано злоупотреблением пищевых причинно значимых аллергенов. У детей контрольной группы ремиссия достигнута на 20–е сутки.

Выводы: Таким образом, цетиризин является одним из оптимальных антигистаминных препаратов для лечения детей с atopическим дерматитом.

Влияние инфицирования микобактериями туберкулеза на течение atopического дерматита

Шакуров И.Г., Бородулина Е.А., Балтер И.А.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер»;

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара

Цель: Изучить влияние инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) на степень сенсибилизации к неинфекционным аллергенам при atopическом дерматите.

Материалы и методы: Обследовано 55 детей с atopическим дерматитом (АД) в возрасте от 3 до 17 лет в период ремиссии основного заболевания: проведена проба Манту со стандартным туберкулином (ППД-Л) 2 ТЕ, прик-тест с водно-солевыми растворами неинфекционных аллергенов.

Результаты и обсуждения: При клиническом обследовании в период обострения выявлялись: кожный зуд у 55 детей (100%) ($p < 0,01$), видимые признаки дерматита в области сгибов, лица, шеи, наружных поверхностей конечностей в виде эритемы у 1 пациента (1,8%), папулезные высыпания у 5 (9%), лихенизация у 24 (43,6%), шелушение у 15 (27,2%) человек ($p > 0,05$). Все дети наблюдались у дерматолога более 1 года. Отрицательные результаты пробы Манту 2ТЕ были выявлены у 25 (45,5%) обследуемых. Положительные результаты пробы Манту 2ТЕ у 30 (54,5%) детей и оценки пробы в динамике по годам распределились: «вираж» у 3 (5,4%), монотонные пробы у 20 (36,4%), нарастающие у 7 (12,7%) пациентов ($p > 0,05$).

По результатам аллергологического обследования у детей с АД преобладала сенсибилизация к бытовым и пыльцевым аллергенам. Дети с отрицательными пробами Манту 2ТЕ имели высокую степень сенсибилизации (+++) в 32% (8), умеренная степень (++) наблюдалась в 28% (7) случаев, в 20% (5) случаев отмечалась поливалентная сенсибилизация ($p > 0,05$). У детей с положительными пробами Манту 2ТЕ высокая степень сенсибилизации выявлялась в 20% (6), умеренная — 50% (15), поливалентная сенсибилизация в 10% (3) случаев ($p > 0,05$). У детей с положительными пробами Манту в 50% преобладала умеренная степень сенсибилизации ($p < 0,05$), сенсибилизация к нескольким группам аллергенов выявлена только в 10% случаев ($p > 0,05$).

Заключение: Среди детей с АД, неинфицированных МБТ, преобладала высокая степень сенсибилизации к аллергенам; у детей инфицированных микобактериями туберкулеза, преобладала умеренная степень сенсибилизации к аллергенам.

2.3. Клиническая микология

Эффективность тербизила в комплексном лечении онихомикозов

Ашова Т.Ю., Разумная Г.Н., Суслов В.С.

УЗ «МОКВД», г. Могилев, Беларусь

Цель: Оценить эффективность препарата тербизил в лечении онихомикозов.

Материалы и методы: В течение двух лет под наблюдением находилось 78 больных онихомикозами, из них мужчин 42, женщин 36, применявших тербизил внутрь и наружно в форме крема. Средний возраст составил 53,2 года. Средняя длительность заболевания — 6,4 года. Большинство пациентов в прошлом неоднократно безуспешно лечилось по поводу онихомикоза. У 49 больных имелся онихомикоз ногтей пластин пальцев стоп, у 29 онихомикоз ногтей пластин пальцев стоп и кистей. У всех больных поражение ногтей сочеталось с поражением кожи. Среднее количество пораженных ногтей — 8,3. Перед началом лечения и в процессе лечения больные были осмотрены врачом-терапевтом и, по показаниям, врачами других специальностей. Со стороны общего статуса отклонений от физиологической нормы не выявлено. Показатели общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови находились в пределах нормы. У 3 больных имелся сахарный диабет, у двух варикозное расширение вен нижних конечностей.

Для верификации диагноза использовались бактериоскопический и бактериологический методы. Бактериологически у 48 больных получен рост *tr. rubrum*, у 17 больных выявлен рост грибов рода *candida* и у 12 — *epidermophyton floccosum*. Тербизил больные получали по 0,25 г в день длительностью от 3 до 6 месяцев.

Эффективность лечения контролировалась через 1, 3 и 6 месяцев. Оценивались: переносимость препарата тербизил и эффективность после проведенного лечения.

Результаты: Микотическое поражение кожи под влиянием терапии тербизилом разрешалось у больных в течение 2–3 недель. Прием тербизила в течение 3 месяцев позволил достичь клинического и этиологического выздоровления у 65 больных. Прием тербизила был продлен еще на 1 месяц 9 больным и на 2 месяца 4 больным. Больным старше 60 лет, а также больным сахарным диабетом и варикозным расширением вен был продлен курс лечения препаратом тербизил внутрь и наружно. Следует отметить хорошую переносимость всеми больными препарата тербизил, лишь у 3 больных наблюдалось в течение короткого времени тошнота, горечь во рту, потеря аппетита, у 2 — легкий зуд кожи тела. Данные проявления наблюдались в течение короткого времени, поэтому прием препарата не прерывался. При 3-месячном приеме тербизила достичь положительных результатов удалось в 83,3% случаев, а при 4–5-месячном курсе лечения удалось достигнуть 96,1% излеченности пациентов.

Выводы: Полученный нами опыт свидетельствует о хорошей переносимости (у 93,6% больных отсутствовали какие-либо побочные проявления) и высокой эффективности препарата тербизил при лечении онихомикоза.

Этиопатогенез и терапия онихомикозов

Васенова В.Ю., Бутков Ю.С.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Цель: Провести исследование состояния микроциркуляторного русла и оценить гистологическое состояние ногтевого ложа у больных онихомикозами.

Применяемые методы и технологии: Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей на аппаратах HDI 3500, Voluson 700 датчиками линейного формата 5–9 МГц, гистологическое исследование.

Результаты работы: Проведенное исследование подтвердило отсутствие патологии магистральных артерий нижних конечностей у 50 обследованных пациентов. При этом у 41% пациентов (I группа) мы обнаружили положительную сосудистую реактивность, свидетельствующую об отсутствии патологических изменений сосудов при физической нагрузке. У 59% пациентов (II группа) была зафиксирована отрицательная сосудистая реактивность, которая выражалась в отсутствии изменений доплеровского спектра до и после нагрузки, что указывает на наличие микроциркуляторных нарушений, что обусловлено, по-видимому, токсическим воздействием микотической инфекции.

У пациентов второй группы длительность заболевания была в два раза больше, а количество пораженных ногтевых пластинок больше на 11% по сравнению с пациентами первой группы. Полученные данные могут быть маркером прогноза заболевания и скорости распространения инфекции.

Проведя гистопатоморфологическое исследование биоптатов ногтевого ложа, мы обнаружили утолщение и нарушение дифференцировки эпидермиса на слои. На препаратах хорошо видны деструкция соединительной ткани, сужение сосудов, уменьшение количества фибробластов по сравнению с нормой, выраженная гиперплазия эндотелиоцитов. Четко видны деструкция волокнистого компонента межклеточного вещества соединительной ткани, увеличение размеров липоцитов в 5–10 раз относительно нормы, что, вероятно, связано со стимулирующим воздействием грибов, обладающих липофильностью.

Комбинированное лечение включало удаление пораженных ногтевых пластинок, консервативные чистки с последующим применением орунга и средств, нормализующих микроциркуляцию, что позволило достичь выздоровления в 93% случаев.

Выводы: Микотическая инфекция оказывает токсическое влияние на микроциркуляцию, вызывает структурные изменения ногтевого ложа. Комплексная терапия онихомикозов эффективна в 93% случаев.

Перспективы применения клинического индекса оценки тяжести онихомикоза Сергеева (КИОТОС) у больных онихомикозами и бронхиальной астмой

Жучков М.В., Ермошина Н.П., Ракита Д.Р.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Цель: Выявить наличие корреляций между клиническими критериями тяжести микотического поражения ногтей и показателями контроля бронхиальной астмы у коморбидных больных.

Применяемые методы и технологии: Клинический индекс оценки тяжести онихомикоза Сергеева (КИОТОС), опросник АСТ (Asthma Control Test), спирометр «SPIROVIT SP-1».

Результаты работы: Были обследованы 30 больных персистирующей бронхиальной астмой и онихомикозом стоп. Все больные были разделены на две группы в зависимости от длительности существования грибкового процесса: 1-ю группу составили пациенты с анамнезом заболевания менее 5 лет (со слов больного), 2-ю группу — с давностью заболевания более 5 лет. В каждой из них пациенты были разделены еще на четыре подгруппы по величине КИОТОС: 1-я до 5 баллов, 2-я от 5 до 10, 3-я от 10 до 15, 4-я от 15 и выше. Контроль симптомов бронхиальной астмы, исследованный с помощью стандартного опросника АСТ (предложенного экспертами программы GINA, 2006), составлял в 1-й группе 10,8, 11,2, 9,6 и 8,5 баллов (средние значения, соответствующие подгруппам по КИОТОС). Во 2-й группе средние значения АСТ составляли 9,7, 9,4, 8,2 и 7,4 соответственно. Усредненные для подгрупп с различной степенью тяжести онихомикоза (по КИОТОС) значения важнейшего спирометрического показателя объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) были следующими: в 1-й группе 65,6, 70,2, 54,4 и 49,5 % от должных величин для данного роста веса и возраста. Во 2-й группе средний показатель ОФВ1 составлял соответственно 60,3, 71,2, 51,2 и 44,3 % от должного.

Выводы: В ходе исследования мы выявили достоверную связь между показателями степени тяжести и контроля симптомов бронхиальной астмы, с одной стороны, и показателем тяжести онихомикоза (КИОТОС) и длительностью микотического анамнеза — с другой. Учитывая тот факт, что показатели контроля астмы коррелируют не только с тяжестью грибкового поражения ногтевых пластин, но и, что более важно, с длительностью онихомикоза, можно предположить наличие значимой микогенной сенсibilизации у этой категории коморбидных больных, ухудшающей бронхиальную обструкцию и влияющей на контроль симптомов респираторного заболевания. В связи с этим по нашему мнению клинический индекс оценки тяжести онихомикоза Сергеева может быть не только инструментом для выбора адекватной медикаментозной терапии, но и надежным предиктором микогенной сенсibilизации у коморбидных пациентов с персистирующей бронхиальной астмой и онихомикозом различной степени тяжести.

Комплексная терапия онихомикозов с использованием аппаратного метода

Коваленко А.М.

Частная клиника «ВЕГА-МЕД», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель настоящего наблюдения: Максимальное повышение эффективности лечения онихомикозов с учетом коррекции сопутствующей патологии и улучшение качества жизни пациентов.

Применялся комплексный подход к лечению больных онихомикозами, который включает:

- Системные антимикотики
- Местные антимикотики
- Аппаратная чистка ногтевых пластинок и подногтевого гиперкератоза
- Препараты, улучшающие кровоснабжение и трофику матрикса и ногтевого ложа.

- Препараты, улучшающие рост ногтей
- Иммуномодуляторы у больных с отклонением в иммунном статусе

Материалы и методы: На базе частной клиники «ВЕГА–МЕД» с участием специалистов Научно–исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РУз было обследовано 43 пациента с гипертрофическими формами ониомикоза.

В качестве системного антимикотика мы использовали орунгал методом пульс–терапии в зависимости от КИОТОС. Для удаления пораженной ногтевой пластинки применяли аппаратный метод. Для медицинского аппаратного педикюра был использован аппарат «Герлах». Местно применялся лак «Батрафен». В качестве препаратов, улучшающих рост ногтевой пластинки, использовались ревалид, витамины группы В. Для коррекции сосудистой патологии применялись трентал, агапурин, троксевазин.

Результаты: Из 43 больных ониомикозами в статистический анализ вошли 32 пациента, остальные 11 находились под наблюдением и еще не прошли контроль излеченности. Из 32 больных у 31 наступило полное клинико–микологическое излечение. Эффективность комплексного метода лечения составила 96%.

Выводы: Таким образом можно прийти к выводу, что комплексная терапия ониомикозов с применением аппаратного метода является оптимальным вариантом повышения эффективности стандартных схем терапии и улучшения качества жизни пациентов.

Лечение ониомикозов у больных пожилого возраста

Майшанов И.А., Гребенников В.А., Гурский Г.Э., Хоронько В.В.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов–на–Дону

Цель работы: Сравнительная оценка эффективности лечения ониомикозов у пожилых и лиц старческого возраста.

Материалы и методы: Для комплексного лечения ногтевой пластинки были выбраны «Микоспор» производства компании «Bayer» и тербинафин (Ламизил) производства компании «Novartis».

Результаты: Под наблюдением находилось 73 больных (39 мужчин и 34 женщины) ониомикозом. Возраст больных от 52 до 77 лет. У большинства (89,2%) преобладали множественные поражения ногтей, у 86,5% больных диагностирован ониомикоз стоп, у 13,5% — сочетанное поражение стоп и кистей. У 7 пациентов ониомикоз наблюдался более 10 лет, у 12 — от 7 до 10 лет, у 8 — 5–7 лет, у 5 — от 1 до 3 лет. У 6 пациентов отмечался тотальный ониомикоз, у 26 — поражения отдельных ногтей стоп. У 18 пациентов ониомикоз сопровождался интертригинозно–сквамозным поражением стоп. У 27 пациентов диагноз подтвержден культуральным обнаружением *Trichophyton rubrum*, у 3 — дрожжеподобных грибов. Для объективизации клинической эффективности применяемых противогрибковых препаратов использовался клинический индекс оценки тяжести ониомикозов КИОТОС (А.Ю.Сергеев, 2006). В результате лечения клинические проявления ониомикоза имели устойчивую тенденцию к уменьшению симптоматики у 87% пациентов — зуд кожи исчезал к 7–8–м суткам лечения, воспалительные явления регрессировали к 13–15–м суткам, а явления десквамации — к 18–21–му дню терапии. Таким образом, после комплексного лечения ониомикоза, которое включало сочетание «Тербинафина» и «Микоспора», отмечался рост здоровых ногтей у 63% больных, из которых при дальнейшем наблюдении здоровые ногти выросли у 44%. При этом позитивный результат лечения наблюдался преимущественно у пациентов с меньшей длительностью и объемом поражения ногтей. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности лечения по предложенной схеме лечения у пациентов с равными или близкими значениями индекса КИОТОС. Обе схемы зарекомендовали себя как эффективные при данной локализации и клинических характеристиках ониомикоза. Исследованные схемы и дозы назначения препаратов тербинафина и микоспора следует признать адекватными значениям КИОТОС в диапазоне 11–15. Все больные перенесли лечение удовлетворительно, побочных явлений и интоксикации не отмечалось. Дальнейшее наблюдение за пациентами, санированными по поводу грибковой инфекции и лишившихся мощного очага хронической сенсibilизации, выявило позитивные сдвиги показателей состояния иммунной системы и детоксикационной функции печени.

Организация выявления микозов и ониомикозов стоп при диспансеризации населения

Рахимов С.В., Тухватуллина З.Г., Тухватуллина Э.Ф.

Центральная поликлиника №1 МСО Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Целью исследования являлось изучение структуры дерматологической заболеваемости диспансеризируемого населения, активное выявление среди них пациентов с микозами и ониомикозами.

Материалы и методы: Программа активного выявления и клинико–лабораторного скрининга микозов стоп и ониомикозов включала расширение диапазона индекса информированности и микологической настороженности врачей первичного звена здравоохранения, путем иллюстративного информирования врачей общей практики и специалистов, усиления качества их самообразования. При диспансеризации 4237 лиц выявлено 847 пациента с микотическими поражениями кожи и ногтей. Диагноз микоза стоп и ониомикоза был подтвержден бактериологически.

Результаты исследования: В структуре первичной заболеваемости диспансеризируемого населения 3е место занял класс болезней кожи, что составило 11,4% всех заболеваний или $69,2 \pm 3,9^{0/00}$. Самую многочисленную группу среди них — 20,0% ($28,0 \pm 2,5^{0/00}$) составили микозы стоп и ониомикозы. На активном диспансерном наблюдении ежегодно в среднем состояли 40,2% из всех зарегистрированных больных. Организация и проведение скрининга при профилактических осмотрах позволила выявлять 53,2% впервые регистрируемых заболеваний у вновь прикрепленного контингента. Постоянное динамическое наблюдение за состоянием здоровья всего прикрепленного населения, в том числе больных с хроническими кожными заболеваниями и входящих в группу риска, позволило выявлять микозы стоп на ранних стадиях, повышая эффективность терапии и улучшая прогноз и течение заболевания.

Выводы: В результате проводимых научно–обоснованных лечебно–организационных мероприятий общая заболеваемость в поликлинике снизилась на 14%, выявляемость болезней кожи и подкожной клетчатки улучшилась на 35,3%, охват диспансеризацией на — 17%, отмечалось уменьшение частоты рецидивов микозов стоп и ониомикозов вдвое. Индикаторами правильно организованных диспансеризации и клинико–лабораторного мониторинга, явилось снижение первичной и общей заболеваемости микозами стоп и ониомикозами на 73,5% и 14% соответственно.

Малассезия–фолликулит, имитирующий поздние АКНЕ

Соколова Т.В., Кливитская Н. А.

ГИУВ МО РФ, г. Москва

Цель исследования — иллюстрация двух клинических случаев малассезия–фолликулита, протекавшего под маской поздних акне.

Применяемые методы и технологии: Для выделения *Malassezia* образцы соскобов с кожи высевали в трехкратных порциях на Notman–агар (LNA). Видовую идентификацию представителей рода *Malassezia* проводили по морфологическим, физиологическим и хемотаксономическим признакам. Оценка жирности кожи (себуметрия) проводилась с помощью аппарата СЕБОМЕТР SM 810 PC (Кельн, Западная Германия). Параметры определяли на носу и щеках.

Результаты работы: На консультативный прием обратились две женщины в возрасте 27 и 29 лет с поздними акне, не поддающимися терапии традиционными методами. Анамнестически установлено, что заболевание в данном возрасте возникло впервые. Связи высыпаний с месячными не отмечено. Контакт с галоидами и прием препаратов, их содержащих, внутрь не установлен. Мази и кремы с глюкокортикоидами не использовались. Наследственной предрасположенности к данному заболеванию не выявлено. Учитывая отсутствие комедонов, при наличии единичных папул и множественных мелких пустул на слегка эритематозном фоне с шелушением, проведено обследование чешуек и содержимого пустул на *Malassezia* spp. Из пустул у одной пациентки были высеяны два вида *Malassezia* — *sympodialis* (10^7 КОЕ/г) и *globosa* (10^3 КОЕ/г), у другой — *M. globosa* (10^7 КОЕ/г), при норме 10^3 КОЕ/г. При посеве чешуек у первой больной выросли *M. sympodialis* (10^3 КОЕ/г), у второй *M. globosa* (10^4 КОЕ/г). Показатели себуметрии в обоих случаях были в пределах нормы (нос 122 и 110, щеки 90 и 86). Клинические данные и результаты лабораторного обследования позволили заподозрить у больных малассезия–фолликулит. Для лечения был выбран топический антимикотик залаин. Использование его 2 раза в сутки на протяжении месяца привело к полному разрешению высыпаний.

Выводы: Больные с поздними акне, при отсутствии причин, их провоцирующих, комедонов, признаков жирной себореи, должны быть обследованы на наличие липофильных дрожжей *Malassezia* spp. Залаин — антимикотик на основе сертаконазола, является эффективным препаратом для лечения малассезия–фолликулита.

Осведомленность врачей общей практики о микозах стоп, онихомикозах, методах их лечения и профилактики

Тухватуллина З.Г., Рахимов С.В., Тухватуллина Э.Ф.

Центральная поликлиника №1 МСО Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент

Целью исследования было выявление информированности врачей общей практики (ВОП) о клинических проявлениях микозов стоп, онихомикозах и методах их профилактики.

Материалы и методы: Проведено добровольное анонимное анкетирование 120 ВОП. Опросник состоял из 30 вопросов, касающихся теоретических представлений об этиопатогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики, лечения и профилактики микозов и онихомикозов стоп.

Результаты исследования: Информированность ВОП об этиологии, патогенезе и ранних методах выявления микозов стоп и онихомикозов была недостаточной: 87% опрошенных врачей не могли описать клинические проявления и стадии развития заболевания; 56% — методы раннего его выявления и профилактики. Отношение ВОП к мероприятиям по первичной профилактике, изменению образа жизни и борьбе с факторами риска в целом было благоприятным. 81% участников опроса полагали, что этот вид вмешательства позволяет избежать заболевания и 67% — улучшить качество жизни пациентов. Давали рекомендации по коррекции образа жизни 82% врачей, а направляли больного к специалисту дерматологу только 28%. Это особенно настораживало в связи с тем, что 45% врачей давали рекомендации только в краткой форме, чего безусловно, явно недостаточно. Антимикотическую терапию хоть раз в своей практике назначали 58% опрошенных врачей, из них 79% — наружную терапию, 9% — оригинальный итраконазол (орунгал), 12% — другие препараты. Среди врачей, контролирующих выполнение рекомендованных мероприятий 20% — это делали часто; 70% — редко, 10% — никогда. О биотрансформации и механизме действия орунгала знали лишь 3% опрошенных врачей, о методах профилактики микозов стоп и онихомикозов — 14% респондентов.

Выводы: Низкая осведомленность ВОП о микозах стоп и онихомикозах требует повышения индекса информированности о клинических проявлениях, ранней диагностике, надлежащих мерах профилактики этих заболеваний путем совершенствования организационных мер. Повышение эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, борьба с факторами риска микозов стоп и онихомикозов зависит от информированности врачей первичного звена и усиления мотивации.

Перспективные антимикотики растительного происхождения

Хисматуллина И.М., Абдрахманов Р.М., Никитина Л.Е., Лисовская С.А.

ГОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет» Росздрава России, г. Казань

Цель работы: Оценка антимикотической активности серии модифицированных природных терпеноидов.

Материалы и методы: Испытания синтезированной нами серии модифицированных природных терпеноидов каранового, пинанового и ментанового ряда на антимикотическую активность проводились дисковым методом на агаризованной среде с использованием выделенных из клинического материала *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Rhodotorula rubra*, *Epidermophyton floccosum*, музейных штаммы *Candida albicans*, *Aspergillus niger*, *Penicillium tardum*, *Candida krusei*, *Aspergillus fumigatus*, *Penicillium chrisogenum*, *Trichophyton rubrum*. Эффективность фунгицидного действия оценивалась по зоне задержки роста тест-организма в соответствии с общепринятой методикой.

Результаты: Все исследованные вещества проявили умеренную или высокую противогрибковую активность широкого спектра действия. Наиболее активным явилось соединение карановой структуры. Однако, в отношении грибов *Candida albicans*, *Aspergillus niger*, *Penicillium tardum* и *Penicillium chrisogenum* имелись соединения с большей активностью. В связи с этим, с целью расширения спектра действия изучена противогрибковая активность композиций, составленных на основе соединения каранового ряда с добавлением соединений ментановой структуры. Испытания серии этих композиций показали, что все они обладают фунгицидными свойствами в отношении стандартного набора грибов и могут быть рекомендованы для противогрибковой обработки поверхностей. Выбрана наиболее эффективная композиция, состоящая из трех терпеновых компонентов и полиамингуанидина. Терпеновые составляющие обладают широким спектром противогрибковой активности, антибактериальными и противовоспалительными свойствами.

Вывод: Исследованные модифицированные природные терпеноиды перспективны в плане применения их для обработки обуви и некоторых предметов мест общего пользования с целью профилактики распространения грибковых заболеваний, в частности, микозов стоп, а в будущем и для создания антимикотических лекарственных средств нового типа на основе модифицированных природных терпеноидов. Основными достоинствами полученных соединений можно считать доступные и экологически чистые методы синтеза на основе природных соединений, богатую и возобновляемую отечественную сырьевую базу, дешевизну исходных терпенов.

Этиологическая структура микозов стоп в Республике Татарстан

Хисматулина И.М., Абдрахманов Р.М., Глушко Н.И., Лисовская С.А.

ГОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет» Росздрава России, г. Казань

Цель работы: Изучение этиологической структуры микозов стоп в Республике Татарстан.

Материалы и методы: За период от 2004 до 2007 года обследовано 1479 больных микозами стоп, в том числе и ониомикозами, из разных районов Республики Татарстан. Среди них было 610 мужчин (41,2%) и 869 женщин (58,8%) в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст $45,8 \pm 1,4$ лет), включая 2,8% больных от 18 до 25 лет, 93,8% от 26 до 60 лет и 3,4% от 61 года и старше. Давность заболевания составляла от 2 недель до 20 лет. Диагноз микоз стоп был подтвержден обнаружением роста грибов при культуральном исследовании.

Результаты: Согласно полученным нами данным, заболевание чаще всего вызывали дерматомицеты (65,2%), выявляемые как отдельно, так и в виде грибковых ассоциаций с дрожжевыми и/или плесневыми грибами. Следующими в этиологической структуре были представлены дрожжи — 22,2%, смешанные культуры дрожжевых и плесневых грибов составили 9,1%. Доля плесневых грибов оказалась незначительной — 3,5%. Наиболее весомыми грибковыми ассоциациями являлись сочетания дерматомицетов и дрожжей (32,8%), а также дерматомицетов и плесневых грибов (24,8%). Дерматомицеты были представлены преимущественно *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* (70%). В этиологической структуре микозов стоп прослеживается достоверная зависимость частоты выявления грибковых ассоциаций от возраста больных ($p < 0,05$). Так, доля ассоциаций дерматомицетов и дрожжевых грибов у пациентов старше 60 лет составила 23,5%, что в 2 раза больше, чем у больных 25 лет и младше — 12%. Сочетания дерматомицетов с плесневыми грибами у больных в группе старше 60 лет встречались в 6 раз чаще, чем у пациентов в группе 25 лет и младше (23,5% и 4% соответственно).

Вывод: Микозы стоп у больных в Республике Татарстан чаще всего вызваны дерматомицетами, в том числе и в виде ассоциаций с дрожжевыми и плесневыми грибами. Дерматомицеты представлены преимущественно *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. Прослеживается достоверное увеличение количества выделенных грибковых ассоциаций с увеличением возраста пациентов. Самыми весомыми ассоциациями, по нашим данным, являлись сочетания дерматомицетов с дрожжевыми грибами.

О проведении массовой работы по привлечению к обследованию и лечению населения области с грибковыми поражениями кожи и ногтей

Букин Ю.К., Юдкина Н.В.

ОГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Калининград

Цель: Разработка новых форм работы с населением для увеличения эффективности диагностики, лечения и профилактики грибковых заболеваний.

Применяемые методы и технологии: С целью привлечения внимания населения к проблеме грибковых заболеваний кожи и ногтей пластинки, ОКВД г. Калининграда при поддержке фирмы «D-r Reddy's lab.LTD» в феврале–марте 2008 г. провели совместную акцию «К лету — здоровые ногти».

Проведение акции включало:

- рекламную кампанию в СМИ: 2 статьи в популярных областных газетах о проблемах грибковых заболеваний и информация о проведении акции, распространение информационных листовок через аптечную сеть.
- бесплатный прием населения врачом–дерматологом ОКВД по вопросам диагностики, лечения и профилактики микозов.
- диагностическое обследование: микроскопическое и бактериологическое исследование чешуек с ногтей пластинки и кожи, биохимическое исследование крови.
- 5% скидка на противогрибковые препараты фирмы «D-r Reddy's» в аптеке.
- предоставление пациентам различных памяток по профилактике грибковых заболеваний.

Результаты: По акции, которая проводилась в течение 2–х недель, 2 раза в неделю, в ОКВД обратилось 142 пациента в возрасте от 19 до 68 лет, 65% из них имели опыт лечения грибковых заболеваний (самолечение, неэффективность лечения назначенного ранее, реинфекция). Основную группу, обратившихся на приём составляли лица в возрасте от 40 до 60 лет, страдающие микозами стоп в сочетании с ониомикозом, обусловленных дерматофитами. Назначалась комбинированная терапия с использованием системного аллиламинового антимикотика «Экзифин» (тербинафин) и крема «Экзифин», выпускаемого фирмой «D-r Reddy's». В случае неэффективности курсов предыдущего лечения с использованием системных антимикотиков, назначалась комбинированная (системная) терапия противогрибковыми препаратами сочетающая приём тербинафина «Экзифин» и флуконазола «Микофлюкан» — по прерывистой схеме однократно в неделю в дозе 150 мг. Пациентам назначалась системная терапия при отсутствии патологии со стороны ЖКТ, почек, после проведения биохимического анализа крови. В случае необходимости проведения дополнительного обследования и постоянного наблюдения в период лечения пациентам оформлялось консультативное заключение с рекомендациями по лечению в КВК по месту жительства. Из числа обратившихся можно выделить группу молодых женщин, обратившихся на приём с кандидозным поражением ногтей пластинки пальцев кистей после проведения косметологических процедур по наращиванию ногтей. На основании бактериологического исследования чешуек ногтя и биохимических анализов крови пациенткам была назначена комбинированная терапия с использованием препарата Микофлюкан.

