

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ

HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY OF FINNO-UGRIC PEOPLES

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ВЫПУСКАЕТСЯ 4 РАЗА В ГОД

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

SPECIAL EDITION

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 3

2013 ГОД

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief *N.S. Strelkov*

ИЖЕВСК • 2013

IZHEVSK • 2013

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **С. Лаллукка** (Финляндия), заместитель главного редактора; **П. Тамаш** (Венгрия), заместитель главного редактора; **М. Вали** (Эстония), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief*; **S. Lallukka** (*Finland*), *Deputy Editor-in-Chief*; **P. Tamas** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*; **M. Vali** (*Estonia*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

П. Барат (Венгрия); **В.В. Богатов** (Тверь); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **Н.А. Забродин** (Ижевск); **В.Н. Завалин** (Ижевск); **Н.А. Кирьянов** (Ижевск); **З.В. Лонгортowa** (Салехард); **В.М. Музлов** (Ижевск); **Г.А. Никитина** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **А.А. Разин** (Ижевск); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **Р.П. Четкарева** (Йошкар-Ола); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

P. Barath (*Hungary*); **V.V. Bogatov** (*Tver*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **N.A. Zabrodin** (*Izhevsk*); **V.N. Zavalin** (*Izhevsk*); **N.A. Kiryanov** (*Izhevsk*); **Z.V. Longortova** (*Salekhard*); **V.M. Muzlov** (*Izhevsk*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Razin** (*Izhevsk*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktyvkar*); **R.P. Chetkareva** (*Yoshkar-Ola*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика,
426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2013

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Быкова*
Художественный редактор *Э.Н. Лобанова*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *С.В. Полтанова*
Дата выхода в свет 24.10.2013. Подписано в печать 14.10.2013.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 10,7. Уч.-изд. л. 8,9.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в МУП г. Сарапула «Сарапульская типография»
427900, г. Сарапул, ул. Раскольникова, 152.
Цена свободная.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

*Материалы межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 80-летию Ижевской государственной медицинской академии*

*24 октября 2013 года
г. Ижевск*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Председатели:

- ректор ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» профессор **Н.С. Стрелков**
- министр здравоохранения УР **В.М. Музлов**

Члены оргкомитета:

- главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии и косметологии МЗ УР главный врач БУЗ УР «РКВД МЗ УР»

В.А. Мерзляков

- проректор по научно-исследовательской работе ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» д-р мед. наук, профессор **Н.А. Кирьянов**

- заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» профессор **Р.М. Загртдинова**

- заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России», д-р мед. наук, профессор **Н.М. Попова**

- заместитель главного врача по организационно-методической работе БУЗ УР «РКВД МЗ УР» **М.С. Алексеева**

- ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» канд. мед. наук **М.В. Бабушкина**

- ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» канд. мед. наук **Н.В. Ляшенко**

- ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России» **Р.Н. Загртдинова**

СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ДЕРМАТОЛОГИЯ / DERMATOLOGY

С.В. Батыршина, Р.Г. Халилова, Е.Е. Сабынина, К.Ш. Сокурова

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗУДА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 11

S.V. Batyrshina, R.G. Khalilova, E.E. Sabyнина, K.Sh. Sokorova

DERMATOLOGIC STATUS AND SUBJECTIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS 11

С.В. Батыршина, Р.Г. Халилова, Е.Е. Сабынина
МИКРОБИОЦЕНОЗ КОЖИ И ЕГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 13

S.V. Batyrshina, R.G. Khalilova, E.E. Sabyнина
SKIN MICROBIOCENOSIS AND ITS PHARMACOLOGICAL CONTROL IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS 13

А.Ю. Лоншакова-Медведева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТЕРБИНАФИНОМ ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 15

А.Ю. Lonshakova-Medvedeva
THE EFFECTIVENESS OF TERBINAFINE THERAPY IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS AND MYCOTIC SENSIBILIZATION 16

Е.В. Соколовский, К.Н. Монахов, А.Ю. Лоншакова-Медведева, О.В. Лаврова
ПРИМЕНЕНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ БАЗОВОГО УХОДА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 17

E.V. Sokolovsky, K.N. Monakhov, A.Yu. Lonshakova-Medvedeva, O.V. Lavrova
THE APPLICATION OF COSMETICS FOR BASIC CARE IN COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS 17

Б.А. Шамов
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 20

Б.А. Шамов

PREVALENCE OF SYMPTOMS OF ATOPIC DERMATITIS AND ITS CORRELATIONS WITH ASTHMA SYMPTOMS IN CHILDREN 20

Б.А. Шамов

ИННОВАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИМУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 23

Б.А. Шамов

INNOVATIVE APPLICATION OF MATHEMATICAL FORECASTING OF IMMUNOLOGICAL INDICES IN OLDER CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS 23

Б.А. Шамов

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИ АНАЛИЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН 25

Б.А. Шамов

CRITERIA FOR DIAGNOSING ATOPIC DERMATITIS IN THE ANALYSIS OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF CELLULAR MEMBRANES 25

М.В. Бабушкина, Р.М. Загртдинова, Т.Г. Емельянова

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА 28

M.V. Babushkina, R.M. Zagrtdinova, T.G. Emelyanova

MODERN OPPORTUNITIES IN IMMUNOTHERAPY OF PUSTULAR PSORIASIS OF PALMS AND SOLES 29

Р.М. Загртдинова, Е.С. Первушина, Р.А. Колодкина, С.Л. Савостина

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПО ДАННЫМ БУЗ УР «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР МЗ УР» 31

R.M. Zagrtdinova, E.S. Pervushina, R.A. Kolodkina, S.L. Savostina

PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF PSORIASIS OF THE SCALP ACCORDING TO REPUBLIC DERMATOVENEREOLOGIC CLINIC 32

О.В. Шурыгина, Р.М. Загртдинова, Н.А. Кирьянов, В.А. Мерзляков

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО И ОКОЛОСОСУДИСТОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ДАННЫМ СКАНИРУЮЩЕЙ И ТРАНСМИССИОННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ 33

O.V. Shurygina, R.M. Zagrtdinova, N.A. Kiryanov, V.A. Merzlyakov

DYNAMICS OF THE CONDITION OF VASCULAR AND PERIVASCULAR SPACE ACCORDING TO SCANNING AND TRANSMISSION ELECTRONIC MICROSCOPY IN PATIENTS WITH PSORIASIS EXUDATIVA 33

Р.Н. Загртдинова, М.А. Копылова, Р.М. Загртдинова, М.М. Гнеушева

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ БУЗ УР «РКВД МЗ УР» 37

R.N. Zagrtdinova, M.A. Kopylova, R.M. Zagrtdinova, M.M. Gneusheva

CLINICAL FEATURES AND EVALUATION OF MANAGEMENT PLANS OF PATIENTS WITH EROSIIVE AND ULCERATIVE FORM OF LICHEN PLANUS 37

Н.В. Ляшенко, Р.М. Загртдинова

ТЕЧЕНИЕ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 38

N.V. Lyashenko, R.M. Zagrtdinova

EPIDERMOLYSIS BULLOSA IN UDMURT REPUBLIC 39

А.Л. Навроцкий, С.Ю. Бондарь

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В Г. МИНСКЕ 41

A.L. Navrotski, S.Yu. Bondar

THE STUDY OF THE INCIDENCE OF BULLOUS DERMATOSES IN MINSK 41

Н.Ю. Бычкова, Р.Н. Загртдинова, А.А. Храмова

ПОЗДНИЕ АКНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ 43

N.Yu. Bychkova, R.N. Zagrtdinova, A.A. Khranova

ACNE TARDA: PROBLEMS AND PROSPECTS 43

Р.Н. Загртдинова

АКНЕ:

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ 46

R.N. Zagrtdinova

ACNE: THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY 47

Е.В. Файзуллина, Г.М. Зинатулина, В.Х. Фазылов

МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ И РОЖЕЙ 48

E.V. Faizullina, G.M. Zinatulina, V.Kh. Fazilov

METHOD OF THERAPEUTIC CORRECTION OF THE IMMUNOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH MICROBIAL ECZEMA AND ERYSIPELAS 49

Л.А. Юсупова, З.Ш. Гараева, Е.И. Юнусова, Г.И. Мавлютова

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНИЧКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ, КОМОРБИДНЫМИ С ШИЗОФРЕНИЕЙ 51

L.A. Yusupova, Z.Sh. Garaeva, E.I. Yunusova, G.I. Mavlyutova

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PUSTULAR SKIN DISEASES COMORBID WITH SCHIZOPHRENIA 51

Р.М. Абдрахманов, А.Г. Мисбахова, Б.В. Халилов, А.Р. Абдрахманов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 53