Выводы: Считаем перспективным проведение такого вида лечебно–профилактических мероприятий, сочетающих информационно–рекламную кампанию с последующей консультацией врача. Высокая эффективность, минимальное количество побочных эффектов, а также доступность по цене антимикотических средств фирмы «D-r Reddy's lab.LTD» позволяют рекомендовать препараты для широкого внедрения в практику лечения грибковых заболеваний.

ОКВД г. Калининграда совместно с фирмой «D-r Reddy's lab.LTD» планирует провести мероприятия по привлечению к обследованию, лечению клиентов маникюрных салонов и тренажерных залов города.

3. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

3.1. Эпидемиология, диагностика и терапия сифилиса

Психологический портрет беременных, больных сифилисом

Бердичкая Л.Ю., Сырнева Т.А., Глуховская С.В., Романова Г.М.

ФГУ УрНИИДВИИ, Читинский, Свердловский ОКВД, Областной центр медицинской профилактики, г. Екатеринбург, г. Чита

Цель исследования: Определение психологических особенностей беременных, больных сифилисом.

С помощью метода психологического тестирования — многофакторного теста Д.М. Кеттелла определен социально-психологический портрет беременной больной сифилисом. В исследовании приняли участие 67 беременных женщин, больных различными формами сифилиса, в возрасте от 16 до 36 лет.

В результате проведенного исследования установлены специфические, характерные черты личности, свойственные этим пациенткам. Низкий уровень интеллекта (фактор В), а также ограниченные общие мыслительные способности, узкий спектр интеллектуальных интересов, необразованность, плохая способность к обучению, неспособность доводить дело до конца установлен у 37,2% респондентов. Фактор Харрига (суровость, жесткость) отмечен у 32,5% опрошенных. Индивидуальная выраженность данного фактора во многом определяется влиянием окружающей среды, и прежде всего, общей атмосферой в семье. Холодность со стороны близких, безнадзорность ребенка коррелируют с выраженностью у индивидуума данного фактора. Такая личность в жизни больше опирается на логику, больше доверяет рассудку, чем чувствам. Свойственная ей черствость иногда доходит до цинизма. Невысокая степень социабельности (Фактор — зависимость от группы) установлена у 30,2% опрошенных. Личность с низкой оценкой по данному фактору несамостоятельна, зависима, привязана к группе, безинициативна, легко может попадать под влияние дурной компании и иметь определенные проблемы с законом. Безответственность, легкомыслие, слабо выраженный интерес к общественным нормам и требованиям, характеризующих слабость «Сверх-Я» (Фактор — недобросовестность) выявлены у 23,2% опрошенных беременных. Низкое значение фактора говорит о серьезном недостатке внутренних регуляторов поведения и, следовательно, наличие тенденций к различным социопатиям. Наряду с этим у 27,9% респондентов выявлены эмоциональная устойчивость, реалистичность в отношении к жизни, одновременно с расслабленностью и отсутствием сильных побуждений и желаний.

Вывод: Проведенным исследованием показано, что беременные женщины, больные сифилисом, имеют определенные психологические и нравственные отклонения, что требует сочетания специфической терапии с методами психологической коррекции медицинским психологом.

Опыт применения препарата панавир при лечении аногенитальных бородавок

Булай А.А., Ерашова Т.Ю., Суслов В.С.

УЗ «МОКВД», г. Могилев, Беларусь

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата панавир у пациентов с аногенитальными бородавками.

Материалы и методы: Двадцать пять больных с диагнозом аногенитальные бородавки (23 женщины и 2 мужчин, средний возраст 28,5 лет) по дизайну клинических испытаний получали препарат панавир 0,004%–5ml внутривенно струйно № 5 (первые три инъекции вводились с интервалом 48 часов, две последующие инъекции с интервалом — 72 часа). Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом и гинекологом (урологом), проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 1,3 и 6 месяцев. Оценивались: переносимость препарата, результат после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись субфебрильной температурой, явлениями тошноты и головной болью. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через 1 месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезла клиническая картина аногенитальных бородавок. У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений тоже получен положительный результат.

При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы: Панавир является эффективным препаратом для лечения больных аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений и отрицательная ПЦР на ВПЧ в 92% случаев. В подавляющем большинстве (92%) панавир хорошо переносится больными. Следует также отметить положительный иммуномодулирующий эффект препарата панавир.

Клинико–анамнестическая характеристика больных ранним манифестным сифилисом, занимавшихся самолечением

Ибрагимова Р.З., Мавлютова Г.И.

ГМУ РКВД МЗ РТ, ГОУ ДПО «КГМА Росздрава»

Цель: Установить причины и оценить последствия самостоятельного лечения у больных сифилисом.

Материалы и методы: 589 больных сифилисом, скрининговые и диагностические тесты для выявления сифилиса и других ИППП, математическая и статистическая обработка.

Результаты: 118 (20,0%) из 589 пациентов, заметив проявления сифилиса, пытались лечиться самостоятельно. Из этого числа при обращении к специалисту сифилис первичный диагностирован в 16,1%, вторичный свежий — в 17,8%, вторичный рецидивный — в 33, 9%, скрытый ранний — в 32,2% случаев. Причем ретроспективно первичная стадия определялась в 74,3%, вторичная — в 25,7% случаев. Более половины (56,3%) больных составили мужчины, а также лица в возрасте 15–30 лет (56,3%). Часть пациентов (48,3%) расценили симптомы как банальное воспаление, другие (52,7%) — подозревали у себя сифилис или какую-либо другую «венерическую» болезнь. В 48,8% случаев пациенты проводили местное лечение, в 28,8% — принимали антибиотики, в 22,5% — комбинированную терапию. Самостоятельное лечение привело к пролонгации диагностического маршрута до 14 дней в 31,7%, до 1 месяца — в 32,1%, до 2–6 месяцев — в 36,2% случаев. Установлены некоторые достоверные клинико–серологические особенности течения заболевания (в сравнении с пациентами, не получавшими лечение). У больных, находившихся в первичной стадии инфекционного процесса, чаще определялись гигантские и осложненные твердые шанкры ($p < 0,05$), наличие базального инфильтрата ($p < 0,05$), а также наблюдалось снижение позитивности МРП и РСК с кардиолипновым антигеном ($p < 0,01$). Во вторичном периоде, который чаще сопровождался сочетанием розеолезной и папулезной сыпи ($p < 0,01$) и мелкими розеолезными элементами ($p < 0,05$), результативность серологических тестов не изменялась.

Выводы: Пациенты мужского пола и молодого возраста наиболее часто пытаются вылечить от сифилиса самостоятельно. Причинами самолечения являются низкий уровень санитарных знаний и неответственное отношение к своему здоровью. У больных данной статистической группы наличие инфекции определяется со значительным опозданием. Изменения клинико–серологической картины наблюдаются только в первичном периоде инфекции. Отсутствие значимых достоверных различий во вторичной стадии свидетельствует о том, что неадекватная терапия приостанавливает иммунный ответ, но не прекращает его.

Анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за период 1997–2007 гг.

Китаева Н.В., Мелехина Л.Е.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Цель: Провести сравнительный анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за период 1997–2007 гг.

Материал и методы: Анализ данных форм государственной статистической отчетности по инфекциям, передаваемым половым путем, за 1997–2007 годы.

Результат: Показатель заболеваемости сифилисом в 2007 году составил 63,1 на 100.000 населения, что в 4,5 раза ниже аналогичного показателя 1997 года, когда был отмечен наибольший пик заболеваемости (277,3 на 100 000 населения). Однако интенсивность снижения заболеваемости в последние годы (2005–2007) сократилась более чем в 4 раза. Если в 1998–2005 гг. темп снижения заболеваемости сифилисом составлял в среднем 15–20% в год, то в 2006–2007 гг. он сократился до 5,2–3,2%.

В то же время происходит увеличение удельного веса раннего скрытого и поздних форм сифилиса. Так, если в 1997 году удельный вес раннего скрытого сифилиса составлял 24,7% от всех форм, а позднего — 0,13%; то в 2007 году — соответственно 49,7% и 5,6%. Также продолжается рост позднего нейросифилиса: в 2007 году было зарегистрировано 460 случаев, что в 15 раз превышает показатель 1997 года (31 случай).

Неблагоприятные тенденции наблюдаются и в отношении детского сифилиса (от 0 до 14 лет). В 2007 году заболеваемость детским сифилисом составляла 4,2 на 100 000 детского населения, что почти в 3 раза ниже, чем в 1998 году, когда был зарегистрирован пик заболеваемости (11,5 на 100 000 детского населения). Анализ заболеваемости сифилисом детей показал, что интенсивность снижения детского сифилиса в целом зависит от числа случаев врожденного сифилиса. Уровень заболеваемости детским сифилисом без учета врожденного дает стойкое снижение заболеваемости в среднем на 22% в год. Наибольшее число случаев врожденного сифилиса в Российской Федерации было зарегистрировано в 1998 году (837 случаев; 4,5 на 100 000 детского населения). В дальнейшем, до 2005 года происходит снижение заболеваемости врожденным сифилисом. Однако интенсивный показатель в 2005–2006 годах остановился на уровне 1,5 на 100 000 детского населения (325 и 321 случай соответственно). А в 2007 году интенсивный показатель заболеваемости врожденным сифилисом вновь увеличился до 1,6 на 100 000 детского населения (325 случаев).

Вывод: Эпидемиологическая ситуация заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за последнее десятилетие значительно улучшилась. Наряду с этим отмечаются и негативные тенденции, такие как: сокращение интенсивности снижения заболеваемости сифилисом, рост скрытых и поздних форм сифилиса, стабильно высокие показатели заболеваемости врожденным сифилисом за 2005–2007 годы.

К вопросу лечения больных ранним скрытым сифилисом в амбулаторных условиях.

Коган. А.И., Носоченко Г.Ф., Богачева М.А.

Московский кожно–венерологический диспансер № 28.

В последние годы ранний скрытый сифилис продолжает лидировать в общей картине сифилитической заболеваемости. В нашем КВД в 2007 г. было зарегистрировано 335 случаев сифилиса, из них раннего скрытого — 213, что составляет — 64%. Следовательно, вопросы лечения данной формы сифилиса на амбулаторном приеме для практического врача приобретают весьма актуальное значение. Мы проанализировали 300 историй болезни пациентов ранним скрытым сифилисом, состоявших на учете в разные годы, когда амбулаторное лечение проводилось в основном дюранными препаратами пенициллина (где-то давностью до 5 лет). При этом среди них была выявлена различной выраженности серорезистентность в 28% случаев. Поэтому в настоящее время лечение скрытых форм сифилиса препаратами пенициллина продленного действия мы считаем нецелесообразным и нежелательным. 2–2,5 года назад мы начали лечить этих больных прокаин–пенициллином. В последние 2 года с этой целью мы используем амбулаторно цефалоспориновый антибиотик III поколения — цефтриаксон (роцефин).

Латентные формы сифилиса серологически нередко выявляются впервые в жизни у лиц старше 45 лет, у находящихся в браке, при обследовании в соматических стационарах, что всегда является для больных серьезным потрясением. Это обязывает врача на амбулаторном приеме тщательно разобраться с каждым больным, учитывая все особенности личности заболевшего, данные анамнеза, результаты обследования половых контактов, динамики в серологии. При этом всегда возможно варьировать в выборе необходимой дозы лечебного препарата. Так, в случаях скрытого сифилиса, когда сроки заболевания установить практически не представляется возможным, разовую дозу антибиотика предпочтительно увеличить. У лиц в возрасте свыше 35 лет перед лечением необходимо уточнить наличие сопутствующих заболеваний, желательно проконсультировать больного у невропатолога и окулиста (глазное дно). Под нашим наблюдением находилось в течение последних двух лет — 50 больных ранним скрытым сифилисом, в возрасте от 20 до 55 лет. Из них старше 35 лет — 18 человек. Все больные получали амбулаторно цефтриаксон (роцефин) в дозе 0,75–1,0 ежедневно, в течение 10 дней. Начиная с середины курса антибиотикотерапии, к лечению подключали дополнительно препарат активирующий иммунные силы организма — иммуномакс, который вводился внутримышечно по 200 ЕД через день, 6 раз. При необходимости ряду больных назначалась по показаниям неспецифическая терапия сопутствующей патологии. Все больные лечение переносили хорошо. Никаких осложнений в ходе лечения выявлено не было. КСК после лечения больные проходили регулярно. Жалоб не было. Сроки серологической негативации у всех больных были в пределах допустимого. Такое комбинированное одновременное лечение больных ранним скрытым сифилисом с применением цефтриаксона и иммуномакса на амбулаторном приеме мы считаем наиболее рациональным и весьма эффективным.

Анализ заболеваемости сифилисом подростков в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах

Кузнецова Ю.Н., Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Михайлова О.О.

ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: Изучить основные эпидемиологические тенденции заболеваемости сифилисом подростков 15–17 лет в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (ФО).

Материалы и методы: Изучение данных государственных статистических отчетных форм № 9 и № 34, анкет, разработанных для заполнения руководителями областных и районных КВУ.

Результаты работы: Заболеваемость подростков 15–17 лет имеет тенденцию к снижению в 2006 г. по сравнению с 2005 г. в Уральском, Сибирском и Дальневосточном ФО (с 67,4 до 52,3, с 105,6 до 95,4 и с 107,4 до 93,6 случаев на 100 тыс. населения соответственно). В Уральском ФО отмечается снижение показателей заболеваемости сифилисом подростков 15–17 лет в ряде территорий: в Ханты–Мансийском и Ямало–Ненецком АО, Свердловской области (на 39,7%, 50,7% и 47,3% соответственно). В Тюменской, Челябинской и Курганской областях выявлено увеличение показателей заболеваемости на 100 тыс. населения на 11,7%, 1,6% и 4,4% соответственно. Необходимо отметить, что в возрастной группе 15–17 лет в Уральском федеральном округе заболеваемость ниже заболеваемости всего населения в 1,2–3,9 раза. В большинстве регионов Уральского ФО (Тюменская область, Ханты–Мансийский АО, Ямало–Ненецкий АО, Челябинская область, Свердловская область, Курганская область) удельный вес заболевших сифилисом подростков 15–17 лет среди различных возрастных групп имеет тенденцию к динамичному снижению. В отличие от показателей по Уральскому ФО в Сибирском ФО отмечено увеличение заболеваемости подростков 15–17 лет в 2007 г. по сравнению с предыдущими: на 91,9 % по сравнению с 2005 г. в Томской области; на 22,3% по сравнению с 2006 г. в Иркутской области; на 23,4% относительно 2006 г. в Республике Тыва; на 33,1% относительно 2005 г. в Новосибирской области; на 16,7% по сравнению с 2006 г. в Читинской области. Снижение заболеваемости сифилисом подростков в Сибирском ФО зарегистрировано лишь в Алтайском крае и Омской области. Заболеваемость подростков различных территорий Сибирского ФО превышает общую заболеваемость в Республике Тыва в 1,6 раза в 2005 г., в 1,1 раза в 2006 г. и в 1,2 раза в 2007 г., сохраняется на одном уровне — в Томской и Читинской областях и снизилась в Красноярском крае (в 1,5 раза), в Алтайском крае и Омской области (в 1,2 раза). Сравнивая уровень заболеваемости подростков с общей заболеваемостью в Дальневосточном ФО, было выявлено, что в Хабаровском крае и Амурской области он ниже, а в Сахалинской области превышает общую заболеваемость. Удельный вес подростков 15–17 лет снизился практически во всех территориях Дальневосточного ФО.

Выводы: Несмотря на динамичное снижение заболеваемости сифилисом, эпидемическая ситуация в различных регионах Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО остается достаточно напряженной, характеризуется неустойчивым положением и отсутствием единых тенденций развития.

Анализ диагностических ошибок, допущенных в отношении больных ранним манифестным сифилисом

Мавлютова Г.И.

Казанская государственная медицинская академия

Цель: Установить причины и оценить последствия диагностических ошибок, допущенных в отношении больных ранним манифестным сифилисом.

Материалы и методы: 387 больных с проявлениями раннего манифестного сифилиса, скрининговые и диагностические тесты для выявления сифилиса и других ИППП, математическая и статистическая обработка.

Результаты: В отношении 39 (10,8%) из 387 больных было допущено 47 диагностических ошибок, в том числе: 12 (25,53%) — дерматовенерологами, 9 (19,15%) — акушерами–гинекологами, по 8 (17,02%) — хирургами и терапевтами, 3 (6,38%) — отоларингологами, 2 (4,26%) — урологами, по 1 (2,13%) — онкологом, фтизиатром, педиатром, проктологом, офтальмологом. Основной (56,4%) причиной явилась неправильная трактовка симптомов заболевания. Дерматовенерологи и врачи других специальностей предположили наличие сифилиса у пациента по клинической картине (до получения результатов серологического тестирования) только в 80,4% и 6,1% случаев соответственно. К диагностическим ошибкам приводили также небрежный первичный осмотр (25,6%), отсутствие экспресс–диагностики (17,0%), ложноотрицательные результаты МРП (30,8%), причем у 1/3 (27,8%) больных определялось сочетание нескольких причин. В числе пациентов, в отношении которых были допущены ошибки диагностики, достоверно чаще определялись больные с экстрагенитальными твердыми шанкрами ($36,8 \pm 10,4\%$, $p < 0,05$), сопутствующими дерматозами ($22,6 \pm 7,7\%$, $p < 0,05$) и сочетанными ИППП ($17,9 \pm 4,0\%$, $p < 0,05$). До верификации диагноза 24 (61,5%) пациента получили различные виды медикаментозной терапии, из этого же числа 2 (8,3%) — подверглись хирургическому (иссечение

крайней плоти и лапароскопия) вмешательству, 1 (4,2%) — 4 сеансам рентгенооблучения. В результате неадекватного местного лечения в 12,5% случаев сифилиды осложнились контактным дерматитом. Диагностический маршрут удлинялся от 3 дней до 6 месяцев.

Выводы: Специалисты различного профиля недостаточно информированы о клинических проявлениях сифилиса и продолжают сохранять стереотип мышления, связывающий доказательство заболевания с положительными результатами серологического обследования. Наличие сопутствующих дерматозов, ИППП и экстрагенитальная локализация сифилидов затрудняют верификацию диагноза. Ошибки диагностики влекут за собой пролонгацию диагностического маршрута, назначение неадекватной, порой агрессивной терапии и отягощение клинического течения сифилитической инфекции.

Заболеемость сифилисом среди беременных в Амурской области

Меркулова С.А., Платонов А.В.

ОГУЗ «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», г. Благовещенск

Актуальность: Неблагополучная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сифилисом среди женщин репродуктивного возраста отражается на показателях заболеваемости врожденным сифилисом. В связи с этим в Амурской области, как и в целом по России, проблема заболеваемости сифилисом беременных и поиск путей улучшения эпидемиологической ситуации среди данной категории являются актуальными для здравоохранения.

Цель исследования: Изучить возрастную, социальную характеристику и своевременность выявления сифилиса среди женщин в Амурской области.

Материал: Проведен анализ заболеваемости сифилисом среди беременных в Амурской области за период 2005–2007 гг.

Результаты: За последние три года взято на учет 326 беременных, больных сифилисом, что составило 1,0% от числа общего числа женщин, взятых по области под наблюдение в связи с беременностью, или 15,2% от числа женщин, больных сифилисом, взятых на учет за данный период.

Из нозологических форм у данной категории больных наиболее чаще регистрировался ранний сифилис скрытый (у 46,3%), далее по убывающей скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний (у 24,1%), вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (у 18,5%), поздний сифилис скрытый (у 8,3%) и первичный сифилис (у 2,8%).

По возрасту женщины распределились следующим образом: от 15 до 17 лет — 0,9%, от 18 до 19 лет — 13,0%, от 20 до 29 лет — 65,7%, от 30 до 39 лет — 20,4%. Основную часть беременных, больных сифилисом, составили неработающие женщины (64,8%), далее по убывающей работники торговли (9,3%), бытового обслуживания (5,6%), социальные работники (3,7%), работники здравоохранения и промышленности (по 2,8%), транспорта, учащиеся школ, работники общественного питания и детских дошкольных учреждений (по 1,8%). Из общего числа беременных, больных сифилисом, у 25,6% сифилис был установлен на сроке беременности более 28 недель, у 8,5% — во время родов.

Беременность закончилась родами у 63,2% женщин, искусственным прерыванием беременности — у 13,7%, самопроизвольным абортом — у 1,7%, остальные продолжали вынашивать. Из общего числа родивших у каждой пятой (20,6%) диагноз был установлен на сроке беременности более 28 недель и нередко в родах. В связи с поздним обращением к гинекологу по поводу беременности эта категория женщин не успела получить в полном объеме специфического и профилактического лечения. Следует отметить, что сифилис у женщин чаще выявлялся в женской консультации при обращении в связи с беременностью (у 63,9%), в кожно-венерологических учреждениях — у 4,1%, в других ЛПУ (в том числе в роддоме) — у 31,9%. Из числа родивших женщин, больных сифилисом, у 4,1% диагноз был установлен до беременности, у 85,6% — во время беременности, у 10,3% — в родах.

Таким образом, за период 2005–2007 гг. в 57,7% сифилис у беременных выявлялся акушерами-гинекологами в женских консультациях при явке в связи с беременностью; в 7,6% — дерматовенерологами (при самостоятельном обращении либо обследовании по поводу контакта с больными); в 34,6% — специалистами других лечебно-профилактических учреждений (включая роддом), особенно при скрининговом исследовании на сифилис в стационарах и различных видах медицинских осмотров. Создавшаяся ситуация по заболеваемости сифилисом в области свидетельствует о необходимости принятия медицинских и социальных мер по снижению заболеваемости сифилисом среди беременных.

Результаты клоттинговых тестов у больных ранними формами сифилиса на фоне специфической терапии

Новиков Ю.А., Новиков А.И., Репина Т.В., Притыкина Т.В., Петрова Ю.А.

Омская государственная медицинская академия;

Центральная научно-исследовательская лаборатория ОмГМА;

ГУЗОО ККВД, г. Омск

Цель исследования — на основании современных клоттинговых тестов изучить состояние коагуляционного гемостаза до и после специфического лечения у больных ранними формами сифилиса.

Применяемые методы и технологии: С помощью трех базисных коагуляционных тестов (тромбинового времени, протромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени — АЧТВ) можно получить информацию о состоянии всех основных звеньев процесса свертывания крови. В венерологическом отделении ГУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» проведено обследование 28 больных скрытым ранним сифилисом (I группа), 27 больных вторичным сифилисом (II группа) до и после лечения. Исследования выполнялись в клиническом отделе Центральной научно-исследовательской лаборатории Омской медицинской государственной академии (ЦИНЛ ОмГМА). В сыворотке крови пациентов всех групп определяли показатели гемостаза с помощью реактивов фирм HUMAN (Германия) и TRINITY BIOTECH на селективном коагулометре-автомате AMAX DESTINY plus (Ирландия). В качестве контрольной группы выступали 10 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группой больных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows 6.0.

Результаты: До специфического лечения в I группе тромбиновое время составило 12,1 с (в группе контроля — 11,36 с), протромбиновое время (протромбиновый тест по Квику) — 79 с (в группе контроля — 117 с), АЧТВ — 35 с (в группе контроля — 25,18 с); во II группе — 12,6 с; 83,6 с и 40,4 с соответственно. По окончании терапии были получены следующие

результаты: в I группе тромбиновое время составило 11,6 с, протромбиновое время — 63,45 с, АЧТВ — 37,95 с; во II группе — 13,1 с; 83,6 с и 35,9 с соответственно.

Вывод: Возникающее при специфическом сифилитическом васкулите повреждение эндотелиальных клеток с обнажением тромбогенных субэндотелиальных структур находит свое отражение в результатах коагуляционных тестов, причем выявляемый дисбаланс не всегда корректируется под влиянием специфической терапии.

Клинико–эпидемиологические особенности врожденного сифилиса у новорожденных

Поздняков А.Л., Ромашова В.В., Тулинова И.А., Иванова С.Н., Журавец Э.А.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ГУЗ ВОКВД, ГУЗ ВОДКБ № 2, г. Воронеж

Цель работы: Анализ случаев раннего врожденного сифилиса (РВС), подтвержденных лабораторно, а также эпидемиологических случаев.

Под нашим наблюдением находилось 162 ребенка, поступивших на обследование и лечение в ГУЗ ОДКБ № 2 за 2004–2007 годы. Дети с РВС — 13 человек, серологическое подтверждение — выявление Ig M методом ИФА. Характерна малая масса при рождении (от 900 до 2400 граммов). Манифестные формы — у 9. При осмотре и в процессе клинического обследования выявлено по 2–3 симптома РВС: остеохондриты II–III ст. в 7 случаях, сифилитическая пузырчатка — в 3 случаях, папулезная инфильтрация Гохзингера — 1, хориоретинит — 1. Летальных исходов — 3. При вскрытии — изменения в печени у 3 детей («кремниевая печень»), поражение легких по типу «белой пневмонии» — у 2, изменения тимуса — у 3: уменьшение массы на 80–85%. У матерей, родивших больных сифилисом детей, сифилис скрытый ранний имел место в 62% случаев. Отсутствие регистрации женщин по месту родов и позднее обращение в женские консультации (позже 28 недель) — в 92,3% случаев. «Отказные» дети по этой группе составили 23%. Дети второй группы (149 человек) поступили для обследования на врожденный сифилис ввиду положительных серореакций (по RW и ИФА) при исследовании крови из пуповины в родильных домах. Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) у всех пациентов этой группы, у 60% зарегистрированы остеохондриты I степени, анемия, гипербилирубинемия. На УЗИ-диагностике установлены признаки незрелости головного мозга, кровоизлияния в сосудистые сплетения, ликвородинамические нарушения. Исследование Ig M ИФА (–) отр. результат. У матерей этих детей — сифилис в анамнезе, давностью от 1 года до 5 лет. Отсутствие дородового наблюдения, позднее обращение в женские консультации (позже 28 недель) в этой группе составили 90%, «отказные» дети составили 20,2%. Полученные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости сифилисом среди беременных женщин. Среди детей с РВС преобладают манифестные формы (69,2%). Меры профилактики врожденного сифилиса (ранняя диагностика, адекватное лечение) затруднены из-за отсутствия дородового наблюдения или позднего обращения в женские консультации. Риск внутриутробного заражения сифилисом детей у таких матерей высок. Обращает внимание социальный статус матерей: каждая пятая женщина отказалась от ребенка.

Изменение содержания цитокинов у больных нейросифилисом в процессе специфической терапии

Пономарева М.В., Левчик Н.К., Сурганова В.И.

ФГУ УрНИИДВИИ, г. Екатеринбург

Цель: В связи с ограниченными возможностями серологических тестов для оперативной оценки результатов лечения после проведения специфической терапии остается актуальным поиск дополнительных объективных критериев, в качестве которых могут быть использованы иммунологические параметры. Исследование цитокинов, являющихся ключевыми для детерминации иммунного ответа в сторону клеточного (гамма-интерферон) или гуморального типа (интерлейкин–4), может стать источником необходимой информации.

Применяемые методы: Было изучено изменение уровня гамма-интерферона (INF γ) и интерлейкина–4 в сыворотке крови больных нейросифилисом в процессе специфической терапии методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест–систем ООО «Цитокины» (С.–Петербург). Обследовано 20 пациентов на разных этапах лечения. Диагноз «нейросифилис» был подтвержден данными исследования спинномозговой жидкости.

Результаты работы: У всех обследованных пациентов содержание интерлейкина–4 в крови до начала терапии было ниже пределов чувствительности метода (регистрировались нулевые значения) и изменений его уровня в процессе лечения также не наблюдалось. Тогда как у 66,7% пациентов до начала терапии определялись значимые количества INF γ и наблюдалась устойчивая тенденция к снижению данного показателя под влиянием терапии. Так, до лечения средняя величина INF γ составляла $28,0 \pm 10,47$ пг/мл, к концу 1–го курса она снижалась до $14,73 \pm 10,16$ пг/мл, перед 2–м курсом — до $10,33 \pm 8,33$ пг/мл, и к концу 2–го курса лечения наблюдали статистически достоверное снижение (в сравнении с исходным уровнем) до $4,66 \pm 2,73$ пг/мл ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют предположить доминирование клеточного иммунного ответа при нейросифилисе и возможность использования данного параметра для мониторинга эрадикации *Treponema pallidum* в процессе специфической терапии.

Оптимизация специфической терапии больных с поздним нейросифилисом

Родиков М.В., Прохоренков В.И.

КрасГМА, г. Красноярск

Цель: Оптимизация рекомендуемых стандартных методик терапии позднего нейросифилиса в связи с неблагоприятным прогнозом даже у пролеченных больных.

Применяемые методы и технологии: Группа экспериментальных животных (50 взрослых кроликов–самцов одной породы и возраста), группа пациентов (56 больных с поздним менингovasкулярным нейросифилисом, прогрессирующим параличом, спинной сухоткой). Все пациенты, на момент исследования, получали специфическую терапию: в/в введение натриевой соли бензилпенициллина кристаллической (БНСК) 12 млн ЕД 2 раза в сутки в течение 14 дней. Животным вводили струйно в ушную вену БНСК в дозе 500 тыс. ЕД. Определение концентрации БНСК в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) пациентов и животных осуществлялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Группе экспериментальных

животных вводили БНСК через 30 минут после предварительного в/в введения маннитола (55 мл 15% раствора маннита), после чего повторно исследовалась концентрация антибиотика в ЦСЖ. Сравнивалась концентрация БНСК в ЦСЖ до и после введения маннитола.