R.M. Abdrakhmanov, A.G. Misbakhova, B.V. Khalilov, A.R. Abdrakhmanov

NEW TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF SOME FORMS OF FUNGAL DISEASES OF THE SKIN 53

М.В. Бабушкина, Р.М. Загртдинова, С.Д. Карамова

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ОНИХОДИСТРОФИЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 57

M.V. Babushkina, R.M. Zagrtdinova, S.D. Karanova

RISK FACTORS IN DEVELOPMENT OF NON-SPECIFIC ONYCHODYSTHROPHY IN THE UDMURT REPUBLIC 57

<i>Е.В. Файзуллина</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОНИХОМИКОЗА	59	<i>Р.М. Загртдинова, А.Ю. Малков</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ.	70
<i>E.V. Faizullina</i> THE MODERN TENDENCIES IN EPIDEMIOLOGY OF ONYCHOMYCOSIS.	59	<i>R.M. Zagrtdinova, A.Yu. Malkov</i> CLINICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC EROSIONS OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH UROGENITAL CHLAMYDIA INFECTIONS	70
<i>В.Ю. Дядькин, Э.Р. Бердникова</i> СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ.	61	<i>М.А. Иванова, М.В. Воробьев</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	72
<i>V.Yu. Dyadikin, E.R. Berdnikova</i> A CASE OF THE LATE DIAGNOSIS OF LEISHMANIASIS OF THE SKIN.	61	<i>М.А. Иванова, М.В. Воробьев</i> FREQUENCY OF DETECTING VIRUS B HEPATITIS IN VARIOUS SOCIAL AND AGE GROUPS OF THE POPULATION OF THE IVANOV REGION	72
<i>Э.А. Коробейникова, Н.В. Курина, М.В. Фомичева, А.В. Вавилова</i> ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ . . .	63	<i>М.В. Воробьев</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	75
<i>E.A. Korobeinikova, N.V. Kurina, M.V. Fomicheva, A.V. Vavilova</i> THE CHARACTERISTICS OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF HIV INFECTION IN ADULTS AND CHILDREN	63	<i>М.В. Воробьев</i> EPIDEMIOLOGICAL SITUATION CONCERNING THE INCEDENCE OF VIRUS C HEPATITIS IN THE IVANOV REGION	75
<i>М.А. Иванова, Е.В. Огрызко, Н.С. Розит</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.	64		
<i>M.A. Ivanova, E.V. Ogrizko, N.S. Rozit</i> THE INCIDENCE OF MALIGNANT GROWTHS IN THE UDMURT REPUBLIC	65		
ВЕНЕРОЛОГИЯ / VENEREOLOGY			
<i>М.В. Корепанова, В.А. Мерзляков, М.С. Алексеева</i> КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	67	КОСМЕТОЛОГИЯ / COSMETOLOGY	
<i>M.V. Korepanova, V.A. Merzlyakov, M.S. Alekseeva</i> CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GONORRHEA IN CHILDREN	67	<i>Р.М. Загртдинова</i> ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ.	78
<i>Р.Ю. Газизулин, Э.А. Коробейникова, В.А. Мерзляков, Е.А. Стерлядева</i> ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ МЕТОДОМ ПЦР У БЕРЕМЕННЫХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	68	<i>Р.М. Загртдинова</i> HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN IMPROVING THE LIFE QUALITY OF PATIENTS IN MENOPAUSE	78
<i>R.Yu. Gazizulin, E.A. Korobeinikova, V.A. Merzlyakov, E.A. Sterlyadeva</i> PCR METHOD OF DIAGNOSING CHLAMYDIA AND MYCOPLASMAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN OF THE UDMURT REPUBLIC	69	<i>М.В. Бабушкина, Р.М. Загртдинова, Т.Г. Емельянова</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ.	80

M.V. Babushkina, R.M. Zagrtidinova, T.G. Emelyanova

MODERN OPPORTUNITIES OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY FOR CORRECTING AGE-RELATED CHANGES IN THE SKIN. 80

R.M. Zagrtidinova, N.Yu. Kononova, O.V. Danilova
МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ КОЖИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. 82

R.M. Zagrtidinova, N.Yu. Kononova, O.V. Danilova
METHODS OF CORRECTING PREMATURITY SKIN AGING IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA 82

T.S. Vorontsova, N.Yu. Kononova
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАЗМЫ. 85

T.S. Vorontsova, N.Yu. Kononova
EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF MELASMA 85

ИСТОРИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ / HISTORY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Э.А. Коробейникова
К 105-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЛЕОНИДА ИВАНОВИЧА ФАНДЕЕВА . . . 87

E.A. Korobeinikova
THE 105TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR LEONID FANDEEV 87

Б.А. Шамов
АЛЕКСАНДР ГЕНРИХОВИЧ ГЕ – ОСНОВАТЕЛЬ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 88

B.A. Shamov
ALEXANDER GENRIKHOVICH GE – THE FOUNDER OF THE KAZAN SCHOOL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY. 88



**Стрелков
Николай Сергеевич**
Ректор ГБОУ ВПО «ИГМА
МЗ России», профессор

Уважаемые коллеги и читатели журнала!

Сегодняшняя межрегиональная конференция проводится в рамках празднования 80-летия нашей *Alma mater*. Ижевская государственная медицинская академия – один из известных и авторитетных центров медицинского образования, науки, культуры, имеющий глубокие корни и славную историю. Мы стремимся быть достойными нашей истории, уверенно трудимся в настоящем, с оптимизмом смотрим в будущее.

Мы гордимся педагогами и выпускниками нашей академии, внесшими весомый вклад в развитие отечественной медицины.

Высокий профессионализм наших сотрудников, развитие эффективных медицинских, педагогических и социальных технологий, современные научные исследования – все это залог успешной работы Ижевской государственной медицинской академии.



**Мерзляков
Владимир Анатольевич**
Главный врач БУЗ УР
«РКВД МЗ УР»

Уважаемые участники и гости конференции!

В последние годы в Удмуртской Республике многое сделано для улучшения качества жизни людей. Наша главная задача – оказание своевременной, доступной и качественной медицинской помощи населению республики, в том числе больным дерматовенерологического профиля. Конференция – это, прежде всего, образовательный процесс для практических врачей, ординаторов, интернов, возможность поделиться и обменяться опытом, повысить свой профессиональный уровень. Желаю всем участникам конференции получить ценные знания, которые в дальнейшей работе будут использованы во благо жителей Удмуртии.



**Загртидинова
Ризид Миннесагитовна**
Заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «ИГМА МЗ России», доктор медицинских наук, профессор

Глубокоуважаемые друзья: дерматовенерологи, косметологи, поклонники журнала!

Номер, который вы держите в руках, посвящен 80-летию нашей *Alma mater* – Ижевской государственной медицинской академии. В нем содержатся материалы научных изысканий сотрудников кафедры дерматовенерологии ИГМА, Республиканского кожно-венерологического диспансера, наших коллег-дерматовенерологов из других регионов России.

Кафедра ведет большую работу по подготовке высококвалифицированных врачебных кадров. Ежегодно проводятся сертификационные циклы повышения квалификации для врачей-дерматовенерологов, косметологов.

При активном участии кафедры организуются и проводятся республиканские конференции с участием ведущих российских специалистов.

Поздравляю всех выпускников родной академии с нашим общим праздником, желаю всем крепкого здоровья и успехов в работе.

Dear colleagues, readers of the journal!

This Interregional conference is being held during the celebration of the 80th anniversary of our Alma mater. Izhevsk State Medical Academy is a well-known and authoritative center of medical education, science and culture; it has deep roots and glorious history. We aspire to be worthy of our history, we work at present with confidence and we face the future with optimism.

We are proud of the graduates and faculty member of our academy who made a substantial contribution to the development of Russian medicine.

High professionalism of our staff, the development of effective medical educational, and social technologies, modern scientific research are the guarantee of successful work of Izhevsk State Medical Academy.

Nikolai Sergeevich Strelkov,
Rector of Izhevsk State Medical Academy, Professor



Dear participants and guests of the conference!

In recent years a great deal has been done to improve the life quality of people in the Udmurt Republic. Our main task is providing timely, affordable and high quality medical care for the population of the republic, including specialized care in the departments of dermatology and venereology. The conference is, first and foremost, an educational event for medical practitioners, residents and interns, an opportunity for everyone to share the experience and to improve their professionalism. I wish all the participants in the conference to receive valuable knowledge they will use in their future work for the welfare of the people of Udmurtia.

Vladimir Anatolevich Merzlyakov,
Head Doctor of the Republic Dermatovenereologic Clinic



Dear friends: dermatovenereologists, cosmetologists, readers of the journal!

The issue you are holding is devoted to the 80th anniversary of our Alma mater – Izhevsk State Medical Academy. The issue contains the results of scientific investigations of the staff of the Department of Dermatology and Venereology, Republic Dermatovenereologic Clinic and our colleagues – dermatovenereologists of different Russian regions.