Результаты работы: У пациентов группы позднего нейросифилиса и у кроликов в ЦСЖ обнаруживались только следы БНСК (соответственно $0,0032 \pm 0,0013$ мкг/мл и $0,0012 \pm 0,001$ мкг/мл, $p < 0,05$), что предполагает низкую эффективность специфической терапии при отсутствии воспаления мозговых оболочек. Маннитол повышает осмолярность плазмы, вызывая перемещение жидкости из тканей (в частности, глазного яблока, головного мозга) в сосудистое русло, тем самым вызывая временный «прорыв» гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). У большей части кроликов (90%) на фоне временного открытия ГЭБ происходит увеличение проницаемости и повышение концентрации БНСК в субарахноидальном пространстве ($0,020 \pm 0,0012$ мкг/мл, $p < 0,05$).

Вывод: Трепонецидный уровень пенициллина в ЦСЖ можно достичь в условиях временного осмотического «прорыва» ГЭБ. Методика комбинированного воздействия осмодиуретика и антибиотика позволяет добиться уверенной санации центральной нервной системы. Результаты эксперимента по повышению проницаемости ГЭБ у животных в условиях его временного «прорыва» можно экстраполировать на пациентов, для чего требуется проведение дальнейших исследований по применению данного метода на больных с целью улучшения прогноза при поздних формах нейросифилиса, ранее считавшихся прогностически неблагоприятными.

Терапия больных нейросифилисом: проблемы и пути их решения

Сурганова В.И.

Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург

Цель исследования — изучить переносимость специфической терапии у 144 больных нейросифилисом, получивших лечение на базе областной психиатрической больницы и в стационаре Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии.

Результаты: Распределение больных нейросифилисом по симптомокомплексам было следующим: скрытый латентный менингит — 61 (42,4%), острый базальный менингит — 3 (2,1%), мениггоскулярный нейросифилис — 48 (33,3%), спинная сухотка — 4 (2,8%), прогрессивный паралич — 28 (19,4%). Специфическая терапия проводилась путем введения натриевой соли бензилпенициллина по 10 млн ЕД 2 раза в сутки в/в капельно на 400,0 физиологического раствора в течение 1,5–2 часов в течение 14 дней, с проведением второго курса в том же объеме, после 2-недельного перерыва. Одной из самых основных проблем при лечении нейросифилиса оказалось отсутствие поверхностно расположенных вен, что затрудняло внутривенное введение бензилпенициллина. Таких пациентов оказалось всего 5 (3,5%). У 70% больных нейросифилисом на фоне начала специфической терапии наблюдалась реакция обострения, которая проявлялась в виде повышения интенсивности болей в нижних конечностях, головной боли, повышения АД до высоких цифр, ухудшения психического статуса, развития острого психоза, непроизвольного мочеиспускания. Все эти симптомы сохранялись в течение 2–3 дней. На фоне продолжающейся специфической терапии улучшался психический статус: исчезала нервозность, галлюцинации, улучшалось поведение. Выявлено, что у 13,4% по окончании 1 курса специфической терапии наступило ухудшение неврологического статуса в виде гемипарезов и параличей, что может быть связано с нецелесообразностью совместного назначения с интенсивной сосудистой терапией. Вместе с тем анализ состояния больных после проведенной специфической терапии показал, что у пациентов, получавших специфическую терапию как монотерапию, регресс патологических симптомов со стороны психики происходит в ранние сроки, иногда на фоне специфической терапии или сразу после проведения антибиотикотерапии.

Вывод: Анализируя выше изложенное, считаем целесообразным этапное назначение специфической и симптоматической терапии, где первым этапом проводится специфическая терапия, по окончании которой подключаются препараты для реабилитации нервной системы и коры головного мозга (по рекомендации невропатолога, психиатра, если в этом есть необходимость).

Основные эпидемиологические тенденции заболеваемости сифилисом в Уральском федеральном округе

Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Нехамкин П.Б., Стрельников А.П., Ярушина Р.М., Торбин О.Н., Кудяшев П.Ю.

г. Екатеринбург, г. Тюмень, г. Челябинск, г. Ханты-Мансийск, г. Курган

ФГУ УрНИИДВИ, Свердловский, Тюменский, Челябинский, Ханты-Мансийский, Курганский ОКВД

Цель: Изучение современных тенденций эпидемиологической ситуации по сифилису, разработка мер по организации эффективной противоэпидемической работы.

Методы исследования: Эпидемиологический, медико-статистический.

Результаты: В 2007 году в УрФО было зарегистрировано 7195 новых случаев сифилиса, показатель на 100 тыс. населения — 58,8 (по РФ — 63,1; Сибирскому ФО — 98,6; Дальневосточному — 98,4). Среди субъектов Федерации УрФО диапазон показателей варьировал от 46,3–52,5 в Тюменской и Курганской областях до 64,1–65,8 в Свердловской и Челябинской. В 2007 г. удельный вес детей (0–17 лет) от всех зарегистрированных больных сифилисом находился в диапазоне от 2,9% в Тюменской области до 7,3% в Курганской.

Наиболее высокий уровень заболеваемости подростков (15–17 лет) в 2007 г. зарегистрирован в Курганской области (69,2 на 100 тыс. населения), он превысил уровень общей заболеваемости на 31,8%. При этом отмечен самый низкий показатель темпа снижения заболеваемости относительно 2003 г. (–3,5%). Аналогичный показатель по УрФО составил 50,9%, по РФ — 42%. Максимальное снижение заболеваемости подростков произошло в Свердловской области (–63,5%). В 2007 году отмечен рост заболеваемости сифилисом подростковой популяции Тюменской области (+10,6%) на фоне наиболее низких показателей их заболеваемости по УрФО (25,0 на 100 тыс. населения) и Челябинской области (+4,4%). В целом, начиная с 2005 г., темпы снижения заболеваемости подростков в УрФО превышали аналогичные показатели по РФ (11,2 — 17,0 — 8,5% в год) и находились на уровне 14,0 — 22,4 — 14,5%.

Снижение заболеваемости сифилисом детей от 0 до 14 лет начиная с 2003 г. в целом зарегистрировано во всех субъектах федерации УрФО. В целом по округу показатель снизился на 44,4% (по РФ — на 31,1%). Минимальное снижение отмечено в Курганской области (–5,1%). Сравнительный эпидемиологический анализ показателей заболеваемости врожденным сифилисом в субъектах федерации УрФО свидетельствует о наметившихся благоприятных тенденциях: начиная с 2006 г. в Тюменской области

(в т. ч. Ханты–Мансийском и Ямало–Ненецком АО) случаев врожденного сифилиса не зарегистрировано, а в Свердловской и Курганской областях с 2005 года она стабильно снижается.

Выводы: Отрицательная динамика темпов снижения заболеваемости сифилисом, наметившаяся в некоторых территориях тенденция к росту, в том числе среди подростковой популяции, диктуют необходимость разработки оперативных мер профилактики и контроля за заболеваемостью.

Сифилис в Забайкальском крае, вопросы эпидемиологии и клинического течения

Тереженко В.Н., Баранова Ю.В., Рябкова М.В., Раутина Ц.Д.
ГОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ «ОКВД», г. Чита

Цель исследования: Выявить сведения, позволяющие грамотно и эффективно планировать и проводить мероприятия по снижению заболеваемости сифилисом в регионе.

Методы исследования: Статистический и клинический анализ заболеваемости сифилисом с учетом возраста, половых характеристик и места проживания (город–село).

Результаты работы: С 2003 по 2008 г. общая заболеваемость сифилисом в Читинской области не имела существенных колебаний (ин. пок. на 100 000 населения в 2003 г. составил 143,0; 2004 — 136,6; 2005 — 134,4; 2006 — 134,5; 2007 — 139,3).

Сохранялся высокий уровень заболеваемости заразными формами сифилиса (скрытым ранним и вторичным сифилисом). Удельный вес этих форм в общей структуре приобретенного сифилиса в 2005 г. составил 83,2%; 2006 — 85,9%; 2007 — 82,7%. Это свидетельствует о напряженности эпидемиологической ситуации и требует активизации форм работы на выявление сифилиса в инкубационном и первичном периоде.

В 2007 г. в структуре заболеваемости сифилисом по полу женщины составили 57,1%, мужчины — 42,9%. Самая высокая заболеваемость отмечалась в возрастной группе 20–29 лет. В 2007 году происходил прирост заболеваемости сифилисом в возрастной группе 18–19 лет (на 9,8%) и 15–17 лет (на 7,6%) в сравнении с 2006 годом.

В период 2003–2008 гг. на территории Забайкальского края зарегистрировано 7936 больных сифилисом, из них неработающие составили 64,8%, работники транспорта — 3,9% (из них водители — 1,5%), учащиеся школ — 1,9%, ПТУ — 1,9%, вузов — 1,4%, работники торговли и общественного питания — 1,6%, работники здравоохранения и социального обеспечения — 1,0%, преподаватели школ — 0,5%; преподаватели вузов, техникумов, ПТУ — 0,2, работники детских дошкольных учреждений — 0,4%; прочие — 22,4%.

В структуре сифилиса у детей доля приобретенных форм составила 82,1% (за 2007 г.), из них бытовой путь заражения — 46,4%, половой — 35,7%. В 46,4% случаев имел место сифилис скрытый, в 35,7% случаев — сифилис вторичный. В 69% случаев приобретенный сифилис был у девушек.

Основными причинами инфицирования детей бытовым путем остается низкий уровень санитарной грамотности родителей, отягощенные социально–экономические условия.

Интенсивный показатель заболеваемости врожденным сифилисом в 2007 г. составил 2,3 на 100 000 населения, РФ в 2006 г. — 1,5. Произошел незначительный рост заболеваемости врожденным сифилисом. В 89,6% случаев был выставлен диагноз скрытый врожденный сифилис. Женщины, родившие детей с врожденным сифилисом, имели в анамнезе сифилис скрытый ранний (67,3%) и сифилис вторичный (23,7%).

Выводы: Полученные сведения позволят разработать эффективные организационные и методические мероприятия по контролю эпидемиологической ситуации с заболеваемостью сифилисом в Забайкальском крае.

3.2. Урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем

Применение трансректального ультразвукового исследования в диагностике хронического простатита

Аляветдинов Р.А., Васильченко А.С., Кузьмин О.Ю.
ГУЗ СОКВД, г. Самара

Цель: Улучшение качества диагностического обследования пациентов с хроническим простатитом, вызванным микоплазменной инфекцией.

Применяемые методы и технологии: Мы использовали трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) как инструментальный метод диагностики хронического простатита, обладающее по сравнению с традиционными методами рядом преимуществ: безопасность, безвредность, быстрое получение результатов исследования.

ТРУЗИ проводилось на аппарате ALOKA SSD–1100 (Япония) с использованием ректального конвексного датчика 5 МГц. Обследовано 114 больных с диагнозом хронический простатит. Возраст больных колебался от 25 до 45 лет (средний возраст 35 лет).

Результаты работы: Длительность заболевания от 6 мес. до 1 года зарегистрирована у 9 пациентов, от 1 года до 3 лет — у 40, от 3 лет до 5 лет — у 45, от 5 до 10 лет — у 20 пациентов. Патологические изменения в предстательной железе на сканнограммах оценивали по степени экзогенности. Гипоэкзогенные изменения (воспалительная инфильтрация) были выявлены у 9 больных (7,9% больных), анэхогенные изменения (микроабсцессы) различной формы у 7 больных (6,1%), гиперэхогенные включения (рубцово–дистрофические изменения и кальцинаты) различной интенсивности у 91 больного (79,8%). По локализации зон структурных изменений предстательной железы выявлено, что в исследуемой группе чаще наблюдаются поражения: в центральной зоне у 47 больных (41,2%); в периуретральной зоне у 25 больных (21,9%); диффузные поражения у 18 больных (15,7%); смешанные поражения у 20 (17,5%) больных.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте патологии предстательной железы у пациентов, перенесших микоплазменную инфекцию. Таким образом, ТРУЗИ можно считать дополнительным, высокоинформативным методом диагностики хронического простатита.

Результаты анализа мониторинга по вопросам сексуального образования среди подростков

Амозова И.В.

Областной Центр специализированных видов медицинской помощи, г. Мурманск

Цель: Совершенствование системы знаний в сфере профилактики ИППП среди социально уязвимых групп населения — детей и подростков, с целью предотвращения распространения заболеваний, передаваемых половым путем, повышения уровня самосознания и понимания необходимости ведения здорового образа жизни.

Применяемые методы и технологии: В течение 2004–2007 гг. на базе Мурманского Центра медико-социальной помощи детям и подросткам с ИППП «Доверие» проводится мониторинг информированности молодежи и подростков, живущих половой жизнью. В 2007 году в опросе приняли участие 833 подростка, из них юноши составили 54%, девушки — 46%.

Результаты работы: Каждый четвертый из опрошенных отмечает, что информацию о сексе он получает из собственного опыта, 16% — из книг и журналов, 15% — на классных часах в школах, 9% — из телевизионных передач. Следует отметить, до настоящего времени одним из основных источников информации для подростков остаются друзья (18%), поэтому, за редким исключением, мероприятия по профилактике ИППП среди молодежи и подростков специалисты Центра проводят при активном участии сверстников — волонтеров школы информаторов «Равный обучает равного». Результаты мониторинга показывают, что 70% подростков имеют опыт половых отношений. Половой дебют, как правило, приходится на возраст 14–16 лет, имеют место связи не только с одним, но и с двумя, тремя и более половыми партнерами. Тревожным сигналом являются сексуальные отношения в 12–13 лет. Среди мотивов вступления в интимные отношения преобладают у 21% — любовь, у 19% — половое влечение, у 14% — любопытство. У 6% опрошенных половые контакты совершались в состоянии алкогольного опьянения. Из числа несовершеннолетних, живущих половой жизнью, средствами контрацепции пользуется только каждый третий респондент, 24% — используют их время от времени, 11% — не предохраняются никогда, 32% опрошенных подростков не информированы о том, что незащищенный секс может привести к заражению ИППП, СПИДом, а также к развитию нежелательной беременности. Одной из целей мониторинга является оценка критериев в динамике. Так, в 2007 году повысился средний возраст сексуального дебюта, который приходится на 16 лет (в 2006 — 15 лет) вне зависимости от половой принадлежности, в среднем на 12% увеличилась частота использования средств барьерной контрацепции, на 9% возрос уровень информированности по вопросам ИППП и соответственно снизился процент подростков, которые не смогли указать ни одной инфекции.

Выводы: Анализ информированности подростков показал, что работа Центра по первичной профилактике среди несовершеннолетних имеет положительные результаты и является важным инструментом в профилактической работе. Это подтверждает и тот факт, что более 50% подростков, прошедших обследование в 2007 году, обратились в Центр с профилактической целью и оказались здоровыми.

Хронический уrogenитальный трихомоноз у мужчин как микст-инфекция

Андрейчев В.В., Гриценко В.А.

ММУЗ Муниципальная городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова, г. Оренбург;

ГУ Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург

Цель работы: Оценить эффективность бактериоскопического и культурального методов лабораторной диагностики хронического уrogenитального трихомоноза у мужчин и провести анализ клинко-микробиологических особенностей течения данной патологии.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 50 мужчин репродуктивного возраста (18–45 лет) с хроническим трихомонозом, у которых при лабораторном исследовании в уrogenитальном тракте были выявлены *Trichomonas vaginalis*. Всем пациентам проведено комплексное клинко-микробиологическое обследование по принятым алгоритмам (Дмитриев Г.А., Сюч Н.И., 2005; Дмитриев Г.А., 2007), в том числе для обнаружения других возбудителей уrogenитальных инфекций: гонококков, хламидий, уреаплазм, микоплазм. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики (Лакин Г.Ф., 1990).

Результаты исследования: При микроскопии окрашенных по Граму мазков отделяемого уретры и эякулята от 50 больных трихомонады обнаружены в 42,0 ± 7,1% случаев: у 34,0 ± 6,8% мужчин *T. vaginalis* выявлялась только в уретре, у 4,0 ± 2,8% — только в эякуляте, а в 8,0 ± 3,9% случаев — как в уретре, так и в эякуляте. При культуральной диагностике *T. vaginalis* регистрировались у всех пациентов, в том числе: простейшие высевались из уретры и эякулята — у 56,0 ± 7,1%, только из уретры — у 26,0 ± 6,3% и только из эякулята — у 18,0 ± 5,5% мужчин. Таким образом, культуральный метод диагностики позволяет зафиксировать наличие *T. vaginalis* в отделяемом уретры в 1,9 раза, а в эякуляте — в 6,2 раза чаще, чем при световой микроскопии окрашенных мазков. Последнее особенно важно, в частности, для определения вовлеченности простато-везикулярного комплекса в патологический процесс и внесения необходимой коррекции в тактику лечения данного заболевания. Только у 22,0 ± 5,9% пациентов трихомоноз протекал как моноинфекция, у остальных регистрировалась би- или поликомпонентная микст-инфекция: хламидии выявлены у 64,0 ± 6,9% мужчин, уреаплазмы, микоплазмы и гонококки — в 16,0 ± 5,2; 6,0 ± 3,4 и 4,0 ± 2,8% случаев соответственно. Результаты корреляционного анализа свидетельствовали о взаимосвязи обнаружения трихомонад в эякуляте с рядом клинко-лабораторных признаков, в частности: с жалобами на жжение, зуд и боли в уретре, дизурическим синдромом, эректильной дисфункцией, уплотнением и болезненностью ткани предстательной железы, эозинофилией и др. ($r = 0,28–0,50$; $p < 0,05$); тогда как наличие микст-инфекции коррелировало лишь с дискомфортом в уретре ($r = 0,30$; $p < 0,05$).

Выводы: Хронический трихомоноз у мужчин протекает как маломанифестная микст-инфекция с частым вовлечением в патологический процесс простато-везикулярного биотопа.

Природа антигенемии при микоплазменных инфекциях

Балабанов Д.Н.

ЦМСЧ №165 ФМБА РФ, ГУ НИИЭМ имени Гамалеи

В лаборатории микоплазм и L-форм бактерий впервые было показано, что как клинически здоровые люди, так и пациенты, страдающие НГУ, являются носителями антигенов при отрицательных результатах ПЦР и культурального метода.

При моделировании микоплазменной инфекции на экспериментальных животных антиген возбудителя сохранялся в крови и органах очень долго, как правило, на протяжении всего срока наблюдения (в течение нескольких месяцев) в различной

форме: в виде корпускулярных антигенов на поверхности инфицированных клеток хозяина, в виде растворимых молекулярных соединений и в составе циркулирующих специфических иммунных комплексов.

При исследовании в иммуноблоте коллекции проб сывороток крови людей, имеющих в крови антигены *M. hominis* (Mh) и *U. urealyticum* (Uu) и не имеющих антител, отрицательных по ДНК и культуральному методу, был выявлен широкий спектр циркулирующих антигенов с молекулярной массой от 35 до 120 кДа.

Установлено, что ДНК и антигены Mh и Uu в сыворотке крови человека *in vitro* при 37 °С могут сохраняться длительное время.

Для этого в сыворотку крови человека, не имеющую ни антигенов микоплазм, ни антител к ним (предварительно проверив в РАГА и ИФА), вносили жизнеспособные клетки микоплазм и уреоплазм с известным титром. В других вариантах опыта вносили ДНК, выделенную из такого же количества бульонной культуры, и АГ с известным титром. Через определенные интервалы времени исследовали жизнеспособность внесенных клеток, сохранение их ДНК и антигенов. Установлено, что в этих условиях Mh выявляется на протяжении 7 суток в убывающем количестве, Uu в течение 24 часов. Их ДНК сохраняется очень долго: Uu — 1,5 месяца, Mh — 3 месяца. Антигены Mh 12–13 дней, Uu 3–4 дня. При внесении в сыворотку «чистой» ДНК и антигенов обнаружена та же закономерность: ДНК сохраняется на протяжении всего срока наблюдения, антигены — несколько дней.

В организме инфицированных животных внутриклеточная и внеклеточная ДНК может сохраняться минимум 2 месяца у кроликов, 2 недели у мышей. Инфекция носит генерализованный характер и при внутрибрюшинном заражении животных клетками микоплазм антигены и ДНК микоплазм обнаруживаются в сыворотке крови и во всех исследованных органах, в том числе костном мозге.

В следующем варианте опыта сыворотка крови и гомогенаты органов экспериментальных животных, положительных по ПЦР, были исследованы в ОТ–ПЦР, позволяющей выявлять коротко живущие, специфичные для каждого гена молекулы мРНК, наличие которой в клетке является показателем жизнеспособности бактерий. У кроликов реакция была положительной в сыворотке в 4 органах из 10 через 2 месяца после заражения. Через 4,5 месяца после заражения только в костном мозге, при отрицательных результатах посевов. У мышей ОТ–ПЦР оказалась положительной при исследовании тимуса только у одной мыши.

Культуральным методом из крови инфицированных людей и органов животных с трудом удалось выделить культуры, которые образуют на агаре нехарактерные очень мелкие светопреломляющие колонии. При фазово-контрастной микроскопии в них выявляются все характерные для микоплазм структуры.

Выводы:

ПЦР в качестве единственного метода не может быть использована для диагностики микоплазменных инфекций, особенно после антибиотикотерапии, поскольку в организме могут длительно сохраняться ДНК или фрагменты нежизнеспособных клеток.

При диагностическом исследовании проб сыворотки пациентов возможны ложноотрицательные результаты, т. к. проведенные исследования показали, что в сыворотке крови микоплазмы выявляются значительно реже, чем в УГТ. Кроме того, при исследовании проб сыворотки крови в ПЦР и получении положительных результатов они не всегда совпадают с данными ОТ–ПЦР. Возможно, в ПЦР выявляется ДНК неживых клеток или ее фрагменты.

Культуральный метод не всегда является «золотым стандартом», особенно для *M. hominis*, т. к. культуры выделяются с большим трудом, только в начале инфекции.

Антитела выявляются только у 1/3–1/4 пациентов, имеющих антигены.

Для определения тактики ведения больного рекомендуется комплексное обследование с привлечением нескольких методов. Наиболее удачное сочетание, по нашим исследованиям: ПЦР + культуральный метод + РИФ. Выявление АТ класса М наряду с выявлением АГ может свидетельствовать о наличии свежей инфекции.

Частота выявления *C. trachomatis* при хронических заболеваниях мочеполовой системы у мужчин

Баттенова Г.Р., Розенсон Р.И., Хомяков М.Ю.

Медицинский центр «Архи–МЕД», Казахстан, г. Астана

Цель: Изучение частоты выявления *C. trachomatis*, изучение возможного сочетания *C. trachomatis* с другими урогенитальными инфекциями у мужчин с хроническими заболеваниями мочеполовой системы.

Были проанализированы данные комплексного клинико–лабораторного обследования 50 мужчин в возрасте 25–35 лет с диагнозом — хронический уретрит и простатит. Для определения инфекционной природы воспаления (возбудителей ИППП) применен метод прямой и непрямой иммунофлюоресценции (РИФ). В качестве биологического материала использовались соскобы со слизистой оболочки уретры.

Моноинфекция встречалась в 33% случаев. В 67% отмечалось сочетание *C. trachomatis* с другими урогенитальными инфекциями. Гонорейно–хламидийная инфекция была выявлена у 8 пациентов (19%), хламидийно–микоплазменная — у 13 больных (31%), хламидийно–трихомонадная — у 10 (24%) больных, хламидийно–гарднереллезная — у 4 (10%) пациентов, хламидийно–кандидозная — у 2 (5%) обратившихся. Кроме того, у 11% больных отмечалось сочетание трех инфекций, а у 6% — сочетание четырех–пяти инфекций.

Таким образом, при обследовании мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовых органов выявлены наиболее часто встречающиеся ассоциации *C. trachomatis* с другими возбудителями ИППП, в частности с урогенитальными микоплазмами, гонококками, трихомонадами, гарднереллами, дрожжеподобными организмами рода *Candida*.

Прямые и непрямые методы диагностики урогенитальной микоплазменной инфекции

Белых О.А., Левчик Н.К., Евстигнеева Н.П., Чигвинцева Е.В., Юровских Л.И., Полянин Д.В., Лукач А.А.

ФГУ Уральский научно–исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий, 40 ГКБ, г. Екатеринбург

Цель: Сравнить результаты прямых и непрямых методов выявления возбудителя при диагностике урогенитальной микоплазменной инфекции у женщин.

Применяемые методы: Выявление возбудителя — полимеразная цепная реакция (ПЦР), бактериологический метод, выявление антител (АТ) к возбудителю в сыворотке крови — иммуноферментный анализ (ИФА).

Результаты работы: Проведено обследование 80 женщин от 22 до 55 лет. Методом ПЦР *Ureaplasma urealyticum* была обнаружена у 45,7% обследованных женщин, бактериологическим методом — у 22,6%. У 24,1% пациенток были выявлены антитела к возбудителю (IgG и/или IgA). Положительные результаты ПЦР и ИФА совпали у 16,0% больных, бактериологического метода и ИФА — у 15,2% человек. Совпадение положительного результата во всех трёх методах исследования было получено только у 8,7% женщин. *Mycoplasma hominis* методом ПЦР была обнаружена у 23,5% обследованных, бактериологическим методом — всего у 2,4%. Антитела (IgG и/или IgA) были выявлены у 26,6% женщин. Положительные результаты ПЦР и ИФА совпали у 8,0% больных, бактериологического метода и ИФА — у 1,3% человек.

Известно, что урогенитальная микоплазменная инфекция не имеет патогномичных симптомов, в связи с этим возрастает роль лабораторной диагностики. В результате проведённых исследований было показано, что *Ureaplasma urealyticum* выявлялась в основном методом ПЦР, отсутствие АТ при этом у большей части пациенток подтверждает слабую иммуногенность данного возбудителя. Однако у некоторых женщин наблюдались достаточно высокие титры АТ, до 1:10240. *Mycoplasma hominis* обнаруживалась у меньшей части пациенток, чаще — непрямыми методами.

Вывод: Достаточно высокий процент выявления АТ к микоплазмам привлекает внимание к проблеме использования не-прямых методов диагностики урогенитальной микоплазменной инфекции в комплексе с прямыми методами с целью повышения эффективности выявления данной инфекции.

Формирование здорового образа жизни у детей и подростков

Брусничкина Т.А., Пузенко Т.Л., Сехина Г.В.

ОГУЗ Смоленский областной врачебно-физкультурный диспансер, Областной центр планирования семьи для детей и подростков «Млада», г. Смоленск, Россия

Уже более 10 лет заботой подросткового Центра «Млада» является «золотой фонд нации» — подростки. Ребенок — подросток — должен быть здоров. Здоровье на 55% зависит от образа жизни. Существуют определенные факторы риска для здоровья подростка. Подросток — это «уже» или «почти» личность. Именно в этом возрасте человек открывает свое «Я», решает для себя, что такое хорошо, что такое плохо, формирует половое поведение. Очень важно, в каком окружении находится он в этот период. Главное — выслушать, понять, поддержать его, а иначе он уйдет из семьи, а это одна из причин алкоголизма, наркомании, ранней половой жизни, заболеваний, нежелательных беременностей. Отсутствие единой системы гигиенического и санитарного просвещения, формирования здорового стиля жизни приводит к безответственному отношению у молодежи к своему здоровью и в том числе — репродуктивному. Все перечисленные проблемы стараются решать врачи и психологи Центра «Млада». Цель нашей деятельности — это оказание помощи подросткам. Более 10 лет врачи и психологи Центра ведут лечебную, консультативную, образовательную, методическую и исследовательскую деятельность. Главная забота Центра — не столько лечить, сколько предупреждать заболевания репродуктивной сферы, которые могут возникнуть из-за санитарной безграмотности, неправильного полового поведения подростка. В основу образовательной деятельности положен принцип сохранения репродуктивного здоровья возможно при условии соблюдения здорового образа жизни и твердых нравственных позиций личности. При создании программы учитывались физиологические, психологические особенности подростков 12–16 лет, уровень их подготовленности и восприятия. Нами проведены тысячи «уроков здоровья» в школах и других учебных заведениях, сотни родительских собраний и семинаров с учителями, подготовлены десятки статей, радио- и телепередач. Центр «Млада» — место, куда подростку можно прийти с любой бедой или вопросом. Как никогда важно сейчас говорить с подростком о вечных ценностях: о здоровье, любви, верности, нравственности. В 2002 году при Центре создан молодежный волонтерский клуб, девиз которого «Молодежь — за здоровый образ жизни», а принципы работы «равный равному». В том, что в области за последние 5 лет снизилось число аборт, уменьшилось количество ИППП, нет обвального роста числа ВИЧ-инфицированных, есть и наша заслуга. Формирование здорового образа жизни у молодежи — не разовая акция, а многолетний творческий процесс. Все мы заинтересованы в том, чтобы наш «золотой фонд» — наша молодежь была здорова и физически, и нравственно, а достичь этого мы сможем только общими усилиями.

Вопросы патогенеза, диагностики и терапии урогенитального хламидиоза

Бутков Ю.С., Васенова В.Ю., Новик Ф.К.

ГОУ ВПО РГМУ, 18 КВД, г. Москва

Цель: Изучение особенностей клинического течения, патогенеза, оптимизация диагностики и оценка эффективности хемицина в терапии урогенитального хламидиоза.

Применяемые методы и технологии: С помощью клинических и лабораторных (ПИФ, ПЦР, мазки и др.) методов осуществили этиологическую и топическую диагностику урогенитального хламидиоза.

Под наблюдением находилось 73 больных в возрасте от 18 до 50 лет. У 41,1% больных диагностирована свежая форма с продолжительностью болезни до 2 месяцев, у 58,9% — торпидная и хроническая более 2. Диагноз верифицирован с помощью ПИФ и ПЦР в динамике, исследовали мазки на гонококк, трихомонады и клеточные структуры, а также кровь на сифилис, ВИЧ, гепатит В. Наиболее частым возбудителем негонекокковых уретритов оказались *Chl. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, а также грамположительные кокки и палочки. Всем больным назначали хемиоцин по 1,0 грамму за 1 час до еды однократно при свежей форме хламидиоза и по 1,0 грамму в первый, седьмой и четырнадцатый день при осложненной разновидности. При осложненных формах хламидиоза применяли местное лечение

Результаты: Клинические симптомы разрешались в течение 15–25 дней. Повторное исследование ПИФ и ПЦР констатировало отсутствие возбудителей у 95,9% пациентов. У двоих мужчин и одной женщины после лечения были обнаружены хламидии. Этиологическое излечение констатировано в 95,9%, клиническое — в 88,3%. Переносимость хемиоцина в изучаемой курсовой дозе была оценена как хорошая. Побочных реакций в процессе приема препарата и дальнейшего наблюдения за больными не выявлено.

Исследование распространенности и этиологии эрозивно-язвенных поражений кожи и слизистых оболочек половых органов

Васильев М.М., Денисова В.М.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России»

Материалы и методы: Нами были обследованы 30 пациентов с эрозивно-язвенными поражениями половых органов. У 12 больных отмечались множественные язвы, располагающиеся на головке и крайней плоти полового члена. У остальных больных были единичные язвы, которые чаще располагались на внутренней поверхности крайней плоти.

Были проведены следующие исследования: ДНК-диагностика с использованием ПЦР с целью обнаружения *C. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, биовары Parvo-T960, HSV1, HSV2, CMV, *G. vaginalis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, HPV общая, HPV 15, 22 и др., бактериологическое исследование отделяемого эрозий и язв на анаэробные и аэробные микроорганизмы, а также серологическое исследование на сифилис и герпес.

У 12 больных был диагностирован генитальный герпес, у 6 — сифилис, у 2 — гонорея, у 3 — пиодермия. Из этой группы больных у 1 пациента найдена эритразма, у 1 — болезнь Кейра, у 1 обнаружена папилломавирусная инфекция и у 5 больных установлен баланопостит неизвестной этиологии.

При бактериологическом исследовании на аэробные микроорганизмы в большинстве случаев был получен рост *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus sanguinis* и *Corynebacterium* spp. в сочетании *Ent. faecalis*, *E. coli*. Больным было проведено лечение антибактериальными средствами в сочетании с местной наружной терапией. В большинстве случаев наблюдался благоприятный исход лечения.

Новый метод гинекологического массажа в комплексном лечении хронических ВЗОМТ

Геляхова З.А., Чураков А.А., Лебедев В.В., Скатын А.В., Узденова З.Х.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», ГОУ ВПО «КБГУ им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Медицинский центр «Врачебная практика», г. Саратов

Цель работы: Оценка эффективности метода гинекологического (вагинального) пневмовибромассажа (прессовибротерапии) в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

Применяемые методы и технологии: В клиническом исследовании участвовали 86 пациенток с хроническим сальпингитом, сочетанным с хроническими кольпитом и цервицитом в возрасте 18–42 лет, при этом у 51 (59,3%) имел место хронический эндометрит. У 16 (18,6%) обследованных выявлены *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* — у 21 (24,4%), трихомонадно-хламидийная инфекция — у 20 (23,2%). Из условно-патогенных микроорганизмов *Ureaplasma urealyticum* обнаружены у 18 (20,9%), *Mycoplasma hominis* — у 13 (15,1%), *Gardnerella vaginalis* — 30 (34,9%), *Staphylococcus* spp. — 31 (36,0%), *Staphylococcus epidermidis* — у 25 (29,1%), *Streptococcus* spp. — у 11 (12,8%), *Enterococcus* spp. — у 21 (24,4%), *Escherichia coli* — у 16 (18,6%), другие *Enterobacteriaceae* spp. — у 13 (15,1%). Женщинам контрольной группы (n = 30) проводили стандартную этиотропную и местную терапию. Больным основной группы (n = 56) дополнительно назначали вагинальный пневмовибромассаж в импульсном режиме (2 сек — импульс, 2 сек — пауза) с помощью вагинального наконечника (патент № 72854 от 04.04.2007 г.) и аппарата ПВМ-Р-01 ежедневно — 10 сеансов по 15 минут.

Результаты работы: Сразу после окончания курса процедур полный регресс негативной субъективной урогенитальной симптоматики (боль, выделения, дизурия) отмечен у 17 (56,7%) больных контрольной группы и у 47 (83,9%) наблюдаемых основной группы (p < 0,05). Снижение количества лейкоцитов до 10 в поле зрения в вагинальных и цервикальных соскобах наблюдали через 14 дней после окончания курса лечения у 40 (71,4%) пациенток основной группы, а в контрольной группе только у 14 (46,7%) больных (p < 0,05). При сравнении этиологической излеченности через 30 дней после лечения показано, что в основной группе эрадикация возбудителей патогенной инфекции и/или снижение концентрации ниже диагностического порога условно-патогенной микрофлоры имели место в большей степени, чем у участников исследования контрольной группы, у 41 (73,2%) и 16 (53,3%) соответственно (p < 0,05).

Выводы: Таким образом, применение гинекологической прессовибротерапии позволяет повысить терапевтическую эффективность комплексного лечения хронических форм инфекционно-воспалительных заболеваний нижних и верхних репродуктивных путей.

Центр «ДОВЕРИЕ» — эффективное оказание дерматовенерологической помощи подросткам

Глезерова В.М., Титугина А.Ю., Кузнецова Е.Д., Морозова Е.В., Табашникова А.И.

ГУЗ СОКВД, г. Самара

В 2005 году на базе ГУЗ СОКВД был создан Центр специализированного дерматовенерологического приема для социально уязвимых групп населения — детей и подростков — «Доверие», в котором оказывается квалифицированная бесплатная и анонимная дерматовенерологическая помощь детям и подросткам в рамках подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». С момента открытия Центра «Доверие» консультативно-медицинская помощь была оказана более чем 3 500 детей и подростков, общее количество посещений специалистов превысило 9 000. Основную часть обратившихся за медицинской помощью составили подростки: более 70% пациентов находились в возрастной группе от 15 до 18 лет. За это время была разработана система мероприятий, направленных на информирование целевой аудитории о возможности получения бесплатной и конфиденциальной медицинской помощи. Эта работа позволила выявить и начать лечебные мероприятия для 119 подростков, больных сифилисом, 44 больных гонококковыми инфекциями, 21 — трихомониазом, 152 — хламидиозом, 14 — урогенитальным герпесом, 44 — папилломавирусной инфекцией. При необходимости проводятся консультации смежных специалистов: гинеколога-эндокринолога, уролога, психоневролога. Значительную долю патологии (548 случаев) составили неспецифические урогенитальные заболевания, что объясняется физиологическими особенностями мочеполовой системы в период гормональной перестройки организма, а также ранним возрастом сексуального дебюта и частой сменой половых партнеров. Организация Центра специализированного дерматовенерологического приема для социально уязвимых групп населения — детей и подростков «Доверие» оказалась эффективной для повышения уровня оказания медицинской помощи, координации профилактической деятельности, социальной адаптации, профилактики нарушений репродуктивной

функции подростков. В настоящее время продолжается усовершенствование методологии проведения мероприятий по выявлению и профилактике ИППП среди детей и подростков, включая комплексный подход, основанный на организации лечебно-диагностической помощи несовершеннолетним и психолого-социальной поддержке детей и подростков.

Об эффективности медомидина в лечении уретритов и эндоцервицитов

Гребенников В.А., Темников В.Е., Гурский Г.Э., Приходько А.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Областной кожно-венерологический диспансер, г. Ростов-на-Дону

Цель: Оценить эффективность медомидина при лечении уретритов и эндоцервицитов.

Применяемые методы и технологии: Под наблюдением авторов было 300 больных с инфекциями, передаваемыми половым путем. Из них 180 (60%) мужчин и 120 (40%) — женщин. У пациентов определялись в разной степени выраженности уретриты (эндоцервициты) с выделением указанных ниже возбудителей. При этом оценивали эффективность медомидина в лечении уретритов и эндоцервицитов.

Результат работы: У большинства больных клинические проявления были нерезко выражены и часто носили стертый характер. Среди мужчин отмечались жалобы на незначительные дизурические нарушения, отечность губок уретры, слабо выраженные выделения преимущественно слизистого характера после продолжительной задержки мочеиспускания — чаще по утрам после ночного сна. Двустаканная проба давала неотчетливые результаты. У женщин клинические проявления ограничивались обычно жалобами на слабо выраженные выделения из половых органов, при объективном исследовании определялись гиперемия и легкий отек слизистой оболочки шейки матки, влагалища, уретры, у отдельных пациенток — незначительные выделения из шейки матки. Диагноз устанавливали на основании полимеразной цепной реакции (ПЦР). В группу исследования включались лица, у которых выявлены в различных сочетаниях *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma fermentans*, *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*. Лечение медомидином (доксидиклина хиклат) проведено 130 пациентам в суточной дозе 0,2 грамма (по 0,1 x 2 раза в день после еды) продолжительностью 10–20 дней. Дополнительно назначали при необходимости метронидазол, а также нистатин и карсил — на протяжении всего курса лечения. Хорошая переносимость медомидина отмечена у 105 (81% пациентов). Из нежелательных явлений наблюдали (у 19%) нерезко выраженные тошноту, нарушение стула, которые вскоре прекращались. Среди лечившихся доксициклином либо тетрациклином (170 человек) «следы инфекции» через 1 и 3 мес. отмечены у 13%, а после медомидина — лишь только у 7,5%. Реже среди лечившихся медомидином через 3 мес. наблюдения были установлены признаки дисбактериоза (соответственно 46% и 73%). Нам удалось добиться благоприятных результатов восстановительным курсом бифидо- и лактобактерином.

Вывод: Наши результаты дают основание полагать, что антибиотик группы тетрациклинов медомидин показан для лечения ИППП, проявляющихся уретритами либо эндоцервицитами.

Самостоятельная этиологическая роль *Mycoplasma genitalium* в развитии уретрита у мужчин — результаты эпидемиологических и клинико-лабораторных исследований

Гущин А.Е., Бурцев О.А., Гомберг М.А., Рыжих П.Г., Шипулин Г.А.

ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора»;

ФГУ «ГНЦД Минздрава России»;

Кафедра кожных и венерических болезней ИМГМУ, МСЧ № 7 ФМБА, г. Москва

Цель: Оценить роль *M. genitalium* в развитии уретрита у мужчин на основании данных эпидемиологических и клинико-лабораторных наблюдений и результатов терапии.

Материалы и методы: Было обследовано 234 мужчины, с изучением урологического и сексуального анамнеза, оценкой состояния органов мочеполовой системы и проведением лабораторных исследований — бактериоскопического с оценкой наличия лейкоцитов и Грам(–)диплококков, а также молекулярно-биологического — на *C. trachomatis*, *HSV*, *T. vaginalis*, *M. genitalium* методами ПЦР в реальном времени (для *M. genitalium* — в количественном формате) и методом NASBA на *M. genitalium*. Пациентам с хламидийной инфекцией и гонореей было назначено лечение в соответствии с существующими стандартами. Пациентам с инфекцией, вызванной *M. genitalium*, была назначена терапия джозамицином (Вильпрафеном®). В процессе терапии джозамицином оценивали клинические показатели инфекции, содержание лейкоцитов в отделяемом уретры, уровни ДНК и РНК.

Результаты: Из общего числа обследованных у 151 пациента (группа А) имелись жалобы и клинические признаки уретрита, а также повышенное содержание лейкоцитов в отделяемом уретры. У 49 пациентов (группа В) наблюдалось только повышенное содержание лейкоцитов. У 34 пациентов (группа С) ни клинических, ни лабораторных признаков уретрита не наблюдалось (группа сравнения). У пациентов с клинико-лабораторными признаками уретрита (группы А и В) среди возбудителей ИППП были выявлены: — *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* соответственно — у 19 (9,5%) и 76 (42%) пациентов, а *M. genitalium* — у 36 (20%) пациентов. Ко-инфекция *M. genitalium* с другими возбудителями ИППП (с *C. trachomatis*) была выявлена только у одного пациента. В группе С *C. trachomatis* была выявлена у 9, а *M. genitalium* только у 1 пациента. У пациентов с *M. genitalium* в 89% наблюдалось высокое содержание лейкоцитов в уретре, и у 80% пациентов имелись жалобы на дизурию и/или выделения из уретры. При этом преобладали гнойные (27%) и гнойно-слизистые (44,8%) выделения. При лечении джозамицином клинический ответ был получен у 35 из 36 пациентов (97%), что сопровождалось элиминацией *M. genitalium*. Мониторинг терапии показал, что на фоне нормализации клинических признаков инфекции происходило снижение уровня лейкоцитов в уретре и концентрации ДНК *M. genitalium*. У одного пациента на фоне лечения происходило снижение концентрации ДНК *M. genitalium*, уровня лейкоцитов в уретре и купирование клинических симптомов, однако через 2 недели после окончания лечения наблюдался рецидив клинических проявлений с развитием воспалительной картины в уретре и восстановление высокого значения концентрации ДНК *M. genitalium*.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о самостоятельной этиологической роли *M. genitalium* в развитии уретрита у мужчин и необходимости включения в алгоритмы ведения пациентов с негонококковым уретритом лабораторных исследований на *M. genitalium*.

Эффективность и переносимость препарата КАГОЦЕЛ при лечении герпесвирусной инфекции

Долгих Т.И.¹, Масюкова С.А.², Петренко Л.А.³, Соколовский Е.В.⁴, Халдин А.А.⁵, Чернова Т.А.⁶

ЦНИЛ ОГМА (г. Омск)¹, ГИУВ МО РФ, на базе ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (г. Москва)², КВД (г. Мытищи МО)³, ГМУ им. И.П. Павлова (г. С.-Петербург)⁴, ММА им. И.М. Сеченова (г. Москва)⁵, Республиканский КВД (г. Чебоксары)⁶

Цель: Оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности «Кагоцел®» при лечении генитального и лабиального герпеса в рамках многоцентрового исследования.

Объект и методы многоцентрового исследования: Всего под наблюдением находилось 146 пациентов, мужчин было 63, женщин — 83. Генитальный герпес был выявлен у 115, лабиальный — у 31 больного. Для лечения применялась таблетированная форма препарата «Кагоцел®» (содержание активного вещества в одной таблетке — 12 мг). Препарат является активным индуктором аутологичного интерферона. «Кагоцел®» вызывает образование в организме человека смеси «поздних» ИФН- α и - β , обладающих высокой противовирусной активностью. Больные были разделены на 3 группы: пациенты 1-й группы получали только «Кагоцел®», второй — «Кагоцел®» + ацикловир, третьей — только базисную терапию ацикловиром. Схема лечения больных 1-й группы препаратом «Кагоцел®» при первичном эпизоде и рецидивах была следующей: по 2 таб. три раза в сутки в течение 5 дней. Больным 3-й группы при первичном эпизоде и рецидивах назначался ацикловир в таблетках по 0,2 г по следующей схеме: по 1 таб. 5 раз в день в течение 5 дней. Больные 2-й группы получали одновременное лечение «Кагоцел®» и ацикловиром по указанным схемам.

Результаты: Сравнительный анализ клинической оценки эффективности лечения показал, что наилучшие результаты получены у больных первой («Кагоцел®») и второй («Кагоцел®» + ацикловир) групп: эволюция клинических проявлений завершилась на 5,6 и 3,2 дни соответственно, тогда как в 3-й группе этот срок составил 6,4 дня. При наблюдении в течение года после лечения «Кагоцел®» рецидивов не отмечалось у 22,2%, у 49,9% был один-два рецидива, у остальных (27,9%) было 3 рецидива. Наилучший результат был получен при одновременном приеме обоих препаратов: ни одного рецидива у 47,4%, 1–2 рецидива у остальных 52,6%. При оценке безопасности «Кагоцел®» ни у одного больного не было отмечено побочных действий.

Выводы: На основании проведенных исследований установлено, что использование в терапии простого герпеса препарата «Кагоцел®» приводит к полному регрессу клинических проявлений болезни, наступает стойкая ремиссия и сокращается число рецидивов. «Кагоцел®» хорошо переносится пациентами, не вызывает развития побочных эффектов.

Инфекционная патология у детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией

Дружинина Е.Б.

Иркутский городской центр молекулярной диагностики, г. Иркутск

Цель исследования: Изучить частоту инфекционной патологии у детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в течение первого года жизни находилось 175 детей: 78 детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией во время беременности; 97 детей, рожденных от здоровых матерей. Для выявления возбудителей урогенитальных инфекций были использованы современные методы лабораторной диагностики: микроскопический, микробиологические, ПЦР и ИФА. Результаты исследований: достоверно большее число заболеваний на первом году жизни было у детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей отмечались у 20,5% детей, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы — 9,3% ($p < 0,05$). Пневмония была зарегистрирована в 13% случаев, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы — 1,03% ($p < 0,05$). Частые ОРЗ, сопровождающиеся проявлениями ринита и конъюнктивита, были также характерны для детей первой группы. У детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией, отмечалась высокая частота вульвовагинитов (26,7%), инфекций мочевыводящих путей (15,6%), уретритов (8,5%) и пиелонефритов (3,9%). В возрасте 6 месяцев уровень заболеваемости среди детей первой группы составил: воспалительные заболевания верхних дыхательных путей — 15,9%, ОРЗ — 20,8%, дисбактериоз кишечника — 22%.

Выводы: Наиболее серьезные патологические состояния диагностируются у детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией урогенитального тракта. Беременных с *C.trachomatis* и/или *T.vaginalis* необходимо относить в группу высокого риска по реализации внутриутробной инфекции, проводить обследование новорожденных на наличие инфекционной контаминации в первые сутки и через месяц после рождения. За детьми, рожденными от матерей с УГИ, следует вести динамическое наблюдение. При выявлении у детей первого года жизни конъюнктивитов, воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей требуется проводить лечение с учетом этиологического фактора.

Дифференциальная диагностика персистирующей папилломавирусной инфекции

Евстигнеева Н.П., Кузнецова Ю.Н., Герасимова Н.М.

ФГУ УрНИИДВиИ, г. Екатеринбург

Цель: Оптимизация дифференцированной диагностики латентной персистирующей папилломавирусной инфекции урогенитального тракта на основании анамнестических и лабораторных критериев.

Применяемые методы и технологии: Для выявления ДНК ВПЧ использовали комплект реагентов для ПЦР с типоспецифическими праймерами «АмплиСенс ВПЧ 16 и 18 типов», «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип FRT» (ЦНИИЭ, Москва), «Виапол» (НПФ «Литех», Москва).

Результаты работы: Углубленное клинико-лабораторное обследование 95 пациенток с персистирующей и 112 женщин с транзиторной латентной папилломавирусной инфекцией позволило установить признаки, сопровождающие персистенцию вируса папилломы человека. К таким признакам относятсяотягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям (в 2,1 раза чаще, чем при транзиторном течении ПВИ), воспалительные заболевания органов малого таза (в 1,6 раза), наличие фоновых, предопухолевых и доброкачественных новообразований репродуктивной системы (в 1,7 раза), манифестные проявления ПВИ в виде остроконечных кондилом (в 1,4 раза), признаки хронического воспаления шейки матки, такие как контактная кровоточивость (в 1,7 раза) и закупорка nabothian желез (в 2,9 раза), использование внутриматочных спиралей в качестве метода контрацепции (в 7 раз), микст-инфицирование другими ИППП (в 1,6 раза) с преобладанием вирус-вирусных

ассоциаций (вирус простого герпеса I–II типа, цитомегаловирус); дефицит лактобактерий (в 1,7 раза); нарушения микробиоценоза урогенитального тракта (в 1,2 раза); бактериальный вагиноз (в 1,9 раза); урогенитальный герпес (в 2,8 раза); микоплазменная инфекция (в 1,5 раза); урогенитальный кандидоз (в 7,8 раза); урогенитальный хламидиоз (в 1,3 раза); экспрессия онкогена E7 ВПЧ (диагностический критерий потенциального неопластического риска) (в 10,4 раза), инфицирование различными генотипами ВПЧ (в 6,8 раза), выраженная интенсивность локального α - и γ -интерфероногенеза в цервикальном секрете (α -интерферона в 1,9 раза, γ -интерферона в 3,8 раза выше), высокий уровень пролактина в сыворотке крови; увеличение секреторного sIgA в вагинальном секрете.

Выводы: Определены факторы персистенции, что позволило повысить эффективность дифференциальной диагностики персистирующих форм урогенитальной папилломавирусной инфекции на ранних этапах, сформировать группы диспансерного наблюдения, своевременно начать лечение у 95,8% пациенток, оптимизировать профилактику персистенции.

Перспективы использования форетических свойств физических полей в терапии инфекций, передаваемых половым путем как метода высокотехнологической медицинской помощи

Залыева С.А.², Абдрахманов Р.М.¹, Фоминых Т.С.²

КГМУ¹, г. Казань

Республиканский клинический кожно–венерологический диспансер², г. Казань

Для лечения пациентов с инфекционными заболеваниями мочеполовой системы предложено множество адекватных режимов противобактериальной терапии, имеющих относительно одинаковую эффективность.

В последние годы, как отмечают некоторые исследователи, возросло число хламидийной, вирусной, микоплазменной и смешанной инфекций, борьба с которыми представляет значительные сложности в связи с наличием персистенции, развивающейся устойчивостью микроорганизмов к лекарственным препаратам и особенностями ответных реакций микроорганизма.

С помощью перорального и парентерального введения лекарственных препаратов не всегда удается создать необходимую бактерицидную и даже бактериостатическую концентрацию в органах, имеющих выраженные биологические барьеры. Попытки преодолеть это повышением вводимых доз антибактериальных препаратов и удлинением курса приводят к развитию дисбиоза.

В связи с этим представляется перспективным использование форетических свойств физических полей в современной терапии ИППП, которые путем усиления переноса молекул веществ через клеточные мембраны способствуют достаточной концентрации лекарственных средств в клетках–мишенях, что, по нашему мнению, позволило бы уменьшить продолжительность лечения и дозы лекарственных препаратов при необходимой терапии больных с ИППП.

Мембранные структуры и перенос молекул веществ в мембранах играют важную роль в биологических процессах. Биологические мембраны (от латинского *membrana* — перепонка) — это сложные высокоорганизованные структуры, ограничивающие клетки и внутриклеточные органеллы. Целевой функцией биологических мембран является регуляция обмена веществ между клетками и средой, а также между различными компартментами внутри самой клетки (Райгородский и соавт., 2000). В любом из этих жизненно важных биологических процессов присутствует перенос заряженных ионов, в том числе и ионов лекарственных средств.

Эпидемиология и прогноз заболеваемости хламидиозом и другими ИППП в Ленинградской области

Заславский Д.В., Егорова Ю.С., Никифоров Б.Н., Оловянишников О.В.

Ленинградский областной КВД, Педиатрическая медицинская академия, г. С.–Петербург

Данные о заболеваемости хламидийной инфекцией и урогенитальным герпесом в Ленинградской области имеются начиная с 1991 г., а об остроконечных кондиломах — с 1993.

За период с 1998 по 2006 г. заболеваемость хламидийной инфекцией имела периоды незначительного подъема и снижения, однако существенно не менялась и в 2004–2006 гг. оставалась в пределах 116,5–127,5 на 100 тыс. Заболеваемость остроконечными кондиломами (аногенитальными бородавками) в течение первых лет наблюдения имела четко выраженную тенденцию роста. В 2003 г. было зафиксировано максимальное значение показателя — 30,2 на 100 тыс., после чего уровень заболеваемости стал снижаться. Заболеваемость урогенитальным герпесом постоянно возрастала и своего максимального уровня достигла в 2006 г. — 40,1 на 100 тыс.

В 2005–2006 гг. область занимала седьмое место в СЗФО по уровню заболеваемости хламидийной инфекцией. Областной показатель заболеваемости урогенитальным герпесом в 2006 г. был выше, чем в среднем по РФ и СЗФО, среди всех субъектов округа более высокий уровень был зафиксирован лишь в Санкт–Петербурге. Уровень заболеваемости аногенитальными (венерическими) бородавками в Ленинградской области в течение 2004–2006 гг. был ниже среднереспубликанского уровня и уровня СЗФО. Среди 11 субъектов СЗФО область занимала восьмое (2004 г.) — девятое (2005, 2006 гг.) места.

Указанным ранее способом были изучены закономерности изменения динамического ряда заболеваемости хламидиозом и последующего построения прогнозной модели. Анализ систематического изменения показал наличие статистически достоверного положительного тренда. Модель тренда заболеваемости хламидиозом имеет вид регрессионного уравнения: $y = 3,3 + 8,3 \cdot \text{TIME}$. Полученная модель тренда статистически достоверна (критерий Фишера $F = 58,1$; $p < 0,001$). Автокорреляционный анализ показывает, что заболеваемость хламидиозом не имеет ярко выраженной периодичности и характеризуется значимой устойчивостью связи текущего уровня с предыдущими на протяжении всего периода наблюдения. Достоверная корреляционная связь наблюдается для уровней заболеваемости с лагом в 1 год, т.е. с заболеваемостью предыдущего года. Проявляется также умеренная автокорреляционная связь с лагом 2 года. Периодограмма разложения сложной периодичности заболеваемости хламидиозом показывает, что основным компонентом наблюдавшейся периодичности является умеренно выраженная колеблемость с периодом 3 года.

Первичная профилактика ИППП как медицинская технология

Захаров М.А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Цель исследования: Разработать технологический процесс, направленный на профилактику ИППП в подростковых и молодежных коллективах.

Материалы и методы: Статистический, социометрический.

Результаты исследования: Были обследованы с применением новейших социометрических систем 278 подростков 16–18 лет, обучающихся на 1 курсе вузов и колледжей в г. Екатеринбурге. Опросник состоял из нескольких блоков, а именно: сексуальное поведение и его самооценка, отношение к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), и знание об их влиянии на здоровье, методы профилактики ИППП, роль информационных средств в профилактике ИППП, участие здравоохранения в профилактике ИППП, предполагаемые мероприятия по профилактике ИППП и место их проведения. Параллельно изучалась поведенческая реакция 83 молодых людей, заболевших сифилисом, в той же возрастной группе.

Сопоставление некоторых показателей риска девиантного сексуального поведения подростков показало черту между риском развития ИППП у здоровых подростков и реализацией этого риска у больных. Так, возраст начала сексуальной жизни у опрошенных учащихся составил в среднем 15,6 года. Этот же показатель у больных сифилисом составил 15,3 года. Практика спонтанных неупорядоченных половых связей подчеркивает переход риска развития ИППП в собственно болезнь. Среди живущих половой жизнью здоровых подростков (2/3 всех опрошенных) беспорядочные половые связи отмечены у 38,4%. Среди заболевших сифилисом — у 59%. Изучение оценки молодыми людьми актуальности и опасности для здоровья беспорядочных и ранних половых связей свидетельствует об отсутствии достоверного источника информации подростков об ИППП или недоступности такой информации. Такого же мнения и сами опрошиваемые. Учащиеся предлагают разнообразные формы пропаганды здорового образа жизни, методы информированности о способах профилактики ИППП в стенах учебного заведения, включая медицинский кабинет профилактики. Подобные социометрические исследования свидетельствуют о необходимости разработки и осуществления единого технологического процесса, замещающего собой термин «первичная профилактика». Этот технологический процесс должен включать в себя: мониторинг уровня заболеваемости ИППП и уровня риска, скрининговые методы исследования на пилотных площадках, анализ полученных данных и выбор программы профилактики, соответствующей уровню риска развития ИППП, реализацию программ и оценку эффективности.

Выводы:

Среди учащихся первых курсов вузов и колледжей отмечается повышенный риск развития ИППП (38% от числа живущих половой жизнью имеют беспорядочные половые связи). Среди подростков того же возраста, заболевших сифилисом, доля имеющих беспорядочные половые связи составляет 59%.

Актуальность организации систематического контроля и профилактического вмешательства в коллективы учащейся молодежи, особенно первых курсов, требует внедрения специальной технологии.

Реализация данной технологии, охраняющей физическое, психическое, нравственное и репродуктивное здоровье детей и подростков, должна явиться составной частью как государственной молодежной, так и демографической политики.

Эффективность деструктивной и противовирусной терапии различных форм папилломавирусной инфекции

Катквичене Е.В., Лялина Л.В., Архипов А.В.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Петрозаводск;

ФГУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: Изучение эффективности деструктивной и противовирусной терапии различных клинических форм папилломавирусной инфекции.