Our department is doing much work to train highly qualified medical practitioners. Every year we carry on certification refresher courses for dermatovenereologists, cosmetologists.

The department takes an active part in organizing and holding republic conferences with the participation of leading authorities of Russia.

I'd like to congratulate all the graduates of our academy on its anniversary. I wish you excellent health and every success in your work.

Rizida Minnesagitovna Zagrtidinova,
Head of the Department of Dermatology and Venereology
of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor

УДК 616.5-002.2-07

С.В. Батыршина, Р.Г. Халилова,
Е.Е. Сабынина, К.Ш. Сокурова

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗУДА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Батыршина Светлана Васильевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Представлена клиническая характеристика и указаны некоторые аспекты развития зуда у больных atopическим дерматитом.

Ключевые слова: atopический дерматит, зуд, сухость, лихеноидные папулы.

S.V. Batyrshina, R.G. Khalilova, E.E. Sabylnina,
K.Sh. Sokorova

DERMATOLOGIC STATUS AND SUBJECTIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Batyrshina Svetlana Vasilyevna – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article presents clinical characteristics and identifies some aspects of the development of pruritus in patients with atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, itching, dryness, lichenoid papules

Дискуссии о провоцирующем влиянии различных факторов на возникновение зуда, сопровождающего atopический дерматит, ведутся давно. В настоящее время особое значение придается изучению их комплексного воздействия [1].

Цель исследования: изучить современные особенности субъективной симптоматики у детей, больных atopическим дерматитом, и некоторые механизмы возникновения зуда при данном заболевании.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 172 ребенка, страдающих atopи-

ческим дерматитом (АД), в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, с длительностью заболевания от 2 недель до 10 лет. Для оценки выраженности зуда использовался опросник «Пруриндекс» (Кочергин Н.Г., Игнатьев Д.В., 2004).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что умеренная или выраженная сухость кожи наблюдалась у всех обследованных пациентов. В зависимости от варианта превалирования клинической симптоматики определялись следующие группы. Так, у 26 пациентов отмечалось преобладание фолликулярных и лихеноидных папул. Процесс поражения носил ограниченный характер, с локализацией в области локтевых и подколенных сгибов, сгибательной поверхности лучезапястных суставов, на тыльной стороне кистей и пальцев. У 46 пациентов диффузные инфильтративные высыпания отмечались на разгибательной поверхности локтевых и лучезапястных суставов. У 35 пациентов отмечались диффузные инфильтративные высыпания, лихенификация с локализацией в области лица, шеи, верхней части туловища и конечностей, жалобы на сухость и зуд. Выраженные зуд, жжение и сухость кожи с папулезными и бляшечными высыпаниями, пустулизацией, расчесами, трещинами отмечались 36 больных. При экзематозной форме у 29 пациентов имелись ограниченные очаги поражения кожи, преимущественно в области кистей, с наличием папуло-везикул, инфильтраций, корочек серозного и гнойного характера, трещин, а также очагов лихенификации в области локтевых и подколенных сгибов.

При АД самым частым симптомом является зуд. Будучи субъективным ощущением, зуд как симптом по интенсивности оценивается в первую очередь со слов больного, который не всегда

точен в своей оценке. При этом, по-видимому, чаще, чем хотелось бы, имеет место приблизительная его оценка от слабого, умеренного, сильного до мучительного. Едва ли существуют валидные инструменты и методы для точной оценки интенсивности зуда как субъективного восприятия. В немногих имеющихся по этой теме исследованиях учитываются все используемые методические ограничения. В 2004 г. Н.Г. Кочергин и Д.В. Игнатъев разработали и предложили к практическому использованию простую систему индексации зуда в варианте «Пруриндекс» (определение интенсивности зуда утром, днем и вечером по 5-балльной шкале). Согласно ей различный по степени выраженности зуд сопровождал патологический процесс у всех больных, наблюдаемых нами. Пруриндекс в баллах колебался от 2 у 51 (29,65%) пациента, до 3–4 – у 98 (56,98%) и даже 5 – у 23 (13,37%) больных.