Применяемые методы и технологии: Обследовано 386 пациенток в возрасте от 19 до 35 лет. Клинические проявления ПВИ были представлены остроконечными эпителиальными разрастаниями в области наружных половых органов у 250 обследованных. Длительность клинических проявлений составила от 3 до 6 месяцев. В качестве деструктивной терапии использовали электрокоагуляцию аппаратом электрохирургическим высокочастотным ЭХВЧ–50–МТУСИ, криотерапию жидким азотом с экспозицией в режиме замораживания 10–20 секунд и химиотерапию препаратом «Солкодерм» (препарат применялся согласно инструкции). Группы пациентов, получивших указанные методы терапии, составили 170, 42, 38 человек соответственно. Клиническое наблюдение за пациентами проводилось через 1, 3 и 6 месяцев после лечения.

Противовирусная терапия проводилась 136 пациенткам в случае обнаружения высокоонкогенных типов ВПЧ в материале из цервикального канала. Для детекции ВПЧ использован метод ПЦР. Первая группа пациентов получала препарат «Индинол» (ЗАО «МираксФарма») в дозе 400 мг в день в течение 12 недель. Для пациенток второй группы использовали противовирусный препарат «Панавир», для третьей группы женщин применяли иммуномодулирующий лекарственный препарат «Аллокин-альфа». Анализ частоты повторного обнаружения ВПЧ высокого онкогенного риска проводили через год после окончания курса терапии. Все пациентки были обследованы на ИППП, по показаниям проводилось лечение сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования: Установлена достоверно более высокая эффективность метода электрокоагуляции по сравнению с двумя другими методами, частота обнаружения онкогенных ВПЧ через 6 месяцев после окончания терапии составила соответственно 5,8%, 20,8% и 17,4%. Эффективность противовирусной терапии всеми использованными препаратами была примерно одинаковой, онкогенные ВПЧ через год после окончания лечения обнаруживались с частотой 22,6; 21,0 и 24,2 на 100 обследованных лиц (различия статистически не значимы).

Комплексное лечение папилломавирусной инфекции

Катханова О.А., Катханов А.М., Тлиш М.М.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель: Изучить эффективность комплексного метода лечения папилломавирусной инфекции (ПВИ).

Материалы и методы: Было обследовано и отобрано для лечения 40 пациентов с генитальной ПВИ, которые составили основную группу наблюдения. Из них у 20 человек наблюдалась клиническая форма ПВИ в виде остроконечных кондилом,

у 9 женщин плоские бородавки и другие проявления папилломавирусной инфекции у 11 больных. Средний возраст обследуемого контингента составил $26 \pm 0,7$. У 28 % обследованных диагностирована сопутствующая гинекологическая патология в виде эрозии шейки матки, кольпита. Продолжительность заболевания рецидивирующими аногенитальными бородавками колебалась от 1 мес. до 4 лет. Частота рецидивов варьировала от 4 до 18, в среднем — 9 рецидивов в год. Схема лечения исследуемого контингента заключалась в санации сопутствующей патологии, иммунокоррекции (интерферонами и их индукторами), деструкции (физической или химической) образований и приеме индол-3-карбинола по схеме в течении 3 месяцев. Эффективность терапии оценивалась через 1–3–6 месяцев по влиянию на динамику текущего процесса, продолжительность межрецидивного периода с применением расширенной кольпоскопии, цитологического исследования и ПЦР. Также исследовали показатели общего и местного иммунитета. Для сравнения эффективности комплексной терапии была создана контрольная группа — 20 человек с идентичным диагнозом и клиническими данными, но получала стандартный курс лечения. При анализе полученных результатов через 1 мес. была показана достаточно высокая эффективность метода — 97%, спустя 3 мес. показатели контрольной группы были ниже — 76%, такая же отрицательная динамика сохранялась спустя 6 мес. (69%), что говорит о непродолжительном эффекте проведенного лечения в отличие от основной группы где эффективность лечения остается показательно высокой 97–93%. На фоне лечения процент рецидивирования снизился в 2,8–3,6 раза, показатель гинекологической патологии уменьшился на 12%. У 6 пациенток был отмечен регресс мелких кондилом без деструкции. Через 6 месяцев после окончания терапии было проведено молекулярно-биологическое исследование методом ПЦР, показавшее у 25 пациенток (62,5%) основной группы и у 3 (15%) наблюдаемых контрольной группы отсутствие вируса папилломы человека.

Вывод: Таким образом, достоверное установление этиологической роли папилломавирусов в развитии генитальной неоплазии, неудачи методов локальной деструкции очагов папилломатоза, высокая частота рецидивирования диктует необходимость комплексного использования средств патогенетической терапии.

Перспективы комплексного лечения хронического уретрогенного простатита с применением парамагнитного резонанса и когерентной фотонотерапии

Ковалев В.М.

МИ МГТУ, г. Майкоп

Цель: Изучить и оценить эффективность применения магнитоинфракрасной резонансной лазеротерапии аппаратом «РИКТА» в лечении уретрогенного простатита.

Материалы и методы: Наблюдались 63 пациента в возрасте от 19 до 59 лет, страдающих уретрогенным простатитом давностью от 2 до 29 лет. Жалобы на выделения из уретры предъявляли 27 из них (42,9%), дизурию с остаточной мочой — 29 (46,0%), никтuriю — 36 (57,1%), снижение или отсутствие либидо — 24 (38,0%), эректильную и эякуляторную дисфункцию — 19 (30,1%). При задней уретроскопии, проведенной у 24 пациентов, наличие мягкого инфильтрата констатировано у 11 (45,8%), переходного — у 5 (20,8%), закрытого литтрита — у 6 (25,0%), стриктуры уретры — у 2 (8,4%). При исследовании секрета простаты 21 больного лейкоцитоз в пределах 10–16 в п/з выявлен у 16 (76,1%), у 5 остальных (23,9%) уменьшение количества или отсутствие лецитиновых зерен сочеталось с кристаллизацией секрета. Генетическая детекция (ПЦР, ЛЦР) ИППП осуществлялась у каждого больного. Нами в комплексном лечении уретрогенного простатита с 2006 г. используется запатентованный высокотехнологичный аппарат «РИКТА 03/2» (М 22 Д) с длиной волны выше 0,7 мкм (700 нм) (г. Москва). Он обладает широким спектром терапевтических эффектов (противовоспалительный, анальгезирующий, стимуляция репаративных процессов и иммунного ответа, рефлексогенный), в котором используется лечебное воздействие одновременно нескольких излучений (импульсного лазерного инфракрасного диапазона волн, непрерывного инфракрасного, видимого красного света и парамагнитного резонанса). По нашей технологии 2 излучателя «Душ-1» с 10 лазерными диодами мощностью до 4 Вт каждый проецировались в 7 одиночных и 2-х симметричных зонах с частотой от 5 до 1000 Гц с экспозицией от 30 сек до 2,5 мин ежедневно, на курс 10 процедур.

Результаты: С 5-го дня лечения больные стали отмечать значительное уменьшение болезненности в промежности, исчезновение свободного отделяемого из уретры, улучшение мочеиспускания и сна, появление либидо, к 10-му дню — восстановление копулятивной и эякуляторной функций. При клинко-лабораторном исследовании спустя 1 мес по окончании лечения констатирована полная клиническая ремиссия у 92,1% пациентов.

Выводы: Комплексная медикаментозная терапия хронического уретрогенного простатита в сочетании с высокоэффективной неинвазивной технологией парамагнитного резонанса и когерентной фотонотерапии нанометрических характеристик отечественного аппарата «РИКТА 03/2» (М 22 Д) является перспективным направлением в лечении уретрогенного простатита.

Опыт применения ВПЧ-тестирования для раннего выявления предрака шейки матки в дермато-венерологической службе

Кувва Д.А., Трофимова О.Б., Большенко Н.В.

ФГУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора, КВД г. Долгопрудного

Цель: Известно, что папилломавирусная инфекция, являясь инфекцией, передаваемой половым путем, наиболее часто встречается среди пациентов, обратившихся за помощью в учреждения дерматовенерологического профиля. В связи с этим возникает предположение, что женщины, обратившиеся за помощью в кожно-венерологические диспансеры, относятся к группе большого риска развития РШМ по сравнению с пациентками женских консультаций, а, следовательно, требуют прохождения обязательного цервикального скрининга. Оценить это было целью настоящего исследования.

Материалы и методы: В скрининге участвовали пациентки, обратившиеся за помощью в КВД г. Долгопрудный (551 человек). Взятие материала проводили из цервикального канала с использованием эндоцервикальной щетки в 500 мкл транспортной среды. Проводили выявление ВПЧ высокого канцерогенного риска 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типов с одновременным количественным определением вирусной нагрузки с использованием набора реагентов «АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FI» (ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора). Щетка помещалась в пробирку с 500 мкл транспортной среды, обламывалась и сохранялась в пробирке до доставки в лабораторию. Пациенткам с положительным результатом ВПЧ теста проводилось цитологическое исследование. В случае выраженного цервицита или кольпита цитологическое обследование проводили после проведения терапии и исчезновения воспалительной реакции. Любой результат цитологического обследования, отличный от нормы или воспалительных изменений считали положительным и женщин направляли на кольпоскопию.

Результаты: Обследование 551 женщины на наличие высокоонкогенных ВПЧ позволило выявить 157 пациенток с положительным результатом (28,4%). Последующее цитологическое обследование установило наличие цервикальной патологии различной степени у 98 пациенток (62,4%). Детальное обследование данной группы пациенток позволило установить диагноз «тяжелая дисплазия» или *carcinoma in situ* у 8 пациенток (5% всех ВПЧ-положительных пациенток или 1,5% от всех обследованных женщин). Таким образом, частота встречаемости тяжелой дисплазии в группе женщин, обратившихся в КВД, составила 1 452 случая на 100 тысяч. Учитывая, что предположительная встречаемость тяжелой дисплазии в популяции составляет порядка 80–120 случаев на 100 тыс., встречаемость данной патологии в группе лиц, обратившихся в учреждения дерматовенерологической службы более чем в 10 раз выше.

Выводы: Проведенное нами исследование убедительно демонстрирует важность проведения скрининговой диагностики предраковой патологии шейки матки в дерматовенерологической службе. Примененная нами схема тестирования на наличие ДНК ВПЧ с использованием ПЦР на первом этапе позволяет эффективно выявлять случаи предрака, при этом вписывается в формат одновременного взятия материала для скрининга или подтверждения диагноза на наличие ИППП.

Значение условно-патогенной микрофлоры при негонококковых уретритах у мужчин

Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Горбунов А.П., Скидан Н.И., Евстигнеева Н.П., Чигвинцева Е.А., Юровских Л.И., Тамбулова В.Н.

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель работы: Изучить частоту встречаемости негонококковых уретритов у мужчин, ассоциированных с условно-патогенными микроорганизмами.

Применяемые методы и технологии: Обследовано 465 мужчин в возрасте от 17 до 46 лет. Материалом для исследования служило отделяемое из уретры. Исследование урогенитальной флоры выполнялось в соответствии с методическими указаниями по применению унифицированных микробиологических (бактериологических) методов исследования в клинико-диагностических лабораториях утвержденными приказом Минздрава СССР № 535 от 22 апреля 1985 г. Определение чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам проводилось диско-диффузионным методом согласно «Методическим указаниям по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии в агар с использованием дисков», Москва, 1983 г.

Результаты работы: Воспалительные заболевания в органах урогенитального тракта у мужчин диагностированы у 264 (56,7%) пациентов. Возбудители инфекций, передаваемых половым путем, выявлены у 100 пациентов, что составило 37,8% от общего числа больных с воспалительными заболеваниями в урогенитальном тракте. При этом *Chlamydia trachomatis* у 64 (64,0%) пациентов, *Herpes simplex* у 14 (14,0%), *Mycoplasma genitalium* у 12 (12,0%), *Cytomegalovirus* у 12,0 (12,0%), *Neisseria gonorrhoeae* у 2 (2,0%), *Trichomonas vaginalis* у 1 (1,0%) пациента. Условно-патогенная микрофлора мочеиспускательного канала выявлена у 164 больных, что составило 35,2% от общего числа обследованных мужчин и 62,2% от числа больных с воспалительными заболеваниями в органах урогенитального тракта.

Выводы: Проведенное комплексное клинико-лабораторное обследование 465 мужчин, позволило выявить воспаление в органах урогенитального тракта у 264 (56,7%) пациентов, при этом возбудители инфекций, передаваемых половым путем, выявлены у 100 (37,8%) пациентов, а воспалительный процесс в уретре, ассоциированный с условно-патогенной флорой диагностировался у 164 (62,2%) больных из числа пациентов с воспалительными заболеваниями. При этом неосложненное течение негонококкового уретрита диагностировано у 77 (47,1%) больных, а осложненное течение установлено у 87 (52,9%) пациентов.

Проблемы организации интегрированной системы надзора и вакцинопрофилактики папилломавирусной инфекции и злокачественных новообразований, ассоциированных с вирусом папилломы человека, в России

Лялина Л.В., Архипов А.В., Касаткин Е.В., Каткявичене Е.В., Игнатьева М.Е.

ФГУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, г. Санкт-Петербург; Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Петрозаводск; Кожно-венерологический диспансер № 8, г. Санкт-Петербург; Управление Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия)

В настоящее время доказана ведущая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) 16 и 18 типов в этиопатогенезе 70% случаев рака шейки матки (РШМ). Типы 6 и 11 ВПЧ обуславливают около 90% генитальных кондилом. В 2006 г. в России зарегистрирована вакцина «Гардасил» для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ), вызванной указанными типами ВПЧ.

Цель исследования: изучение закономерностей распространения ПВИ и РШМ для обоснования интегрированной (единой) государственной системы надзора и вакцинопрофилактики, заболеваний, ассоциированных с ВПЧ.

В работе использованы методы клинической, лабораторной диагностики? Эпидемиологического анализа и общепринятые приемы статистической обработки данных. В 2002–2007 гг. обследовано более 3000 пациентов дерматовенерологического профиля в Санкт-Петербурге и Республике Карелия на 7 типов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 45 и 56) суммарно и 16,18 типов у HPV-позитивных лиц. Изучена многолетняя динамика заболеваемости кондиломатозом наружных половых органов и РШМ на территориях Северо-Западного региона России и в Республике Саха (Якутия).

Частота обнаружения высокоонкогенных типов ВПЧ составила 31,5–34,6 на 100 обследованных, при наличии 10 и более сексуальных партнеров от момента начала половой жизни — 77,1%. Наиболее пораженными оказались женщины в возрасте от 15 до 29 лет. В структуре выделенных ВПЧ доля 16 и 18 типов достигла 53,3%. У больных с диагнозом гонореи, трихомониаза и хламидийной инфекции онкогенные типы ВПЧ обнаружены в 19,2; 39,1 и 33,3%, бессимптомная ПВИ выявлена в 17,5%. На всех территориях отмечена тенденция к росту заболеваемости кондиломатозом наружных половых органов и РШМ среди женщин репродуктивного возраста.

В РФ регистрации и учету подлежит одна клиническая форма ПВИ — аногенитальные (венерические) бородавки. В систему надзора не включены другие формы инфекции, дисплазия, РШМ и другие опухоли, ассоциированные с ВПЧ. Не предусмотрено финансирование вакцинопрофилактики ПВИ среди молодежи и социально незащищенных слоев населения.

Результаты исследования показали необходимость внедрения в практику интегрированной (единой) системы надзора, включающей все формы ПВИ и ассоциированных с ней злокачественных новообразований, а также разработки государственной программы профилактики, в том числе вакцинопрофилактики, этой патологии.

Повышение информированности молодежи в вопросах, касающихся ИППП и контрацепции, как основа профилактики ВЗОМТ

Михайлова О.О., Кузнецова Ю.Н., Герасимова Н.М., Евстигнеева Н.П.

ФГУ «УрНИИДВИ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Цель: Оценить информированность молодежи по вопросам полового просвещения, в частности в области инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), определить пути профилактики ВЗОМТ у детей и подростков.

Материалы и методы: На базе Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии было проведено клинко-лабораторное исследование, дополненное анкетированием подростков и молодых женщин в возрасте от 14 до 24 лет (355 человек), обратившихся за медицинской помощью в консультативную поликлинику учреждения. Средний возраст пациентов составил $20,3 \pm 2,3$.

Результаты исследования: Время начала половой жизни у наибольшего процента ответивших (42,6%) из числа пациентов принявших участие в анкетировании, приходится на 16–18 лет, раннее начало половой жизни (14–16 лет) отмечает 18% опрошенных. При анализе информированности женщин об отрицательных последствиях пренебрежения контрацепцией 84,5% указали возможность заражения ИППП, 76,7% нежелательную беременность и 67,5% — воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). На вопрос о том, что может уберечь от вышеуказанных последствий, 91% респондентов отметили презерватив, как основной способ защиты. Однако, постоянно используют данный метод контрацепции лишь 23,4%, полностью пренебрегают барьерным методом 18,3% опрошенных. Наряду с этим, не доверяют своему половому партнеру 51,7%, а чувство опасности при половых контактах присутствует у 46,6% и полностью отсутствует у 38,8% женщин. При проведении клинко-лабораторного исследования один или несколько возбудителей ИППП были обнаружены у 75,2%. В структуре заболеваний лидирующие места занимали хламидийная и микоплазменная инфекции — 22,5% и 25,1% соответственно. Два и более возбудителей обнаружены у 40,6% женщин. Следует отметить, что на перенесенные ИППП в анамнезе указали 44,0% пациенток. В структуре перенесенных гинекологических заболеваний первое место занимали эрозии и эктопии шейки матки (39,0%), на долю сальпингитов и сальпингофоритов приходилось 14,4%.

Выводы: В связи с сохраняющейся распространенностью ИППП среди лиц молодого возраста, а так же достаточно низким уровнем осведомленности в вопросах, касающихся путей передачи и клинических проявлений ИППП, не теряет своей актуальности широкая просветительская деятельность медицинских работников, направленная на разработку новых и совершенствование уже имеющихся профилактических мероприятий в сфере полового просвещения, вопросах контрацепции и профилактики заболеваний, передающихся половым путем, что наряду со своевременной диагностикой и лечением ИППП несомненно будет способствовать снижению уровня заболеваемости ВЗОМТ и сохранению репродуктивного здоровья.

Маркетинговые исследования фармацевтического рынка лекарственных средств для лечения урогенитального хламидиоза

Муковнина М.Д., Овод А.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж,

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Цель работы: Анализ ассортимента лекарственных средств (ЛС) для терапии урогенитального хламидиоза (УГХ) на российском фармацевтическом рынке.

Методы исследования: Контент-анализ официальных источников информации о ЛС (Государственный реестр ЛС, Регистр ЛС России, Справочник Видаль), маркетинговые методы, статистический анализ.

Результаты исследования: На российском фармацевтическом рынке зарегистрировано 201 торговое название ЛС для лечения УГХ, которые содержат 48 действующих веществ. Весь ассортимент можно систематизировать в 4 основные фармакотерапевтические группы: антибактериальные препараты системного действия (83,2%), иммуностимуляторы (8,1%), антисептики и дезинфицирующие средства (7,5%), противовирусные препараты (1,2%). Количество предложений лекарственных препаратов (ЛП) с учетом различных лекарственных форм и дозировок — 507. В структуре ассортимента большую часть занимают монопрепараты (85,1%), на долю комбинированных ЛС приходится 14,9%.

Основную часть ассортимента (59,2%) занимают твердые лекарственные формы, среди которых преобладают таблетки, покрытые оболочкой (73,7%) и капсулы (18,4%); остальные 8,3% приходятся на безоболочечные таблетки, таблетки вагинальные и капсулы вагинальные. ЛС для инъекций занимают 22,5% ассортимента, жидкие ЛС для внутреннего и наружного применения — 11,4%, мягкие — 6,5%, аэрозоли и спреи — по 0,2%.

Систематизация ассортимента по производственному признаку показала, что на российском рынке зарегистрированы ЛП 26 стран. В структуре ассортимента по признаку происхождения зарубежные ЛС занимают 50,3% ассортимента, российские ЛС — 49,7%. Среди зарубежных стран первое место принадлежит Индии (20,5%), второе — Словении (4,9%), третье — Югославии (2,6%), четвертое — Германии (2,4%), пятое — Нидерландам (2,2%).

Выводы: Отечественный рынок ЛС, предназначенных для терапии УГХ, характеризуется значительной широтой ассортимента и разнообразием фармакотерапевтических групп, что позволяет врачам подбирать лекарственную терапию индивидуально для каждого больного. Чем шире ассортимент, тем больше возможностей для формирования наиболее оптимального набора товаров, которые будут призваны максимально удовлетворить потребности населения. Проблемой остается ценовая доступность этих ЛС для здравоохранения и потребителей.

Лечение кондиломатоза вульвы методом аргонплазменной абляции

Обоскалова Т.А., Кузнецова Ю.Н., Глухов Е.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета УГМА, Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, МУ ЦГБ № 7, г. Екатеринбург

Цель исследования: Оценить эффективность и приемлемость использования метода аргонплазменной абляции в лечении кондиломатоза вульвы.

Материалы и методы: 21 пациентке в возрасте от 15 до 52-х лет проведено лечение кондиломатоза вульвы путем деструкции разрастаний факелом аргонной плазмы и иссечения высокочастотным электрическим током в режиме радиоволны аппаратом ФОТЕК EA141.

Результаты и обсуждение: Средний возраст пациенток составил $26,6 \pm 8,4$ года. В возрасте до 18 лет было 4 ($19,0 \pm 0,3\%$) женщины, 19–24 года — 10 ($48,0 \pm 0,5\%$), 25–29 лет — 3 ($14,3 \pm 0,2\%$), старше 35 лет — 4 ($19,0 \pm 0,3\%$). Средний возраст начала половой жизни в исследуемой группе составил $17,5 \pm 1,4\%$, причем до 15 лет начала сексуальные отношения 1 пациентка ($4,7 \pm 0,1\%$), в 16–19 лет — 18 ($85,7 \pm 0,2\%$) и только 2 ($9,5 \pm 0,2\%$) старше 20 лет. $71,4 \pm 0,8\%$ женщин имели в анамнезе беременности, родили — $42,8 \pm 0,6\%$.

На момент обращения по поводу кондиломатоза $77,3 \pm 0,3\%$ женщин имели одного сексуального партнера, $23,8 \pm 0,3$ — двух и более. $14,2 \pm 0,2\%$ больных контрацепцию не использовали, $33,3 \pm 0,4\%$ применяли барьерные методы, преимущественно презервативы, $9,5 \pm 0,2\%$ использовали спермициды, $28,5 \pm 0,4\%$ принимали комбинированные оральные контрацептивы. Другие виды контрацепции не использовались.

Кондиломатоз вульвы и влагалища в анамнезе имел место у $9,5 \pm 0,2\%$ женщин. Проводилось криохирургическое лечение.

$76,0 \pm 0,1\%$ пациенток указывали на перенесенные в прошлом инфекции половых путей. Непосредственно при обращении по поводу кондиломатоза различные инфекционные агенты в единственном проявлении и в комбинации выявлены у всех больных. У $23,8 \pm 0,3\%$ обнаружен неспецифический вагинит, вагинальный кандидоз у $28,5 \pm 0,4\%$, хламидийная инфекция отмечена у $28,5 \pm 0,4\%$, микоплазмы выявлялись у $19,0 \pm 0,3\%$ женщин.

За медицинской помощью $42,8 \pm 0,5\%$ пациенток обратились в течение 8–30 дней с момента появления клинических проявлений, $57,1 \pm 0,5\%$ — более, чем через 30 дней. $33,3 \pm 0,4\%$ больных предъявляли жалобы на обильные выделения из влагалища белого цвета, иногда с запахом. $47,5 \pm 0,4\%$ отмечали зуд и жжение в области входа во влагалище и промежности, $19,0 \pm 0,3\%$ указывали на диспареунию. Половые партнеры пациенток клинических проявлений кондиломатоза не имели.

Поражение вульвы и промежности было весьма значительным: у 14 ($66,6 \pm 0,4\%$) кондиломы имелись на малых половых губах, у 19 ($85,7 \pm 0,3\%$) — в преддверии влагалища, у 16 ($76,2 \pm 0,3\%$) — в области ануса. У всех женщин были высыпания в виде отдельных папул, а у $85,7 \pm 0,2\%$ кондиломы имели вид «цветной капусты». У $28,5 \pm 0,4\%$ больных имелись трещины и кровоточивость. У 7 ($33,3 \pm 0,4\%$) площадь поражения составила 1–5 квадратных сантиметра, у 13 ($61,9 \pm 0,4\%$) 5–10 кв.см, у $9,5 \pm 0,2\%$ — более 10 кв.см.

Всем пациенткам решено было применить лечение методом аргонплазменной абляции.

Разнообразие разрастаний от единичных папул до конгломератов в виде «цветной капусты» обусловило применение нескольких способов воздействия. В $95,2 \pm 0,2\%$ случаев применялся режим «спрей», в $61,9 \pm 0,4\%$ — «резание», коагуляция потребовалась только у 2-х пациенток ($9,5 \pm 0,2\%$) для остановки кровотечения после отсечения массивных разрастаний. Процедуры выполнялись под местной инфильтрационной анестезией лидокаином.

Отторжение струпа произошло в течение 3–5 дней у 13 пациенток ($61,9 \pm 0,4\%$), через 5–10 дней — у 8 ($23,8 \pm 0,3\%$). Полная эпителизация в пределах 7–14 дней наступила у 15 женщин ($71,4 \pm 0,4\%$), свыше 14 дней — у 6 ($14,3 \pm 0,2$) вследствие присоединения вторичной инфекции.

По окончании процедуры пациенткам было предложено ответить на вопросы анкеты относительно приемлемости метода. $95,2 \pm 0,1\%$ женщин отметили высокую удовлетворенность методом, хорошую переносимость, отсутствие необходимости частого посещения врача, возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях.

Вывод: Кондиломатоз вульвы является достаточно распространенным заболеванием, поражает преимущественно молодых женщин, значительно снижает качество жизни. Лечение кондиломатоза методом аргонплазменной абляции эффективно в 100% наблюдений, может быть проведено в амбулаторных условиях, с минимальным обезболиванием. $95,2 \pm 0,1\%$ пациенток отметили высокую комплаентность данного вида терапии кондиломатоза вульвы.

Обоснование необходимости проведения эпидемиологического расследования при выявлении случаев заражения гонококковой инфекцией и сифилисом детей дошкольного и раннего школьного возраста

Попова Е.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Коробова Г.Г., Барановская Т.Н.
ФГУ «УрНИИДВи Росмедтехнологий», ОГУЗ СОКВД, г. Екатеринбург.

Цель: Эпидемиологический анализ современного состояния заболеваемости гонококковой инфекцией детей Уральского федерального округа (УрФО), обоснование необходимости разработки комплекса мер по совершенствованию контроля заболеваемости и предупреждению дальнейшего распространения инфекций, передаваемых половым путем, в детской популяции.

Методы: Проведено популяционное эпидемиологическое исследование современного состояния уровня, динамики и структуры заболеваемости гонореей у детей до 14 лет за период с 1999 г. по 2006 г. в регионах УрФО. Материал исследования — данные государственных форм статистической отчетности № 9, № 34 за 1999–2006 гг. Для углубленного эпидемиологического анализа в качестве модельной территории выбрана Свердловская область с населением 4,306 млн человек, среди которого численность детской популяции (0–14 лет) составляет 619,8 тысячи.

Результаты: К 2007 году показатель заболеваемости гонореей детей до 14 лет снизился в 3,75 раза (2,4 на 100 тыс. соответствующего населения). Однако при системном эпидемиологическом исследовании выявлен ряд негативных тенденций. Среднее значение удельного веса детской гонореи в структуре общей заболеваемости на протяжении 8 лет за два сравниваемых 4-летних периода не снижается ($0,75\%$); продолжает регистрироваться осложнённая гонорея ($2,8\%$). Высокий удельный вес детей дошкольного и раннего школьного возраста (до 10 лет), среднее значение которого в 2003–2006 гг. составило $62,3\%$ (в 1999–2002 гг. — $46,9\%$). В 2004–2006 гг. у каждого второго ребёнка источник заражения не выявлялся. Официально превалирует бытовой путь передачи инфекции (в среднем в $64,1\%$ случаев), но при этом в структуре источников инфекции у детей, заразившихся контактно-бытовым путём, высока доля «знакомых» лиц ($24,4\%$), которая по сравнению с отдалённым 3-летним периодом (1985–1987 гг.), значительно возросла ($11,8\%$). Это ставит под сомнение бытовой путь передачи и может свидетельствовать о возможности латентных форм сексуального насилия или развратных действий в отношении ребёнка. Ориентировочным показателем возможного удельного веса детей до 14 лет, заразившихся гонококковой инфекцией половым путём при сексуальном насилии, может быть официально регистрируемый аналогичный показатель детей в возрасте до 14 лет, заразившихся сифилисом половым путём при сексуальном насилии. В УрФО в 2006 г. относительно 2002 г. удельный вес детей, заразившихся сифилисом при сексуальном насилии, вырос с $10,4\%$ до $16,7\%$ (т.е. каждый второй ребёнок из заразившихся сифилисом половым путём). Рост данного показателя наблюдается: в Челябинской (в 4,3 раза), Свердловской (в 1,8 раза) и Тюменской (в 1,5 раза) области.

Выводы: Необходимо проведение эпидемиологического расследования каждого случая гонореи и сифилиса, тщательное выявление обстоятельств заражения, особенно детей до 10 лет. При подозрении на половой путь передачи, в том числе на возможное сексуальное насилие или развратные действия в отношении ребенка, дальнейшее проведение (при согласии родителей) соответствующих дополнительных оперативно-розыскных и медицинских мероприятий с участием врача-дерматовенеролога, педиатра, юриста (судмедэксперта), медицинского психолога, при необходимости — представителей Роспотребнадзора, социальной защиты и органов прокуратуры.

Папиллома-вирусная инфекция как фактор риска развития патологии шейки матки у девочек-подростков

Рахматулина М.Р., Нечаева И.А.

ГНЦ дерматовенерологии Росмедтехнологий, г. Москва

Цель исследования: Изучение частоты выявляемости патологии шейки матки при папилломавирусной инфекции у девочек.

Методы исследования: Было выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование пациенток от 12 до 17 лет с папиллома-вирусной инфекцией, включающее клиническое обследование, идентификацию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в клиническом материале из уретры, влагалища и цервикального канала культуральным методом, определение генотипов вируса папилломы человека (ВПЧ) методом ПЦР, а также инструментальное обследование (вагиноскопию и кольпоскопию).

Результаты: Было проанализировано 111 случаев обращений девочек с различными формами папиллома-вирусной инфекции. Все девочки имели половые контакты в анамнезе. ПВИ как моноинфекция наблюдалась в 20,7 % случаев (23 образца уретрального и цервикального секрета). *Ureaplasma urealyticum* сочеталась с ПВИ в 52,3% наблюдений (выявлена в 85 образцах слизи уретрального и цервикального секретов), *Chlamydia trachomatis* — в 18,9% (в 21 образце), *Mycoplasma hominis* — в 21,6% (в 24 образцах), грибы рода *Candida* — в 17,1% (в 19 образцах), *Gardnerella vaginalis* — в 7,2% (в 8 образцах), *Mycoplasma genitalium* — в 1,8% (в 2 образцах), *Trichomonas vaginalis* — в 0,9% (в 1 образце), сифилис — в 1,8% (в 2 образцах), ВПГ 2 типа — в 2,7% (в 3 образцах), гепатит С — в 0,9% (1 случай).

Среди обследованной группы пациенток фоновые поражения шейки матки наблюдались в 51 случае, что составило 45,9%. Изолированное поражение шейки матки при папиллома-вирусной инфекции (ПВИ) наблюдалось у 21 девочки (в 18,9% случаев), а в сочетании с аногенитальными бородавками — у 30 девочек (в 27,0% случаев). Субклиническая форма ПВИ в 21,6% случаев ассоциировалась с ВПЧ «низкого» онкогенного риска (11 образцов цервикального секрета), в 33,3% (17 образцов) — с ВПЧ «среднего» онкогенного риска, в 47,1% (24 образца) — с ВПЧ «высокого» онкогенного риска.

Выводы: Наиболее часто ПВИ протекает в ассоциации с *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, грибами рода *Candida*. В большинстве наблюдений поражение шейки матки у несовершеннолетних ассоциировано с ВПЧ «высокого» онкогенного риска, что является крайне неблагоприятным прогнозом в отношении развития рака шейки матки у молодых женщин в репродуктивном возрасте.

Результаты изучения особенностей сексуального поведения несовершеннолетних различных социальных групп

Рахматулина М.Р.

ГНЦ дерматовенерологии Росмедтехнологий, г. Москва

Цель исследования: Изучение особенностей сексуального поведения несовершеннолетних различных социальных групп.

Методы исследования: Путем анкетирования и психологического обследования было проведено изучение особенностей сексуального поведения у 1 829 несовершеннолетних пациентов обоего пола в возрасте от 12 до 18 лет различных социальных групп: I группа — учащиеся старших классов средних образовательных школ и студенты вузов; II группа — учащиеся средних специальных образовательных учреждений; III группа — воспитанники детских домов и приютов; IV группа — беспризорные и безнадзорные несовершеннолетние.

Результаты: Свыше 80% опрошенных в группах I и III и свыше 90% несовершеннолетних из групп II и IV имеют сексуальный опыт, средний возраст сексуального дебюта колеблется от 14 лет в группе беспризорных несовершеннолетних до 16 лет у школьников и студентов младших курсов вузов. 67% подростков — воспитанников детских домов были свидетелями сексуальных контактов, даже оставаясь физиологически девственными.

Среди подростков из групп I и IV достоверно чаще встречались те, чей первый половой партнер был значительно старше респондента, причем у 8% беспризорных подростков это было связано с насильственным принуждением к половому контакту. Большинство опрошенных в течение жизни имело более чем одного полового партнера, наибольшее количество половых партнеров отмечено в группе III (около 10 человек в среднем), наименьшее — в группе I (6–7 человек в среднем).

За последний год количество половых партнеров опрошенных составляло от 2–4 человек в группе II, до 1–2 человек в группе III, и лишь 5–6% от всех обследованных подростков имеют более одного полового партнера в настоящее время.

Наибольшее количество случайных новых знакомых среди половых партнеров характерно для группы беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних (38,4%). Преобладание соучеников среди половых партнеров воспитанников детских домов и приютов объясняется закрытостью группы, ограниченностью социальных контактов этих подростков.

Наиболее популярной формой сексуального общения среди подростков является орально-генитальный секс, наряду с вагинальными контактами его практикуют 55% подростков из группы I, и свыше 45% подростков из групп II и III. Примечательно, что эта форма половой активности зарегистрирована более чем у 15% обследованных девственников, которые рассматривают ее как безопасную альтернативу половому акту. Около 3% подростков мужского пола из I группы и более 4% — из II и III групп практикуют гомосексуальные половые контакты, которые повышают риск заражения ИППП. В группе беспризорных несовершеннолетних этот показатель достигает 7% и нередко связан с принуждением к половому акту.

8,14% беспризорных несовершеннолетних и 6% воспитанников детских домов обращались к специалисту по причине сексуального насилия, 64% из них пережили сексуальное насилие в возрасте младше 12 лет. Среди учащихся высших, средних и среднеспециальных учебных заведений сексуальный дебют в форме изнасилования встречался в 2–3% случаев, из них в возрасте младше 12 лет — в 37,6% случаев.

Выводы: В целом наблюдается низкий уровень грамотности подростков в отношении ИППП и мер их профилактики. Наиболее уязвимыми в вопросах информированности о ИППП, согласно нашим данным, оказались несовершеннолетние — воспитанники детских домов и приютов. Отмечена крайне незначительная роль семьи и школы в процессе полового воспитания подростков. Выявлена потребность в усилении следующих разделов полового просвещения и воспитания: методы контрацепции, профилактика ИППП, сохранение репродуктивного здоровья; акцент в информировании подростков должен быть перенесен на более ранний возраст: 12–13 лет.

Терапия неспецифических вульвовагинитов: обоснование выбора антибактериальных препаратов

Рахматулина М.Р., Цыликова Н.Н., Шаталова А.Ю.

ГНЦ дерматовенерологии Росмедтехнологий, г. Москва

Цель исследования: Изучение показателей антибиотикочувствительности условно-патогенных микроорганизмов — этиологических агентов неспецифических вульвовагинитов к традиционно применяемым антибактериальным препаратам.

Методы исследования: Было выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование 150 пациенток в возрасте от 21 до 42 лет с неспецифическими вульвовагинитами, включающее клиническое обследование и идентификацию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов культуральным методом с определением профиля антибиотикорезистентности факультивно-анаэробных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Результаты: По результатам исследования антибиотикочувствительности микроорганизмов к наиболее часто применяемым антибактериальным препаратам было выявлено, что 100% клинических изолятов *E.coli* были чувствительны к амоксиклаву, гентамицину и нитрофуранам; 70% — к левофлоксацину и цефтриаксону; чувствительность к ципрофлоксацину, офлоксацину и доксициклину составила в среднем 40%. Резистентность изолятов *E.coli* в 100% наблюдений была выявлена к азитромицину, оксацилину, пенициллину. Чувствительность клинических изолятов *Enterococcus faecalis* к амоксиклаву и нитрофуранам была выявлена в 80% наблюдений, к левофлоксацину — в 56%. Резистентность 98% выделенных изолятов *Enterococcus faecalis* наблюдалась к амикацину, цефотаксиму, цефиксиму, доксициклину, оксацилину. Чувствительность клинических изолятов *S.epidermidis* в 85% наблюдений была выявлена к амикацину и цефтриаксону; резистентность к ципрофлоксацину, гентамицину, левофлоксацину, азитромицину наблюдалась в среднем у 70% штаммов, а к амикацину, цефотаксиму, нитрофуранам и доксициклину — у 98% штаммов. К амоксиклаву и цефтриаксону оказались чувствительны все выделенные клинические изоляты *Streptococcus agalactiae*, резистентность штаммов к амикацину, цефотаксиму, гентамицину, нитрофуранам, доксициклину наблюдалась у 98% штаммов.

Выводы: Согласно полученным результатам препаратами выбора в терапии неспецифических урогенитальных заболеваний являются амоксилав, левофлоксацин и цефтриаксон.

Терапия воспалительных заболеваний урогенитальной системы, обусловленных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*: обоснование выбора антибактериальных препаратов

Рахматулина М.Р., Касаткина И.С.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: Оптимизация терапии воспалительных заболеваний урогенитальной системы, обусловленных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, на основании изучения чувствительности инфекционных агентов к антибактериальным препаратам.

Методики: Культуральное исследование на *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, исследование антибиотикочувствительности (DUO, Bio-Rad, США).

Результаты работы: Проведен анализ результатов клиничко-лабораторного обследования 228 пациентов с воспалительными заболеваниями урогенитальной системы (уретрит, вагинит), обусловленными *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, при этом *Ureaplasma urealyticum* в титре $\geq 10^4$ КОЕ/мл была выявлена у 150 (65,8%) пациентов, в титре $\leq 10^3$ КОЕ/мл — у 78 (34,2%) пациентов. *Mycoplasma hominis* выявлена у 16 (7,0%) пациентов: в титре $\geq 10^4$ КОЕ/мл — у 10 (4,4%) пациентов, в титре $\leq 10^3$ КОЕ/мл — у 6 (2,6%) пациентов. Ассоциация *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* наблюдалась у 16 (7,0%) из обследованных пациентов.

При изучении антибиотикочувствительности установлено, что в 100% наблюдений выделенные изоляты *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* были высокочувствительны к миноциклину, в 99,1% наблюдений — к тетрациклину, в 98,2% — к доксициклину. Более низкая чувствительность отмечена к джозамицину (чувствительны 68,4% выделенных изолятов), клиндамицину (чувствительны 29,8% выделенных изолятов), пристиномицину (чувствительны 26,3% выделенных изолятов), офлоксацину (чувствительны 15,8% выделенных изолятов) и эритромицину (чувствительны 5,3% выделенных изолятов).

Выводы: Препаратами выбора в терапии воспалительных заболеваний урогенитальной системы, обусловленных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, являются миноциклин, тетрациклин, доксициклин.

Сравнительная оценка терапевтической эффективности реаферона-ЕС в сочетании с антибактериальным препаратом (Зи-фактор) у больных с урогенитальным хламидиозом

Сивак В.В., Тертышников В.В., Долгова М.Н.

ООО МФО «Клиника «На Здоровье», г. Краснодар

Цель — оценка эффективности сочетания применения препарата реаферон-ЕС (инъекционной и пероральной липосомальной формы) и антибактериальной терапии (зи-фактор) при лечении урогенитального хламидиоза.

Применяемые методы и технологии: Под наблюдением находилось 120 женщин-заключенных и 145 пациентов клиники, с подтвержденным диагнозом урогенитального хламидиоза, в возрасте от 17 до 56 лет со сроком заболевания от 6 до 14 и более месяцев. Из них 120 женщин-заключенных и 115 пациенток клиники получили комплексную терапию генериком азитромицина Зи-фактором по 1 г внутрь в 1, 7 и 14-й дни в сочетании с внутримышечными инъекциями реаферона-ЕС и его пероральным аналогом реаферона-ЕС — Липинт. Лечение препаратами реаферон-ЕС — Липинт, реаферон-ЕС — для инъекций и Зи-фактор проводилось 120 женщинам-заключенным, у которых был подтвержденный диагноз хламидиоза (острая, подострая и хроническая формы).

Результаты: После проведения курса терапии характер жалоб и данные объективного обследования существенно изменились. Частота жалоб и симптомов воспалительного процесса уменьшилась в среднем в 8–10 раз. Снижение количества жалоб в группах принимавших только Зи-фактор и Зи-фактор с реаферон-ЕС — для инъекций и реаферон-ЕС — Липинт по сравнению с исходной частотой оказалось статистически достоверным ($p < 0.05$). Вместе с тем сравнение частоты жалоб в группах реаферон-ЕС — Липинт + Зи-фактор и реаферон-ЕС — для инъекций + Зи-фактор между собой статистически не значимо ($p > 0.05$). С клинических позиций наиболее важным признаком ликвидации воспалительного процесса является уменьшение количества выделений, в первую очередь из цервикального канала, а также из влагалища. Нами установлено, что частота регистрации влагалищных выделений в группе принимавших Зи-фактор и иммуномодулятор уменьшилась в 2,4 раза, принимавших только Зи-фактор в 1,5 раза по сравнению с исходными данными. Разница между группами была в пользу Зи-фактора + иммуномодулятора и являлась статистически значимой ($p < 0.05$). Лечение, как правило, хорошо переносилось пациентами. Всем пролеченным пациенткам был проведен 3-кратный контроль излеченности.

Местная иммунотропная терапия при заболеваниях, сопровождающихся выделениями из влагалища

Соловьев А.М., Любопытова Д.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

Актуальность проблемы изучения инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, сопровождающихся выделениями из влагалища, определяется их широким распространением и влиянием на репродуктивную систему. Это побудило ученых в «Европейском руководстве по ведению заболеваний, передаваемых половым путем» объединить эту патологию в отдельный раздел «Ведение больных с выделениями из влагалища». На долю бактериального вагиноза и кандидозного вульвовагинита приходится более 90% всех случаев патологических выделений. Частое рецидивирующее течение этих болезней требует поиска новых подходов к терапии, влияющих на патогенетические процессы, происходящие в стенке влагалища и влагалищной жидкости.

Под нашим наблюдением было 24 женщины с жалобами на выделения из влагалища. На основании клинических и лабораторных данных у 5 женщин диагностирован кандидозный вагинит, у 15 — бактериальный вагиноз, у 4 — смешанная бактериально-кандидозная инфекция влагалища. Больным проводили местную иммунотропную терапию препаратом Иммуномакс. Методика лечения заключалась в орошении слизистой оболочки стенок и сводов влагалища раствором Иммуномакса. Эффективность лечения оценивали по динамике жалоб пациенток и данным клинического обследования. Также учитывалось наличие мицелия и почкующихся форм *Candida*, «ключевых клеток», лейкоцитов, другой флоры в материале, полученном из влагалища, канала шейки матки и уретры; данные pH-метрии и амминотеста.

Положительная динамика субъективной симптоматики отмечена у 20 пациенток, жалобы на выделения на прежнем уровне сохранялись у 4 женщин. Нормализации состояния микрофлоры удалось добиться у 13 пациенток, улучшения — у 5, без динамики показатели микроскопии остались у 6 пациенток.

Таким образом, полученные клинические результаты позволяют предположить значимость и необходимость изучения местных иммунных реакций при инфекционно-воспалительных заболеваниях, сопровождающихся выделениями из влагалища, а также перспективность применения местной иммунотропной терапии.

Проблемы женского здоровья в условиях пенитенциарной системы

Тертышников В.В., Сивак В.П.

ООО МФО «Клиника «На Здоровье», г. Краснодар

Цель: Изучить показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе и разработка вопросов профилактики инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) в местах изоляции от общества (под наблюдением находилось 1200 осужденных). В связи с тем, что количество заключенных женщин меньше, чем заключенных мужчин, предоставляемое женщинам медицинское обслуживание иногда сводится к оказанию лишь элементарной медицинской помощи и не отвечает принятым стандартам, а направление в медицинские учреждения за пределами тюрьмы также зачастую является для женщин более проблематичным, чем для мужчин. С распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа у женщин-заключенных появилась новая проблема. ВИЧ-инфекция и СПИД имеют специфическое проявление у женщин, и условия лишения свободы существенно осложняют предоставление адекватной медицинской помощи и последующее врачебное наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин (под нашим наблюдением находилось 325 ВИЧ-инфицированных). Женщины являются наиболее быстро растущей популяцией, инфицированной ВИЧ, а молодые девочки подростки подвергаются наибольшему риску заражения при вступлении в гетеросексуальные половые сношения. Ведущее к распространению инфекции пользование общими иглами и шприцами при инъекционном употреблении наркотиков, безусловно, является практикой, связанной с повышенным риском для обоих полов, а женщины, вступающие в половые сношения с потребителями наркотиков, подвергаются еще большему риску заражения половым путем, если они не предохраняются. Поэтому велика опасность того, что женщины, арестованные за правонарушения, связанные с наркотиками, и проституцию, уже заражены ВИЧ-инфекцией при поступлении в пенитенциарную систему. При первичном обследовании 450 осужденных в течение 3-х месяцев было выявлено из них 125 ВИЧ-инфицированных женщин, проведено клинко-лабораторное обследование на ИППП.

Анализ социологических исследований как основа создания программ по профилактике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в подростковой и молодежной среде

Торшина И.Е.

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Росздрава

Цель: Разработка профилактических программ для подростков и молодежи было проведено социологическое исследование, включающее оценку уровня знаний в области ИППП, определение характеристик сексуального поведения, мотивацию вступления в интимные отношения. Применяемые методы и технологии: для решения поставленных задач проведено анонимное добровольное анкетирование в различных социальных группах подростков и молодежи г. Смоленска с использованием приоритетно

разработанной анкеты. Опрос проводился среди учащихся ПТУ (100 человек), студентов 1 курсов педагогического и автотранспортного колледжей (120 человек) и медицинской академии (110 человек).

Результаты исследования показали низкий уровень осведомленности об ИППП и мерах профилактики во всех группах респондентов. Учащиеся юноши ПТУ, студентки ВУЗа, имеющие к моменту опроса сексуальный опыт, практикуют рискованное поведение: отсутствие постоянного полового партнера, интимные контактами с мало- и незнакомыми, не использование средств индивидуальной защиты. Установлено, что чем моложе возраст опрошенных, тем чаще происходит смена полового партнера. Минимальное число практикующих безопасное сексуальное поведение у респондентов до 15 лет (0,8%), наибольшее — у девушек старше 18 лет (49%). Дебют интимных отношений у 35% мотивируется материальной заинтересованностью.

1/3 респондентов не применяют барьерные методы контрацепции не только при половом дебюте, но и при последующих половых контактах. Злоупотребление алкоголем и наркотиками резко снижает уровень защищенности при вступлении в сексуальные контакты. 25% опрошенных высказывают сомнения относительно своего полового здоровья. Неблагоприятным признаком является факт отсутствия информации в случае заболевания ИППП у 20 % респондентов. Эта группа респондентов не знает, как защитить себя от ИППП и куда обратиться за медицинской помощью.

Вывод: Полученные данные могут быть использованы при создании профилактических программ с учетом выявленных особенностей в различных группах подростков и молодежи.

Опыт применения фторхинолона нового поколения моксифлоксацина (Авелокс) в лечении негонококковых уретритов у мужчин.

Хомяков М.Ю., Барабанова И.В.

Медицинский центр «Архи-МЕД», г. Астана, Казахстан

Цель работы: Изучение эффективности и безопасности препарата моксифлоксацин (Авелокс) в терапии негонококковых уретритов у мужчин.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 30 мужчин с уретритом негонококковой этиологии в возрасте от 18 до 50 лет. Обследование проводили по схеме комплексного обследования: сбор анамнеза, осмотр, ИФА крови на сифилис, бактериоскопия мазка, ПИФ диагностика. В процессе клинического обследования выясняли отсутствие аллергических реакций к препаратам группы фторхинолонов. Анализировали показатели крови (печеночные ферменты, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин) и мочи в динамике.

При обращении пациенты предъявляли жалобы на боли, зуд, жжение в уретре, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, выделения из уретры. По результатам обследования большинство пациентов имели смешанную урогенитальную инфекцию в различных ассоциациях. По завершении обследования и установления диагноза негонококкового уретрита все пациенты в качестве этиотропной терапии получали Авелокс по 400 мг 1 раз в сутки после еды в течение 10 дней. На время терапии рекомендовали половой покой, безалкогольную диету.

Результаты: Эффективность терапии оценивали по степени эрадикации возбудителя, уменьшению или исчезновению жалоб. Контрольные обследования были проведены через 2 недели и через 1 месяц. Переносимость препарата была хорошей. Только у 1 пациента возникли транзиторные диспепсические расстройства, не потребовавшие отмены препарата. Динамическое наблюдение больных в процессе терапии позволило установить, что на 5–7 день практически у всех пациентов, предъявлявших те или иные жалобы, полностью исчезли субъективные ощущения и регрессировали объективные признаки воспаления. Контрольные лабораторные исследования, проведенные через 2 недели, а затем через 1 месяц после окончания лечения показали высокую эффективность моксифлоксацина. В 29 (97%) случаях произошла полная эрадикация возбудителя, лишь у 1 (3%) пациента методом ПИФ была обнаружена уреоплазма, по поводу чего была проведена дополнительная терапия с положительным результатом. Ни в одном случае отклонений в биохимических анализах крови мы не отметили.

Выводы: Благоприятные результаты применения моксифлоксацина (Авелокс) в лечении негонококковых уретритов, отсутствие значимых побочных эффектов позволяет рекомендовать его для широкого применения.

Герпесвирусные инфекции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом

Чигвинцева Е.А.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург

Ведущая роль внутриутробных инфекций среди причин неблагоприятных перинатальных исходов определяет актуальность всестороннего изучения этой проблемы. Многие инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют общие черты: инфицирование плода может быть вызвано как острой инфекцией матери, так и активацией хронического процесса во время беременности; течение большинства инфекций у беременных женщин является латентным или субклиническим; а активация персистирующей инфекции возможна при любом нарушении гомеостаза в организме беременной. Классический пример персистентной вирусной инфекции — герпетическая, вызванная представителями семейства *Herpesviridae*. К нему относятся цитомегаловирусная инфекция, вирус герпеса простой, вирус Эпштейна–Барр, вирус опоясывающего герпеса.

При оценке результатов вирусологической диагностики у женщин вне беременности зачастую возникают трудности, так как маркеры вирусных инфекций встречаются и у здоровых людей. Противогерпетические и противцитомегаловирусные IgG выявляются у 50–100% женщин репродуктивного возраста (Ashley R., 1992). Поэтому факт анамнестического столкновения с вирусной инфекцией (наличие IgG) при обследовании женщин с отягощенным акушерским анамнезом не должен учитываться как критерий постановки диагноза латентной вирусной инфекции.

По нашим данным при обследовании 32 женщин, имеющих в анамнезе невынашивание и/или регресс беременности, представители герпесвирусов выявлялись всего в 5,0% случаев (применялся метод ПЦР), в то время как бактериальные инфекции выявлялись по данным анамнеза в 90,6%. Таким образом, полученные нами предварительные результаты, не отражают общей тенденции распространения вирусов герпеса у женщин с данной патологией. Необходимо внедрение алгоритма обследования беременных женщин, имеющих в анамнезе невынашивание и/или регресс беременности, с использованием количественных молекулярно-биологических методов диагностики герпетической инфекции. Также считаем нецелесообразным исследование титра антител (как моноисследование), так как подобный подход не может давать информацию о дальнейшем прогнозе течения беременности.

4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Клинические аспекты параллельной детекции ДНК *C.trachomatis* и ДНК микроорганизмов рода *Chlamydia* методом ПЦР

Александров А. Т.

МЛПУЗ «4-я городская больница», г. Ростов на Дону

Цель настоящего исследования показать несостоятельность и спорность параллельного исследования материала из мочеполовых путей с целью выявления *C.trachomatis* и ДНК микроорганизмов рода *Chlamydia*. Известно, что из хламидиозов только *C.trachomatis* поражает урогенитальный тракт, но некоторые врачи при направлении материала на ПЦР диагностику назначают именно параллельное исследование.

Материалы и методы: За 6 месяцев обследовано 237 человек (212 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 19 до 51 года. Для ПЦР диагностики были использованы реагенты Института биохимии и физиологии микроорганизмов (ИБФМ) Праймер III. Положительные результаты были получены у 35 (32 мужчин и 3 женщин), что составило 14,8% от числа обследованных. При этом положительные только на *C.trachomatis* у 15 человек (42,9%). Сочетанное обнаружение *C.trachomatis* и ДНК рода *Chlamydia* у 14 (40%) и только родовой ДНК у 6 человек (17,1%) от числа всех положительных результатов. Полученные, при таком подходе данные, выявили два важных аспекта. Во-первых. Почему в половине случаев при положительных результатах на *C.trachomatis* ДНК микроорганизмов рода *Chlamydia* остается отрицательным? В этом случае, для верификации требуется повторное исследование, которое никогда не проводилось. Во-вторых, положительный результат только на ДНК рода *Chlamydia* не имеет значения для лечебных действий врача венеролога, поскольку лаборатория не дифференцирует, является ли это *C.muridarum* или *C. suis* присутствие которых в мочеполовых путях до настоящего времени не было зарегистрировано. В этой связи, следует полагать, что заявка на параллельное исследование, есть профессиональная некомпетентность или коммерческий умысел недобросовестного врача.

Выводы: Очевидно, имеет смысл лабораториям, самим продолжить исследования для получения доказательной базы своих результатов, ибо в противном случае полученные данные дискредитируют сам метод ПЦР диагностики, считающийся золотым стандартом (высокочувствительным и специфичным). Для исключения разного толкования, получаемых результатов, в том числе коммерческого умысла, возможно, было бы целесообразно регламентировать перечень инфекций, подлежащих обследованию врачами венерологами. По крайней мере, главным дерматовенерологам регионов и крупных городов следует на это обратить внимание.

Сравнительное изучение частоты выявления ДНК, мРНК и антигенов *M. hominis* и *U. urealyticum* в клиническом материале от гинекологических и урологических больных

Бархатова О.И., Балабанов Д.Н., Растегаева И.Н.

ГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва

Цель работы — проведение сравнительного изучения частоты выявления антигенов, ДНК и мРНК *M. hominis* (Mh) и *U. urealyticum* (Uu) в сыворотке крови и соскобе из УГТ больных с гинекологическими и урологическими заболеваниями.

Применяемые материалы и методы: Антигены возбудителей определяли в реакции агрегатгемагглютинации (РАГА) в сыворотке крови больных. ДНК и мРНК выявляли методом ПЦР и обратной транскрипции (ОТ) в сыворотке крови и содержимом соскобов из УГТ.

Результаты работы: Сравнительный анализ частоты выявления ДНК исследуемых возбудителей в соскобах из УГТ и сыворотке крови показал, что ДНК как Mh, так и Uu чаще обнаруживается в соскобах из УГТ, чем в сыворотке крови больных. Так ДНК Mh выделена в 37,4% случаев из соскобов и в 20,7% случаев из сыворотки крови, Uu в 46,3% и 4% случаев соответственно.

В соскобе из УГТ ДНК Uu выявляется чаще (46%), чем Mh (37%). Однако в сыворотке крови наблюдается обратное соотношение — ДНК Mh обнаружена в 21% случаев, тогда как ДНК Uu лишь у 4% обследованных.

Сравнение результатов частоты выявления антигенов и ДНК возбудителей в сыворотке крови обследованных больных показало, что антигены обоих возбудителей обнаруживаются с большей частотой, чем ДНК. Так, антигены Mh выявлены в 43% случаев, антигены Uu в 36,3%. ДНК Mh выделена в 15% случаев, ДНК лишь у 2,2% обследованных. Результаты выделения ДНК из материала соскобы из УГТ были несколько выше. Так ДНК Mh выявлена у 18,5% обследованных, Uu — в 24,4% случаев. Клинический материал, содержащий ДНК исследуемых возбудителей использовали для выделения из него мРНК. Анализ полученных результатов показал, что мРНК Mh в материале из УГТ выявлялась у 43,7% обследованных в сыворотке крови в 14,2% случаев. Для Uu эти показатели были значительно ниже 10,5% и 7,5% соответственно.

Вывод: Высокая частота выявления антигенов Mh и Uu возможно объясняется их способностью длительно сохраняться в инфицированном организме. Длительность сохранения антигена может быть связана с персистенцией живых клеток возбудителя в макроорганизме в каких-то неизвестных пока очагах с последующим поступлением антигенов в кровь. Природа антигенемии изучается нами в настоящее время.

Неоспоримым доказательством присутствия возбудителя в организме больного могут быть или выделение его из клинического материала или выявление его мРНК, наличие которой может свидетельствовать об активной экспрессии генов.

Низкие показатели частоты выявления мРНК по сравнению с ДНК исследуемых возбудителей могут быть следствием методических погрешностей (по данным разработчиков тест систем для выделения мРНК возможна потеря до 50–80%). Это может быть также связано с тем, что фрагменты мРНК имеют короткий срок существования. Кроме того, разница в частоте выявления ДНК и мРНК, возможно, объясняется тем, что ДНК или ее фрагменты способны сохраняться в макроорганизме в течение длительного периода после заболевания. Об этом свидетельствуют результаты наших опытов по длительности сохранения ДНК в организме экспериментально инфицированных животных. Так в органах кроликов ДНК Mh в ПЦР выявлялась до 2 месяцев, в органах мышей она сохранялась 2 недели.

Результаты использования метода ПЦР для оценки нарушений уrogenитального биоценоза

Воронова О.А., Евстигнеева Н.П., Герасимова Н.М., Кузнецова Ю.Н.

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий, г. Екатеринбург

Цель: Оценить видовую специфичность и уровень нарушения уrogenитальной микробиоты, полученных микробиологически и методом ПЦР в режиме реального времени.

Материалы и методы: Проведено пробное комплексное клинико-лабораторное обследование женщин. Средний возраст пациенток составил $28,7 \pm 5,6$ лет. Клинический материал (отделяемое влагалища) исследовался методами бактериоскопии, культуральным и молекулярно-биологическим (ПЦР, использовался набор реагентов Фемофлор-16) Результаты и обсуждение. Из анамнеза удалось выяснить, что 46,15% женщин страдают заболеванием год и более, 30,77% от 2 мес до года. С острыми явлениями обратились только 15,38% больных. Трети обратившихся женщин (30,77%) был выставлен диагноз неспецифического вагинита (НВ), а остальным (76,92%) бактериального вагиноза (БВ) ($p = 0,025$). По данным бактериологического исследования у женщин, страдающих НВ в микрофлоре преобладали лактобактерии — 75,0%, коринебактерии — 25,0%, стрептококки — 25,0%, энтеробактерии — 25,0%. У женщин с выявленным БВ, преобладали коринебактерии — 33,3%, гарднерелла — 55,6%, уреаплазма — 11,2%, микоплазма — 22,2%, в низких титрах присутствовали лактобактерии. По данным исследования микрофлоры влагалища методом ПЦР-диагностики, у женщин с НВ обнаружены: лактобактерии у 50,0% обследованных, эубактерии у 25,0%, клостридии у 50,0%, и уреаплазма у 25,0%. Среди страдающих БВ микробный пейзаж был более разнообразен, наиболее часто регистрировались: гарднерелла — 66,8%, эубактерии — 77,8%, вейонелла 66,8%, микоплазма и уреаплазма по 55,6%, соответственно. У более чем половины этих пациенток (55,6%), был выявлен *Atopobium vaginae*, микроорганизм, который оказался более специфичным маркером бактериального вагиноза, чем *G. vaginalis*.

Выводы: Поскольку *Atopobium vaginae* не имеет специфических микроскопических признаков как *G. vaginalis* и *Mobiluncus spp.* и не определяется культурально, следовательно, основным методом диагностики вагинального атопобиума является полимеразная цепная реакция.

Обнаружение в материале уrogenитального тракта человека последовательностей рибосомальных ДНК неизвестных видов эукариот, имеющих высокую генетическую гомологию с трихомонадами

Гущин А.Е., Рыжих П.Г., Маркелов М.Л., Неверов А.Д., Шипулин Г.А.

ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора», г. Москва

Введение: Использование культурально-независимого метода, основанного на филогенетическом анализе нуклеотидных последовательностей рибосомальных генов (рДНК) микроорганизмов позволило расширить представление о видовом разнообразии микробного сообщества уrogenитального тракта и выявить новые виды бактерий, колонизирующих мочеполовые пути человека. Однако до последнего времени такой подход не использовался в изучении разнообразия эукариотических микроорганизмов, в частности трихомонад, при этом считается, что человек является хозяином только трех видов трихомонад, из которых один — *Trichomonas vaginalis* обитает в уrogenитальном тракте и является возбудителем мочеполового трихомониаза.

Целью данного исследования стал филогенетический анализ нуклеотидных последовательностей, выявляемых при амплификации с праймерами, специфическими к 18S- и 5.8S-рДНК представителей семейства *Trichomonadidae*, в материале из уrogenитального тракта мужчин и женщин.

Материалы и методы: В качестве исследуемого материала использовали препараты ДНК, полученные из отделяемого цервикального канала и влагалища, а также отделяемого уретры мужчин. Всего было исследовано 285 образцов, полученных от пациентов как с клинической симптоматикой уrogenитальной инфекции, так и от клинически здоровых лиц. Проводили ПЦР-амплификацию с указанными выше праймерами, полученный продукт амплификации секвенировали, после чего проводили филогенетический анализ полученных последовательностей ДНК.

Результаты: Частота выявления последовательностей 18S- и/или 5.8S-рДНК оказалась достаточно высокой и составила в среднем 44% среди всех обследованных. Филогенетический анализ показал, что у 6 пациентов фрагменты рДНК имели 100%-ую гомологию с *T. vaginalis*. При этом у всех этих пациентов были положительными результаты ПЦР-исследования, проведенного с помощью коммерческой тест-системы к не-рибосомальным фрагментам генома *T. vaginalis*.

Филогенетический анализ остальных последовательностей рДНК показал, что среди различных видов простейших и грибов полученные нуклеотидные последовательности рДНК имеют наибольшую генетическую гомологию с трихомонадами птиц и животных. При этом обращает на себя внимание и выраженный генетический полиморфизм, свидетельствующий о видовом разнообразии неизвестных микроорганизмов. В недавно проведенных исследованиях материалов ротовой полости и бронхов пациентов пульмонологических отделений при цитологическом анализе были обнаружены микроорганизмы, морфологически сходные с трихомонадами, а филогенетический анализ амплифицированных фрагментов 5.8S-рДНК показал их высокую гомологию с *Tetratrichomonas gallinarum* — трихомонадой птиц (Kutisova K et al., Parasitology 2005) и *Trichomonas foetus* — трихомонадой животных (Doboucher C., et al., JCM 2005).

Выводы: Полученные нами результаты свидетельствуют о наличии в материале уrogenитального тракта человека последовательностей 18S- и 5.8S-рДНК-неизвестных видов эукариотических микроорганизмов, имеющих высокую генетическую гомологию с трихомонадами птиц и животных.

ДТ-96 — Современный прибор для проведения ПЦР в режиме реального времени

Иванов Д.С.

ЗАО «НПФ ДНК-Технология», г. Москва

Своевременная и качественная диагностика ИППП крайне важна для врача-клинициста, и значимую роль в диагностике инфекционных заболеваний играют результаты лабораторных исследований.

На современном рынке представлены реагенты, позволяющие проводить идентификацию большого числа инфекционных агентов, способных вызывать поражения уrogenитального тракта. Также существуют лабораторные технологии и соответствующие им оборудование, позволяющие проводить необходимые исследования.

Одной из таких технологий является полимеразная цепная реакция (ПЦР) с детекцией результатов в режиме реального времени, которая получила в настоящее время широкое распространение в клиничко-диагностических лабораториях. Ее достоинствами является надежность, воспроизводимость и высокая скорость получения результатов.

Все эти несомненные достоинства технологии реализованы в детектирующем термоциклере ДТ-96, который разработан и выпускается научно-производственной фирмой «ДНК-Технология».

ДТ-96 — это инновационность технических решений, надежность конструкции, простота интерфейса, гибкость в настройке параметров. ДТ-96 является оптимальным выбором для диагностических лабораторий, требующих высокой точности полученных результатов, их хорошей воспроизводимости, возможности проведения качественных и количественных исследований, а также большой пропускной способности при выполнении рутинных анализов. Такие необходимые для лаборатории условия соблюдаются благодаря следующим конструктивным особенностям оборудования:

96-луночный термоблок, позволяющий использовать стандартные пробирки, стрипы и планшеты, обеспечивает высокую производительность.

Русскоязычное программное обеспечение, адаптированное под проведение клинических исследований, позволяет выдавать результаты в удобном для трактовки врачом-клиницистом виде и экономит время врача-лаборанта.

Встроенная память гарантирует стабильность работы оборудования, сохраняя результаты исследования даже при кратковременных сбоях и помехах в электросети.

Современная технология полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени (ДТ-96), представляющая из себя комплекс оборудования, программного обеспечения и реагентов, полностью обеспечивает все потребности клиничко-диагностической лаборатории в широком спектре проводимых анализов.

Контроль качества наборов реагентов, применяемых при лабораторной диагностике сифилиса в Российской Федерации

Ротанов С.В., Кубанов А.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», Москва

Цель исследования: Оценка качества наборов реагентов (НР) для клинических лабораторных исследований, применяемых при диагностике сифилитической инфекции, выпускаемых отечественными производителями.

Применяемые методы и технологии: Регламент проведения контроля качества НР соответствовал «Программе добровольного контроля качества НР, применяемых для диагностики инфекций, передаваемых половым путем, в Российской Федерации», разработанной в ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» в 2007 году. Оценку качества производственных серий НР осуществляли в соответствии с Техническими условиями и иными нормативными документами по их промышленному выпуску, а также Инструкциями по применению НР. Специфическую активность компонентов НР изучали в регламентированных серологических реакциях с аттестованными панелями сывороток крови (содержавшими и не содержащими антитела к *T. pallidum*) и контрольными материалами из экспертной панели «ЭП СИФИЛИС» (№ гос. регистрации ФСР-2007/00695 от 18.09.07).

Результаты работы: В период 2007–2008 годов в оценке качества НР для лабораторной диагностики сифилиса приняли участие ООО «АмерКард» (Москва) [1], ЗАО «Вектор-Бест» (п. Кольцово Новосибирской обл.) [2], ООО «НПО «Диагностические системы» (Н. Новгород) [3], ЗАО «ДРГ Техсистемс» (Москва) [4], ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва) [5], ЗАО «Медико-биологический союз» (Новосибирск) [6], ФГУП «НПО «Микроген» (Москва) [7], ООО «ЭКОлаб» (Электрогорск Московской обл.) [8], предоставившие НР для проведения приемочных, медицинских испытаний и текущего контроля производственных серий НР. В 2007 г. был проведен контроль 30, а за 9 мес. 2008 г. — 25 производственных серий НР; в том числе для иммуноферментного анализа [1, 2, 3, 4, 6, 8], реакции пассивной гемагглютинации [2, 3, 5, 8], микропреципитации [3, 5, 7, 8], антигена трепонемного ультраозвученного [8] и сыворотки крови контрольной [8]. Проведение контроля позволило выявлять различные нарушения технологии производства НР и рекомендовать отделам биологического технологического контроля (ОБТК) производственных предприятий оперативно устранять выявленные нарушения и недочеты. При проведении контроля была показана высокая диагностическая специфичность и чувствительность (не менее 95%) большинства исследованных серий НР, что соответствовало нормативным требованиям к диагностическим наборам данной группы.

Рекламаций на качество НР в адрес ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» не поступало.

Основные потребители НР — лаборатории дерматовенерологических учреждений Российской Федерации — регулярно информировались о мероприятиях добровольного контроля качества НР.

Вывод: Централизованное и регулярное проведение в ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» мероприятий контроля качества НР для диагностики сифилиса, выпускаемых отечественными производителями, позволяет обеспечивать необходимый уровень качества серологических исследований в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации. Использование результатов контроля качества в региональных клиничко-диагностических (серологических) лабораториях позволяет экономить материальные ресурсы на процедуре входного лабораторного контроля приобретаемых диагностических НР.

Изучение устойчивости популяции *Neisseria gonorrhoeae* к пенициллинам, тетрациклинам и фторхинолонам молекулярно-биологическими методами в Российской Федерации за 2007 год

Кухарева Е.Н., Фриго Н.В., Сидоренко С.В.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Эффективное лечение гонореи предполагает изучение профиля антибиотикорезистентности штамма *N. gonorrhoeae*, выделенного от конкретного больного. Традиционно исследование проводится с использованием микробиологических методов, но развитие в последнее время молекулярных методов дает возможность изучить формирование устойчивости *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам на генетическом уровне. Наличие определенных генов во внехромосомных элементах клетки — плазмиды — может свидетельствовать об устойчивости данного штамма к антибиотикам: *bla*-гена об устойчивости к пенициллинам, *tetM*-гена об устойчивости к тетрациклинам. Помимо плазмидных, существуют хромосомные механизмы антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae*. Например, мутации в генах *ponA*, *penA*, *penB* свидетельствуют об устойчивости к пенициллинам, мутация в гене *gypJ* об устойчивости к тетрациклинам, изменения в генах *gyrA*, *parC* об устойчивости к фторхинолонам.

Использование молекулярно-биологических методов позволяет провести типирование гонококка по *Por*-гену, кодирующему главный белковый компонент наружной мембраны гонококка — белок PI. Молекулы белка PI образуют трехмерные структуры — пориновые каналы, пронизывающие наружную мембрану *N.gonorrhoeae*. Эти каналы проницаемы только для анионов, которыми являются активные компоненты антибактериальных препаратов.

Антигенные свойства белка PI постоянны у одного штамма и различаются у разных штаммов. Существуют две формы этого белка — белок PIA и белок PIB, каждый штамм содержит только одну из них. Гены, кодирующие белки PIA и PIB, являются аллельными вариантами одного гена. Для PIB штаммов характерна мультирезистентность к широкому спектру антибактериальных препаратов (пенициллины, тетрациклины, амногликозиды, фторхинолоны).

Материалы и методы: В 2007 году в ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России» молекулярно-биологическими методами было исследовано 300 штаммов *N.gonorrhoeae*, выделенных от больных гонореей в Федеральных округах России. В работе использовались молекулярно-биологические методы: полимеразная цепная реакция с последующей детекцией продуктов амплификации методом горизонтального электрофореза в 2% агарозном геле (гены *bla*, *tetM*), реакция минисеквенирования (мутации в генах *penA*, *ponA*, *rps*, *gyrA*) с последующей идентификацией продуктов амплификации на время-пролетном масс-спектрометре — MALDI TOF MS (Bruker Daltonics), определение нуклеотидной последовательности *N.gonorrhoeae* с использованием технологии секвенирования (мутации в области *parC*, *por*-типирование, анализатор Genetic Analyzer 3130 Applied Biosystems).

Результаты: Изучение антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* молекулярными методами выявило наличие плазмидных детерминант устойчивости по гену *bla* (1% штаммов), по гену *tetM* (1,3 %). Мутации в генах хромосомной ДНК, ответственные за формирование устойчивости к атимикробным препаратам, были обнаружены в генах *ponA* (65%), *penA* (53%), *rps* (58,5%), *gyrA* (57,7%), *parC* (30,7%). Нуклеотидный полиморфизм *Por*-гена позволил выделить в изученных изолятах 89,2% штаммов, относившихся к PIB серовару, и 10,2% штаммов — к PIA серовару.

Выводы: Проведенное исследование подтвердило генетическую гетерогенность российской популяции *N.gonorrhoeae* с преобладанием мультирезистентных штаммов, относившихся к PIB серовару. В ходе работы были обнаружены особенности генотипа возбудителя гонореи, имеющие предиктивную значимость в определении антибиотикорезистентности:

- преобладание хромосомных механизмов устойчивости *N.gonorrhoeae* к пенициллину и тетрациклину над плазмидными;
- наличие мутаций в генах *gyrA* и *parC*, ответственных за формирование резистентности *N.gonorrhoeae* к фторхинолонам;
- мутации в *Por*-гене, ведущие к снижению проницаемости клеточной стенки *N.gonorrhoeae*.

Значение простых быстрых иммунохроматографических тестов («point-of-care» — диагностика по месту лечения) в серодиагностике сифилиса: Determine Syphilis TP

Нестеренко В.Г., Суслов А.П., Ловенецкий А.Н.

ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им.Н.Ф.Гамалеи РАМН, ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», г. Москва

Целью настоящей работы является попытка определения места простых быстрых иммунохроматографических тестов в серодиагностике сифилиса. В последнее десятилетие в России зарегистрировано несколько простых быстрых иммунохроматографических тестов, позволяющих в течение 15–20 минут выявлять наличие в образцах плазмы, сыворотки и в ряде случаев цельной крови пациентов наличие сероконверсии (суммарных антител) против антигенов *T. pallidum*. Эти тесты имеют высокие показатели чувствительности и специфичности, сопоставимые со свойствами иммуноферментных тест-систем и РПГА. Вместе с тем положение этих тестов в существующих алгоритмах серодиагностики сифилиса, прописанных и утвержденных в Методических указаниях Постановка отборочных и диагностических тестов на сифилис», согласно приказу Минздрава РФ № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» от 26.03.2001 г. не было определено. Поскольку быстрые иммунохроматографические тесты относятся к группе трепонемных тестов, предполагаемое место, которое они могут занимать в серодиагностике сифилиса, это высокочувствительный скрининг на суммарные специфические противотрепонемные антитела в ситуациях, когда отсутствуют временные или технические возможности для постановки стандартного комплекса серологических реакций, применяемых для серодиагностики сифилиса. Одной из основных областей применения быстрых иммунохроматографических тестов является их использование для тестирования групп риска в анонимных кабинетах сети кожно-венерологических диспансеров, а также для скрининга декретируемых контингентов. Целесообразно использование данных тестов для скрининга беременных, пациентов в urgentных ситуациях (хирургия, акушерство, трансфузиология, трансплантология). Возможно применение данного метода при скрининге призывников, тестировании иммигрантов, контингентов ГУИН, жертв сексуального насилия. Положительные результаты скринингового тестирования с использованием быстрых тестов должны подтверждаться в стандартном комплексе серологических реакций (сочетание нетрепонемных и трепонемных тестов), а также альтернативных подтверждающих тестов в случае расхождения результатов тестирования. Вместе с тем недопустима практика продажи и продвижения таких тестов в упаковках на один анализ для самотестирования пациентов. Сравнительные клинические испытания зарегистрированных в РФ простых быстрых иммунохроматографических тестов для серодиагностики сифилиса (Ротанов С.В., Фриго Н.В., Ключева В.И. Сравнительное изучение иммунохроматографических наборов для экспресс-диагностики сифилиса: Клиническая лабораторная диагностика. 2008, №2, с. 42–45.) на основе показателей чувствительности (100%), специфичности (100%), сроков годности (24 месяца), режима хранения (комнатная температура), по простоте технического выполнения теста и интерпретации результатов позволили определить в качестве лидирующего по суммарным показателям тест Determine Syphilis TP, что совпадает с оценкой данного теста, сделанной в результате аналогичных сравнительных испытаний ЕРБ ВОЗ (Sex.Transm. Inf. 2006; 82: 7–12).

Исследование стабильности контрольных материалов, приготовленных из сыворотки крови человека

Ротанов С.В., Фриго Н.В., Полетаева О.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Цель исследования: Изучение стабильности контрольных материалов, приготовленных на основе сыворотки крови человека при добавлении различных видов консервирующих реагентов.

Применяемые методы и технологии: На основе 10 образцов сыворотки крови больных сифилисом и здоровых лиц были приготовлены контрольные материалы (KM), разрабатываемые для проведения внешнего и внутрилабораторного контроля качества лабораторной диагностики сифилиса, путем внесения консервирующих и стабилизирующих добавок (борной кислоты

[1], диметилсульфоксида [2], ЭДТА [3], метилмертиолята [4], Proclin-300 [5] или азида натрия [6]) и последующей стерилизующей фильтрации через набор мембран с величиной пор 0,22 мкм; контролем являлась сыворотка крови без консервантов, подвергнутая стерилизующей фильтрации [7]. Для изучения стабильности КМ проводилось определение содержания трепонемоспецифических антител методами ИФА и РПГА (качественное и полуколичественное исследование) через каждые 10–14 дней хранения КМ в течение 4–х месяцев при различных температурных условиях.

Результаты работы: Установлено, что внесение в КМ стабилизирующих добавок и их последующее хранение при комнатной температуре (+ 20–25 °С) приводило к потере специфических активности КМ (до 20–27% от исходного уровня). При более низкой температуре хранения (+4–8 °С) динамика снижения уровня антител была менее выраженной; в КМ с консервирующими добавками 4, 5 или 6 через 120 дней хранения активность антител сохранялась на уровне 68,2–70,3% от исходного значения, другие консерванты (1, 2, 3) показали меньшую эффективность: сохранение 39,9–57,4% активности антител от исходного уровня.

Замораживание КМ с добавками 3, 4 и 6 в течение 120 дней при температуре минус 18–20 °С сохраняло исходный уровень антител к бледной трепонеме; в КМ с добавками 1, 2 и 5 наблюдалось снижение уровня антител до 93%, 97% и 70% соответственно. При хранении КМ в течение 120 дней при температуре минус 80 °С уровень антитрепонемных антител практически не изменялся и оставался в пределах 100% с добавками 3, 4, 6 и без добавок (7); при использовании добавок 1, 2 и 5 наблюдали незначительное снижение уровня антител — на 1–4 % от исходного значения.

Выводы: Проведенные исследования показали, что наиболее высокая стабильность КМ, предназначенных для проведения внутрилабораторного и внешнего контроля качества серологических исследований, применяемых при диагностике сифилитической инфекции, наблюдалась при их хранении в условиях низкой температуры (минус 18–20 °С и ниже). Вместе с тем, их хранение при более высокой температуре (+4–8 °С) не давало высокой стабильности уровня антител в КМ вне зависимости от добавления разных консервирующих добавок. Полученные данные позволяют заключить, что для получения стабильных КМ, сохраняемых при наиболее часто используемом температурном режиме (+4–8 °С), необходима разработка более сложной рецептуры консервирующих добавок, включающей сочетанное использование реагентов.

Диагностическая эффективность иммуноблоттинга при верификации сифилитической инфекции

Ротанов С.В.

ФГУ «ГНЦД Минздравоохранения России», г. Москва

Цель работы: Проведение сравнительной оценки диагностической эффективности исследования сыворотки крови методом иммуноблоттинга в формате линейного иммуноферментного анализа и других регламентированных методов диагностики сифилиса при верификации сифилитической инфекции.

Применяемые методы и технологии: Материалом для исследования служили образцы сыворотки крови 77 пациентов, обратившихся в научно-консультационное отделение ФГУ «ГНЦД Минздравоохранения России» в период 2006–2008 годов для обследования на наличие сифилитической инфекции. Для выявления в образцах сыворотки крови антител, ассоциированных с сифилитической инфекцией, были применены регламентированные методы исследования: реакции связывания комплемента с кардиолипидным (РСКк) и трепонемным антигеном (РСКт), микропреципитации (РМП), пассивной гемагглютинации (РПГА), иммунофлюоресценции (РИФ_{а6с/200}), иммобилизации бедных трепонем (РИТ), иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблоттинг (ИБ). Для постановки ИБ применяли набор реагентов «INNO-Lia™ Syphilis Score» производства фирмы «Innogenetics N.V.», Бельгия.

Результаты работы: Наличие и отсутствие трепонемоспецифических антител в образцах сыворотки оценивалось по результатам их исследования в РИФ_{а6с} и РПГА: при этом положительные результаты были получены с 65 сыворотками крови, отрицательные — с 11; с одним образцом наблюдали слабopоложительный результат в РПГА и отрицательный — в РИФ_{а6с}. При исследовании 65 сывороток крови, содержащих антитела к *T. pallidum*, положительные результаты в ИФА_{IgG+M} были получены с 58 образцами (чувствительность метода исследования — 89,2%), в РИФ₂₀₀ — с 38 (58,5%), в РСКт — с 30 (46,2%), в РСКк — с 13 (20,0%), в РМП — с 24 (36,9%), в РИТ — с 25 (38,5%), в ИБ — с 64 (98,5%). С 11 образцами, показавшими отрицательные результаты в РИФ_{а6с} и РПГА, в других тестах (ИФА_{IgG+M}, РИФ₂₀₀, РСКт, РСКк, РМП, РИТ, ИБ) во всех случаях также были получены отрицательные результаты исследования (специфичность методов исследования — 100%). Изучение одного образца сыворотки крови, демонстрировавшего слабую реактивность в РПГА и отрицательный результат в РИФ_{а6с}, дало положительные результаты в РСКт, ИФА_{IgG+M} и ИБ при отрицательных результатах исследования в РИФ_{а6с}, РСКк, РМП и РИТ.

Вывод. Результаты изучения метода иммуноблоттинга в формате линейного иммуноферментного анализа для выявления антитрепонемных антител показало его высокую диагностическую чувствительность (98,5%) и специфичность (100%), что позволяет рекомендовать данный метод к применению в дерматовенерологических учреждениях, не осуществляющих постановку РИФ и РИТ, в особенности при исследовании образцов с низким содержанием трепонемоспецифических антител.

Пути оптимизации качества выполнения работ, проводимых с культурами *N. gonorrhoeae* в рамках мониторинга антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* в субъектах Российской Федерации

Соломка В.С., Полевщикова С.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравоохранения России», г. Москва

Цель: Оптимизировать качество выполнения работ по сбору и доставке штаммов *N. gonorrhoeae* из ЛПУ дерматовенерологического профиля субъектов Российской Федерации.

Материалы и методы: В 2007 году в рамках мониторинга изменчивости *N. gonorrhoeae* и резистентности к антимикробным препаратам было получено 1378 образцов культур *N. gonorrhoeae*. Сбор клинического материала осуществлялся в ЛПУ дерматовенерологического профиля 36 субъектов Российской Федерации от больных неосложненной гонококковой инфекцией уrogenитального тракта. Первичная идентификация гонококка в регионах Российской Федерации проводилась бактериоскопическим и бактериологическим методами. Выделенные чистые культуры *N. gonorrhoeae* сохранялись в крио-среде в условиях низкой температуры (–20 °С, –40 °С, –80 °С). Экспресс-доставка культур гонококка в ФГУ «ГНЦД Минздравоохранения России» осуществлялась с соблюдением принципа «холодовой цепи» курьерской службой «DHL-International».

Результаты: Из общего числа полученных культур *N. gonorrhoeae* в 2007 году было выделено 49,2% жизнеспособных штаммов. В ходе выполнения работ по сбору и доставке штаммов гонококка были выявлены причины неполного выделения культур на каждом этапе лабораторного исследования. К ошибкам на преаналитическом этапе исследования относились: некачественно проведенный забор биологического материала, несоблюдение условий хранения расходных материалов и нарушение температурного режима и/или времени доставки материала в лабораторию. Любое из этих нарушений могло привести к неправильному установлению диагноза даже при наличии гонококковой инфекции. Ошибки аналитического этапа являлись основными причинами неполного выделения культур *N. gonorrhoeae*. Они были обусловлены низкой квалификацией персонала лаборатории, выполняющего исследование (некачественное проведение бактериоскопии, культурального исследования и видовой идентификации выделенных микроорганизмов), отсутствием необходимого оборудования, а также неправильной организацией работы лаборатории, в том числе отсутствием в лаборатории внешнего и внутрилабораторного контроля качества проводимых исследований. На постаналитическом этапе исследования наблюдалось нарушение «холодовой цепи» при транспортировке замороженного материала.

Выводы: Для оптимизации качества выполнения работ по сбору и доставке штаммов *N. gonorrhoeae* из ЛПУ субъектов Российской Федерации необходимо на всех этапах исследования соблюдать рекомендации, описанные в сборниках стандартных операционных процедур, разработанных в рамках выполнения мероприятий Федеральной целевой программы в центре мониторинга — ФГУ «ГНЦД Минздрава России». Это позволит повысить качество работ и увеличить число жизнеспособных штаммов *N. gonorrhoeae*.

Исследование условно-патогенной флоры методом ПЦР в режиме реального времени

Тумбинская Л.В.

ЗАО «НПФ ДНК-Технология», г. Москва

В настоящее время инфекционно-воспалительные урогенитальные заболевания женщин занимают в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости первое место в мире. Несвоевременная диагностика инфекционных заболеваний, вызванных условно-патогенной микрофлорой, может стать причиной нарушения репродуктивной функции женщины.

Поэтому возникла настоятельная потребность в разработке и внедрении в практическое здравоохранение новых диагностических подходов, позволяющих своевременно (до развития осложнений) диагностировать такие заболевания. Подобные новые диагностические подходы необходимы также для определения объема медикаментозного вмешательства и осуществления объективного контроля эффективности лечения и выздоровления пациенток.

На сегодняшний день метод ПЦР широко используется в российской лабораторной практике для идентификации условно-патогенной микробиоты урогенитального тракта — *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* и т.д. Однако «классическая» ПЦР с регистрацией результата по окончании реакции, позволяющая идентифицировать любые микроорганизмы до вида, не предполагает их количественной характеристики и тем более не дает представления о соотношении количеств микроорганизмов в исследуемой пробе. В то же время дисбиотические процессы характеризуются нарушением количественных соотношений нормальной и условно-патогенной микрофлоры. Поэтому качественная оценка нормобиоты и условно-патогенной микрофлоры, не позволяет определить этиологическое значение тех или иных микроорганизмов в развитии дисбиотических нарушений и степени их выраженности, что, в свою очередь, может привести к диагностическим ошибкам и назначению неадекватной терапии, в ряде случаев, усугубляющей заболевание.

Существующие в настоящее время методы молекулярно-биологической диагностики инфекционных агентов позволяют проводить анализ ДНК более чем 20 различных групп микроорганизмов, входящих в состав урогенитального биоценоза. Многие из этих микроорганизмов, являясь значимыми для развития дисбиотических процессов, не диагностируются никакими другими известными сегодня методами лабораторной диагностики.

Метод ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени позволяет проводить многофакторный количественный анализ условно патогенной флоры урогенитального тракта, что является принципиально новым подходом к диагностике состояния женщины и может служить чувствительным инструментом для исследования биоценоза.

Результаты мониторинга антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* в Российской Федерации в 2007 году

Фриго Н.В., Сидоренко С.В., Лесная И.Н., Соломка В.С., Полевщикова С.А., Буканов Н.А.

ФГУ «ГНЦД Минздрава России», г. Москва

Цель: Оценить состояние чувствительности *N. gonorrhoeae* к антимикробным препаратам (АМП) среди штаммов, выделенных в 2007 году от больных острой неосложненной гонококковой инфекцией из различных субъектов Российской Федерации.

Материалы и методы: В 2007 году, в рамках подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» проводился мониторинг антибиотикорезистентности *N. gonorrhoeae* с определением чувствительности выделенных штаммов к АМП. Из 36 субъектов Российской Федерации было собрано 660 жизнеспособных штаммов *N. gonorrhoeae*. Чувствительность *N. gonorrhoeae* к АМП (пенициллин, тетрациклин, ципрофлоксацин, спектиномицин, азитромицин и цефтриаксон) изучалась методом серийных разведений в агаре.

Результаты: Изучение чувствительности *N. gonorrhoeae* к АМП показало, что большинство штаммов были не чувствительны к пенициллину (72,4%), тетрациклину (67,2%) и ципрофлоксацину (55,1%). *N. gonorrhoeae* сохранял достаточно высокую чувствительность к спектиномицину (95,5%). Однако, существенная разница в уровне чувствительности гонококка к спектиномицину в разных регионах России позволила дать дифференцированные рекомендации по его применению и не рекомендовать использование данного АМП в Сибирском, Уральском, Центральном и Южном федеральных округах и рекомендовать применение под контролем чувствительности к нему *N. gonorrhoeae* в Приволжском и Северо-Западном округах. Число штаммов *N. gonorrhoeae* чувствительных к препарату группы макролидов — азитромицину составило 98,7%. При этом во всех федеральных округах России, кроме Сибирского, уровень чувствительности *N. gonorrhoeae* к азитромицину составил 100%. В Сибирском федеральном округе отмечено число резистентных к азитромицину штаммов (13,6%), превысившее уровень, рекомендованный ВОЗ для назначения лечения гонореи данным АМП. Среди изученных в 2007 году штаммов *N. gonorrhoeae* не было выявлено штаммов,

не чувствительных по отношению к препаратам группы цефалоспоринов: цефтриаксону и цефиксиму. Уровень чувствительности к ним *N.gonorrhoeae* как в целом по России, так и в отдельных федеральных округах составил 100%.

Выводы: Результаты проведенного мониторинга антибиотикорезистентности гонококка позволили однозначно заявить о необходимости исключения препаратов группы пенициллина, тетрациклина и ципрофлоксацина из схем лечения гонококковой инфекции в Российской Федерации, т.к. уровень резистентности к ним *N.gonorrhoeae* значительно (в десятки раз) превосходил уровень, рекомендуемый ВОЗ для назначения лечения гонококковой инфекции данными препаратами. Полученные результаты позволили дать дифференцированные рекомендации по применению спектиномицина и азитромицина в разных федеральных округах Российской Федерации и считать препаратами выбора для лечения гонококковой инфекции в Российской Федерации цефалоспорины: цефтриаксон и цефиксим.

Состояние лабораторной диагностики сифилиса в кожно-венерологических диспансерах Российской Федерации

Фриго Н.В., Ротанов С.В., Лесная И.Н., Полетаева О.А.

ФГУ «ГНЦД Минздравсоцразвития России», г. Москва

Цель исследования: Оценка материально-технического, кадрового обеспечения, выполняемых методов исследования и качественных показателей работы лабораторий, осуществляющих серодиагностику сифилиса в кожно-венерологических диспансерах (КВД) Российской Федерации.

Применяемые методы и технологии: Сведения об организации работы серологических лабораторий, предоставленные при проведении анкетирования 86 КВД субъектов Российской Федерации в 2007 году, были проанализированы путем сравнения результатов анкетирования серологических лабораторий со «Стандартными требованиями организации лабораторий, занимающихся диагностикой ИППП» (ФГУ «ЦНИКВИ Росмедтехнологий», 2004 г.), в которых приведены требования к помещениям, оборудованию и персоналу лабораторий. Показатели, характеризующие качество выполнения серологических исследований на сифилис в региональных лабораториях, были получены при проведении циклов внешнего контроля качества ЦНИКВИ в 2005–2006 годах.

Результаты: Ответы на вопросы анкеты были получены из 61-й серологической лаборатории КВД. В результате анкетирования было установлено, что только 8,0% серологических лабораторий КВД субъектов РФ имели весь рекомендуемый комплект основного и вспомогательного лабораторного оборудования; при этом доля морально устаревшего оборудования (до 2000 г. выпуска) по 5–7 позициям из рекомендуемого списка составила не менее 50%. В отдельных лабораториях исследования выполнялись растворами, приготовленными на водопроводной или колодезной воде, без точного взвешивания ингредиентов, при отсутствии возможности контроля их pH или в лабораторной посуде, не прошедшей полноценную предстерилизационную подготовку, или при ручном покачивании иммунологических планшетов (два цикла по 8 минут) во время постановки РМП. Выявлено недостаточное обеспечение рабочих мест в лабораториях компьютерами, что ограничивало возможность ведения внутрилабораторного контроля с построением контрольных карт и обработкой результатов исследований в электронном виде.

Коэффициент штатного обеспечения серологических лабораторий КВД субъектов РФ врачами составил 0,78 (при средней нагрузке на одного врача — 1,28 ставки), лаборантами среднего звена — 0,73 (показатель совмещения профессий — 1,37 ставки).

По данным проведенного анкетирования, 96,0% врачей серологических лабораторий КВД субъектов РФ в течение 2004–2006 годов повысили свою специальную подготовку в государственных учреждениях последипломного образования и получили сертификаты специалиста, что позволило 70,7% из них пройти аттестацию: на первую (40,8%), вторую (24,4%) и высшую квалификационную категорию (34,8%). Лаборанты также своевременно проходили обучение и профессиональную аттестацию; 56,8% из них имели квалификационную категорию: первую — 40,8%, вторую — 24,6%, высшую — 34,6%. Вместе с тем в ряде лабораторий (5) работали специалисты, не имевшие не только аттестационной категории, но и сертификатов специалистов, что могло оказывать негативное влияние на качество проводимой диагностики.

Из прямых методов диагностики сифилиса большинство, 82% лабораторий, использовали темнопольную микроскопию. При серодиагностике сифилиса из нетрепонемных тестов наиболее часто применялась РМП (в 98% лабораторий КВД субъектов РФ), РПР использовалась в 22% лабораторий. Обращал на себя внимание высокий процент применения РСК (реакции Вассермана) — субъективно интерпретируемого, морально устаревшего метода (в 90% лабораторий). Из трепонемных тестов наиболее часто использовали ИФА — в 100% лабораторий, в том числе суммарные антитела (IgG+IgM) определялись в 74% лабораторий, IgG — в 67%, IgM — в 82%. РПГА применялась в 89% лабораторий, РИФ — в 70%, РИТ — в 16% и иммуноблоттинг (ИБ) — в 7% серологических лабораторий.

Для проведения серологических исследований абсолютное большинство лабораторий (92%) использовали диагностикумы отечественного производства, разрешенные к медицинскому применению, и лишь небольшая часть лабораторий применяла для РПГА, РПР и ИФА диагностикумы зарубежного производства (от 3 до 10%). Внутрилабораторный контроль качества осуществляли 85% лабораторий КВД путем применения сливных сывороток, содержащих и не содержащих антитела к возбудителю сифилиса (89%) или панелей отечественных производителей, не разрешенных к медицинскому применению (11%).

В циклах внешнего контроля качества, проводимых ФСВОК, принимали участие 87,9% КВД РФ, в ответах на анкету результаты оценки качества выполненных исследований указывать не были. В контрольных циклах, проводившихся ЦНИКВИ в 2005 г., участвовали 59 лабораторий РФ, в 2006 г. — 70. Наибольшее количество неудовлетворительных результатов контроля было зарегистрировано при выполнении нетрепонемного теста РМП (в 2005 году — 27,3% ответов, а в 2006 году — 22,9%). Оценка выполнения трепонемных тестов показала наибольшее число неудовлетворительных ответов при выполнении РИФ: в 2005 году — в 10,1%, а в 2006 году — 2,0%. В РПГА в 2005 году неудовлетворительные результаты контроля были получены из 9,3% лабораторий КВД РФ, в 2006 году — из 1,8%. Наименьшее число неудовлетворительных результатов было отмечено при оценке результатов контроля качества выполнения ИФА: в 2005 году — в 1,8%, а в 2006 году — в 0,8% учреждений РФ.

Выводы: Результаты анкетирования КВД РФ показали недостаточную обеспеченность серологических лабораторий КВД основным и вспомогательным лабораторным оборудованием, а также квалифицированными кадрами, что могло существенно влиять на качество проводимых исследований.

Было установлено, что подавляющее большинство (90%) лабораторий продолжают применять для серодиагностики сифилиса реакцию Вассермана, использование которой в соответствии с Приказом МЗ РФ № 87 было рекомендовано ограничить к 2006 году

как субъективно интерпретируемый и морально устаревший метод. Вместе с тем такие методы, как ИФА и РПГА применяются не повсеместно (ИФА по выявлению IgG антител — в 67% лабораторий, РПГА — в 89%), достаточно редко используется метод ИБ (7% лабораторий) — современный трепонемный тест, который в перспективе может заменить такие трудоемкие методы, как РИФ и, в особенности, РИТ.

Мероприятия внешнего контроля качества серодиагностики сифилиса (ЦНИКВИ, 2005–2006 гг.) позволили установить высокий процент неудовлетворительных результатов нетрепонемных тестов (РМП), что могло приводить к ошибкам при установлении диагноза сифилиса. Наилучшим методом, дававшим минимальное количество неудовлетворительных результатов, оказался ИФА, что обуславливает необходимость его широкого внедрения в практику лабораторий РФ, занимающихся диагностикой сифилиса.

Повышение качества серологической диагностики сифилиса в КВД РФ может быть достигнуто путем обновления и пополнения парка лабораторного оборудования, повышения квалификации специалистов лабораторий и их непрерывного последипломного образования, внедрения в лабораториях современных, признанных мировым сообществом методов диагностики сифилиса (ИФА, РПГА, ИБ), применения правил «надлежащей лабораторной практики, активного участия в мероприятиях внешнего контроля качества.

Диагностика состояний вагинальной экосистемы на основе количественной ПЦР в формате мультипрайм

Шипулина О.Ю., Насонова В.С., Савочкина Ю.А.

ФГУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва

Инфекционно-воспалительные заболевания влагалища — наиболее частая причина обращения женщин к врачу, т.к. в большинстве случаев они сопровождаются воспалительными реакциями или патологическими выделениями, которые являются причиной дискомфорта и беспокойства пациенток. Ведущее место занимают бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВВК) и трихомоноз, хотя нельзя исключать инфекции, обусловленные облигатными патогенами. Для лечения БВ и ВВК применяются различные препараты, поэтому постановка правильного диагноза имеет первостепенное значение. Достоверный диагноз невозможно поставить только на основании клинической картины, необходимы точные и быстрые лабораторные методы. До недавнего времени на вооружении у врачей были только микроскопия и ПЦР в качественном варианте выявления ДНК микроорганизма. Согласно результатам многочисленных исследований оба метода по разным причинам не удовлетворяют как по чувствительности, так и по специфичности. Однако в последние годы все чаще для решения этих задач используют ПЦР в количественном варианте, реализованную на основе принципиально новой технологии визуализации амплифицированной ДНК — детекции флуоресцентного сигнала в реальном времени. С помощью этой методики и специального прибора можно точно определять концентрацию как условно-патогенных микроорганизмов, так и концентрацию представителей нормофлоры, что позволяет оценивать соотношение между ними и, соответственно, состояние биоценоза влагалища. Еще одним важным преимуществом новой технологии является возможность одновременного (в одной пробирке) определения нескольких микроорганизмов на разных флуоресцентных каналах. Чем больше каналов детекции у прибора, тем больше микроорганизмов можно выявить. На сегодняшний день наибольшим их числом обладают приборы Rotor Gene 6500/6600 (Corbett Research) — пять/шесть «неперекрывающихся» каналов флуоресцентной детекции. Для них мы разработали серию тест-систем «ФЛОРОЦЕНОЗ» марки «АмплиСенс». Основная идея, которая была реализована в этих тестах, — одновременное выявление и определение концентрации микроорганизмов — маркеров БВ (*Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* sp.) и грибов рода *Candida* — возбудителей ВВК.

Влияние условий культивирования на морфологическую изменчивость *Trichophyton rubrum*

Щербакова Н.В., Олина Е.С.

ФГУ УрНИИДВиИ, Свердловский областной кожно-венерологический диспансер, г. Екатеринбург

Цель работы: Изучение влияния условий культивирования на морфологию культур *Trichophyton rubrum*.

Материалы и методы: В работе использовали стандартные агаризованные среды Сабуро, Чапека с добавлением антибиотиков. После микроскопирования посевы проводили на пробирки, закрытые ватно-марлевыми и силиконовыми пробками. Морфологически измененные культуры пересеивали на чашки Петри со средой Сабуро. Культивирование проводили при 28 °C в течение 28 дней с еженедельным просмотром, микроскопированием и описанием всех выросших колоний.

Результаты: Удельный вес лабораторно подтвержденных дерматомикозов в последние годы колеблется, составляя в среднем 33,8%. В группе возбудителей микозов стоп на протяжении десятилетий безусловным лидером являются трихофитоны. Колебания удельного веса составляют от 80% до 91%. Соотношение *Trichophyton gypsum* v. *interdigitale*: *Trichophyton rubrum* поддерживается в пределах 1:8–1:14,2. В Свердловской области преобладают три основных вида *Trichophyton rubrum*: пушистый с пигментом, пушистый без пигмента и мучнистый без пигмента. По нашим данным, к первому типу можно было отнести 88,1% колоний, ко второму — 9,5%, к третьему — 2,4%. В последние два года посевы стали проводить на пробирки, закрытые металлическими колпачками (ОКВД) или силиконовыми пробками (УрНИИДВиИ), что в принципе изменило аэрацию при длительном культивировании дерматофитов. Это привело к тому, что формирование пигмента задерживалось до 15–20-го дня культивирования, независимо от используемых сред. Среди пушистых колоний наряду с типичными появились колонии с игольчатым центром и бархатисто-пушистым ободком без образования пигмента при дальнейшем культивировании. При пересеве на пробирки с ватно-марлевыми пробками и чашки Петри мы получали типичный рост колоний — пушистый с пигментом или пушистый без пигмента. При микроскопическом исследовании как ободка, так и центра колоний в препаратах отмечали тонкий, редко септированный мицелий при отсутствии микро- и макроконидий. В более старых культурах довольно редко можно было встретить бамбукообразный мицелий и еще реже — формирование вздутый по типу «гребешков».

Таким образом, изменение условий аэрации при культивировании трихофитонов привело к появлению изменений морфологических признаков культур *Trichophyton rubrum*.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМА- ТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ 4

Амозов А.М.	4, 6
Амозов М.Л.	5
Бакуров Е.А.	8
Беликов А.Н.	4
Бильдюк Е.В.	10
Вафина Г.Г.	10
Воронова О.А.	7
Горбова Т.В.	5
Гришаева Е.В.	7
Ешимов А.Е.	5
Зильберберг Н.В.	5, 7
Знаменская Л.Ф.	6
Игликов В.А.	7
Кубанов А.А.	6, 11, 13
Кунгуров Н.В.	7
Лаврик И.Г.	12
Лыткина И.Н.	8
Малишевская Н.П.	8, 12
Мартынов А.А.	9
Матушевская Ю.И.	6
Мелёхина Л.Е.	6
Меркулова Т.Б.	11
Минуллин И.К.	10
Мошнин М.В.	12
Мошнина З.И.	12
Надгериева О.В.	6, 11
Орлов Е.В.	11
Пазина М.В.	12
Плотникова И.А.	12
Попов С.Н.	12
Попова С.Д.	12
Рубцов А.Б.	13
Суколин Г.И.	12
Татарева С.В.	12
Торопова Н.П.	12
Уфимцева М.А.	7
Шакуров И.Г.	11
Шарлыкова Т.С.	10
Шарова М.А.	6
Шигаева Е.А.	7
Юцковская Я.А.	12

2. ДЕРМАТОЛОГИЯ 14

2.1. ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 14

Elena Rizova	35
Абрукова А.В.	37
Александрова А.К.	14
Альбанова В.И.	14
Амозов А.М.	27
Аниховская И.А.	18
Арутюнян Л.М.	40

Ахтямов С.Н.	17
Аюцова В.З.	20
Бадюкин В.В.	24
Бакулев А.Л.	32, 36
Балтер И.А.	23
Баткаев Э.А.	24
Бахлыкова Е.А.	14
Белецкая Л.В.	29
Белова М.В.	15
Белоусова И.Э.	15
Бердицкая Л.Ю.	15
Бильдюк Е.В.	16
Богомолова Н.В.	37
Бондарь О.И.	37
Бочкарева Е.В.	41
Братцева Е.В.	17
Бутов Ю.С.	17
Быстрицкая О.Д.	28
Васенова В.Ю.	18
Владимиров В.В.	18
Волгин В.Н.	19
Волнухин В.А.	19, 21,
	31
Волошин Р.Н.	22
Воронина Л.Г.	19, 33
Выговская Г.Л.	20
Гайдаш Н.В.	20
Гараева З.Ш.	16
Гафаров М.М.	20
Гильмутдинова И.В.	20
Гладышева И.В.	19
Гладько В.В.	20
Гладько О.В.	32
Глубокова И.Б.	21
Глушакова А.М.	30
Горячева Т.А.	21
Гребенников В.А.	22
Гришаева Е.В.	25
Губанова Е.И.	22
Гуревич Л.Е.	41
Гурский Г.Э.	22
Гуслякова Л.К.	23
Давоян З.В.	31
Деева Н.А.	23
Демина О.М.	17
Ермакова А.В.	28
Жаркова Е.Е.	37
Жилова М.Б.	19
Завадский В.Н.	23
Залялеева С.А.	16
Зинченко Р.А.	37
Иванова Л.А.	36
Измерова Н.И.	36
Изотов Н.М.	24
Исмагилов А.И.	29
Исмагилов А.И.	35
Казаков Д.В.	15
Калимуллин Т.Х.	31
Карасев Е.А.	20
Касимова С.Г.	24
Катунина О.Р.	31
Катханов А.М.	39
Катханова О.А.	39
Кениксфест Ю.В.	25
Кириллов С.В.	25

Ковальчук Е.В.	42
Коган А.И.	25
Козулин Е.А.	25
Козулин Е.Е.	25
Коннов П.Е.	31
Корюкина Е.Б.	26
Костров А.В.	31
Кохан М.М.	26
Кошкин С.В.	35
Кузина З.А.	22
Кузьмин С.Г.	17
Куклин И.А.	26
Кунгуров Н.В.	26
Ламоткин И.А.	19
Лапатина Н.Г.	22
Левчик Н.К.	26
Леоферова С.А.	27
Летаева О.В.	27
Мавлянова Ш.З.	29
Маслаков Н.В.	28
Масюкова С.А.	20
Матусевич С.Л.	14, 28
Матушевская Е.В.	29
Махнева Н.В.	29
Мельник А.П.	30, 38
Метляева Н.Б.	42
Мокроносова М.А.	30
Мурадян Н.Л.	31
Надгериева О.В.	21
Назаров Р.Н.	37
Нефёдова Е.Д.	37
Носоченко Г.Ф.	25
Орлов Е.В.	31
Осипова Л.В.	31
Пантелеева Г.А.	31
Пеняев С.А.	23
Письменкова А.В.	32
Платонова А.Н.	32
Позднякова О.Н.	33
Полеско И.В.	17
Полушин О.Г.	42
Попов И.В.	25
Поршина О.В.	19, 33
Прошутинская Д.В.	19, 33,
	34
Пугач Л.И.	28
Резайкина А.В.	34
Римар О.Г.	26
Родина Ю.А.	17
Рябкова М.В.	23
Рябов М.В.	19
Рябова В.В.	35
Сабиров У.Ю.	35
Савельева А.А.	36
Садовская М.В.	19
Сазонов С.В.	26
Самсонов В.А.	21, 34
Самцов А.В.	15
Санакоева Э.Г.	32
Свищевская Е.В.	29
Семенова Ю.О.	28
Семова Л.М.	42
Слесаренко Н.А.	32, 36
Смирнов А.И.	31
Снопов С.А.	28

Соколова Т.В.	19
Странадко Е.Ф.	19
Стриковский А.В.	31
Суворов А.П.	37
Суворова К.Н.	37
Сухарев А.В.	37
Таганов А.В.	32
Тверской Р.М.	30, 38
Терещенко В.Н.	15, 23
Титугина А.Ю.	23
Ткачев В.П.	38
Тлиш М.М.	39
Торбина О.В.	40
Торопова Н.П.	39
Убайдуллаев А.А.	29
Федорова Е.Б.	42
Федорова Ю.С.	18
Филимонкова Н.Н.	27, 40,
	42
Фризин В.В.	40
Фризин Д.В.	40
Хайрутдинов В.Р.	28
Хачикян Х.М.	40
Хисматуллина З.Р.	20
Хлебникова А.Н.	41
Чацкая М.В.	42
Чермных Т.В.	35
Чуверова К.А.	40
Шабардина О.В.	26
Шарова А.А.	22
Шершнев В.Н.	42
Шлыккова С.А.	23
Штиршнайдер Ю.Ю.	41
Эртнеева И.Я.	29
Юрчик М.И.	37
Юцковская Я.А.	42
Юцковский А.Д.	42
Яковлев И.М.	30, 38
Ян И.А.	40, 42
Янин Д.В.	31

2.2. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ 43

Балтер И.А.	43, 47
Бастракова Т.А.	46
Беликов А.Н.	43
Бородулина Е.А.	47
Варламов Е.Е.	44, 45
Катханов А.М.	44
Катханова О.А.	44
Корюкина Е. Б.	44
Окунева Т.С.	44, 45
Пампура А.Н.	44, 45
Смирнова М.О.	45
Сухоруков В.С.	45
Сырнева Т.А.	44
Текучева Л.В.	45, 46
Фризин В.В.	46
Фризин Д.В.	46
Чекрыгина М.В.	43
Шакуров И.Г.	47

2.3. КЛИНИЧЕСКАЯ МИКОЛОГИЯ		47	Родиков М.В.	56	Кузьмин О.Ю.	58	Евстигнеева Н.П.	76
			Романова Г.М.	52	Кунгуров Н.В.	68	Иванов Д.С.	76
			Ромашова В.В.	56	Лебедев В.В.	62	Кубанов А.А.	77
Абдрахманов Р.М.	50, 51		Рябокова М.В.	58	Левчик Н.К.	60	Кузнецова Ю.Н.	76
Ашова Т.Ю.	47		Стрельников А.П.	57	Лукач А.А.	60	Кухарева Е.Н.	77
Букин Ю.К.	51		Сурганова В.И.	56, 57	Любопытова Д.А.	73	Лесная И.Н.	80, 81
Бутов Ю.С.	48		Суслов В.С.	52	Лялина Л.В.	66, 68	Ловенецкий А.Н.	78
Васенова В.Ю.	48		Сырнева Т.А.	52, 54,	Малишевская Н.П.	70	Маркелов М.Л.	76
Глушко Н.И.	51			57	Масюкова С.А.	64	Насонова В.С.	82
Гребенников В.А.	49		Терещенко В.Н.	58	Михайлова О.О.	69	Неверов А.Д.	76
Гурский Г.Э.	49		Торбин О.Н.	57	Морозова Е.В.	62	Нестеренко В.Г.	78
Ермошина Н.П.	48		Тулинова И.А.	56	Муковнина М.Д.	69	Олина Е.С.	82
Жучков М.В.	48		Ярушина Р.М.	57	Нечаева И.А.	71	Полевщикова С.А.	79, 80
Кливитская Н. А.	50				Никифоров Б.Н.	65	Полетаева О.А.	78, 81
Коваленко А.М.	48		3.2. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ		Новик Ф.К.	61	Растегаева И.Н.	75
Лисовская С.А.	50, 51		ИНФЕКЦИИ,		Обоскалова Т.А.	69	Ротанов С.В.	77, 78,
Майшанов И.А.	49		ПЕРЕДАВАЕМЫЕ		Овод А.И.	69		79, 81
Никитина Л.Е.	50		ПОЛОВЫМ		Оловянишников О.В.	65	Рыжих П.Г.	76
Разумная Г.Н.	47		ПУТЕМ	58	Петренко Л.А.	64	Савочкина Ю.А.	82
Ракита Д.Р.	48				Полянин Д.В.	60	Сидоренко С.В.	77, 80
Рахимов С.В.	49, 50		Абдрахманов Р.М.	65	Попова Е.В.	70	Соломка В.С.	79, 80
Соколова Т.В.	50		Аляветдинов Р.А.	58	Приходько А.В.	63	Суслов А.П.	78
Суслов В.С.	47		Амозова И.В.	59	Пузенко Т.Л.	61	Тумбинская Л.В.	80
Тухватуллина З.Г.	49, 50		Андрейчев В.В.	59	Рахматулина М.Р.	71, 72	Фриго Н.В.	77, 78,
Тухватуллина Э.Ф.	49, 50		Архипов А.В.	66, 68	Розенсон Р.И.	60		80, 81
Хисматулина И.М.	50, 51		Балабанов Д.Н.	59	Рыжих П.Г.	63	Шипулин Г.А.	76
Хоронько В.В.	49		Барабанова И.В.	74	Сехина Г.В.	61	Шипулина О.Ю.	82
Юдкина Н.В.	51		Барановская Т.Н.	70	Сивак В.В.	72	Щербакова Н.В.	82
			Батпеннова Г.Р.	60	Сивак В.П.	73		
3. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	52		Белых О.А.	60	Скатин А.В.	62		
			Большенко Н.В.	67	Скидан Н.И.	68		
			Брусничкина Т.А.	61	Соколовский Е.В.	64		
			Бурцев О.А.	63	Соловьев А.М.	73		
3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СИФИЛИСА	52		Бутов Ю.С.	61	Сырнева Т.А.	70		
			Васенова В.Ю.	61	Табашникова А.И.	62		
			Васильев М.М.	62	Тамбулова В.Н.	68		
			Васильченко А.С.	58	Темников В.Е.	63		
			Геляхова З.А.	62	Тертышников В.В.	72, 73		
Баранова Ю.В.	58		Герасимова Н.М.	64, 68,	Титугина А.Ю.	62		
Бердицкая Л.Ю.	52			69	Тлиш М.М.	66		
Богачева М.А.	53		Глезерова В.М.	62	Торшина И.Е.	73		
Булай А.А.	52		Глухов Е.Ю.	69	Трофимова О.Б.	67		
Глуховская С.В.	52		Гомберг М.А.	63	Узденова З.Х.	62		
Ерашова Т.Ю.	52		Горбунов А.П.	68	Фоминных Т.С.	65		
Журавец Э.А.	56		Гребенников В.А.	63	Халдин А.А.	64		
Ибрагимова Р.З.	53		Гриценко В.А.	59	Хомяков М.Ю.	60, 74		
Иванова С.Н.	56		Гурский Г.Э.	63	Цыликова Н.Н.	72		
Китаева Н.В.	53		Гущин А.Е.	63	Чернова Т.А.	64		
Коган А.И.	53		Денисова В.М.	62	Чигвинцева Е.А.	68, 74		
Кудяшев П.Ю.	57		Долгих Т.И.	64	Чигвинцева Е.В.	60		
Кузнецова Ю.Н.	54		Долгова М.Н.	72	Чураков А.А.	62		
Левчик Н.К.	56		Дружинина Е.Б.	64	Шаталова А.Ю.	72		
Мавлютова Г.И.	53, 54		Евстигнеева Н.П.	60, 64,	Шипулин Г.А.	63		
Малишевская Н.П.	54, 57			68, 69	Юровских Л.И.	60, 68		
Мелехина Л.Е.	53		Егорова Ю.С.	65				
Меркулова С.А.	55		Залялеева С.А.	65	4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	75		
Михайлова О.О.	54		Заславский Д.В.	65				
Нехамкин П.Б.	57		Захаров М.А.	66	Алексанов А.Т.	75		
Новиков А.И.	55		Игнатьева М.Е.	68	Балабанов Д.Н.	75		
Новиков Ю.А.	55		Касаткин Е.В.	68	Бархатова О.И.	75		
Носоченко Г.Ф.	53		Касаткина И.С.	72	Буканов Н.А.	80		
Петрова Ю.А.	55		Каткявичене Е.В.	66, 68	Воронова О.А.	76		
Платонов А.В.	55		Катханов А.М.	66	Герасимова Н.М.	76		
Поздняков А.Л.	56		Катханова О.А.	66	Гущин А.Е.	76		
Пономарева М.В.	56		Ковалев В.М.	67				
Притыкина Т.В.	55		Коробова Г.Г.	70				
Прохоренков В.И.	56		Кувевда Д.А.	67				
Раитина Ц.Д.	58		Кузнецова Е.Д.	62				
Репина Т.В.	55		Кузнецова Ю.Н.	64, 69				