До настоящего времени отсутствует единое мнение о патогенезе зуда при АД. Продолжают рассматриваться и оцениваться в качестве важных психологические аспекты взаимоотношений мать – ребенок, хотя до настоящего времени не существует подтверждения четкости связи между феноменом «материнского отвержения» и расстройствами личности у матери, а также отсутствием взаимопонимания между мамой и ребенком. Имеется немало указаний на зависимость кожных проявлений АД от наличия психических расстройств: депрессии, тревоги, фобий, невротизма, уровня агрессии, стрессовых ситуаций, расстройств сна. Однако нередко исследователи рассматривают психогенные факторы лишь в качестве триггерного механизма при АД. Имеются обоснования нейроанатомических и нейрофизиологических аспектов возникновения зуда.

Результаты исследований последних десятилетий показали, что нет универсального медиатора зуда, но существует большой класс веществ, оказывающих прuritогенное действие, являющихся его потенциальными химическими медиаторами: гистамин, протеазы, простагландины, брадикинин, лейкотриены, фактор активации тромбоцитов, серотонин, цитокины и

множество других. Главным и наиболее изученным амином (серотонин, адреналин, норадреналин, мелатонин, допамин) является гистамин. Протеазы представлены триптазами, химазами, карбоксипептидазами, папаином, калликреином. К нейропептидам относят субстанцию *P*, субстанцию *K*, кальцитонин, эндотелин, вазоактивный интестинальный пептид, нейротензин, холецистокинин, нейрокинин *A*, нейрокинин *B*, элдоизин, физалемин, бомбезин. Опииды: мет-энкефалин, леу-энкефалин, β -эндорфин, морфин. Эйкозаноиды: *LTC4*, *LTD4*, *LTE4*, *LTB4*, *PGD1*, *PGE2*, *PGF2*, *PGH2*. Факторы роста и цитокины: эпидермальный фактор роста (*EGF*), фактор роста нервов (*NGF*), тромбоцит-производный фактор роста (*PDGF*), соматомедины, эритропоэтин, колониестимулирующие факторы. Продукты эозинофилов: эозинофил-производный нейротоксин, эозинофильная пероксидаза, крупный катионный протеин, эозинофильный катионный протеин. Кроме того, важную роль в развитии прuritогенного эффекта отводят группе гормоноподобных белков, вырабатываемых различными клетками иммунной системы в процессе воспаления, а именно цитокинам, из которых наиболее часто регистрируют повышение уровней интерлейкинов (от *IL1* до *IL10*, а также *IL31*), фактора некроза опухоли (*TNF-a*, *TNF-b*).

Нами установлено повышение уровней *IL2* и *IL31*, коррелирующих со степенью выраженности клинической презентации АД. Их уровень в периферической крови был достоверно выше у больных АД, имеющих бактериальную и/или микотическую инфекции, а также в сравнении с контрольными значениями и уровнями, регистрируемыми у больных псориазом.

Вывод. Полученные нами результаты позволяют предполагать особенности перестройки некоторых интегрирующих систем организма у больных атопическим дерматитом, свидетельствуют о неоднородности у них иммунного ответа, а также возможности выделения групп риска и прогнозирования осложненных вариантов его течения.

Список литературы

1. **Bieber, T.** Atopic Dermatitis / T. Bieber // The N Eng J Med. – 2008. – № 358. – P. 1483–94.

УДК 616.5-002.2-07

С.В. Батыршина, Р.Г. Халилова,
Е.Е. Сабынина**МИКРОБИОЦЕНОЗ КОЖИ
И ЕГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ
У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский
университет МЗ РФ», Республика Татарстан**Батыршина Светлана Васильевна** — доктор меди-
цинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии*Определен характер микробиоценоза кожи у больных
атопическим дерматитом и представлены способы топиче-
ской терапии, способствующие реабилитации их дерма-
тологического статуса.***Ключевые слова:** микробиоценоз, хронический дерма-
тоз, эпидермальный барьер.

S.V. Batyrshina, R.G. Khalilova, E.E. Sabynina

**SKIN MICROBIOTICENOSIS AND ITS
PHARMACOLOGICAL CONTROL
IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS**

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Batyrshina Svetlana Vasilevna — Doctor of Me-dical
Sciences, Professor of the Department of Dermatology
and Venereology*The article identifies the character of skin microbiocenosis
in patients with atopic dermatitis and provides methods of
topical therapy that help to rehabilitate their dermatological
status.***Key words:** microbiocae-nosis, chronic dermatitis, epidermal
barrier.

В структуре хронических дерматозов атопи-
ческий дерматит (АД) занимает одну из лидиру-
ющих позиций, об этом свидетельствует более
чем трехкратный рост его распространенности
в сравнении с 60-ми годами прошлого столе-
тия [2, 10]. Высокий уровень заболеваемости АД,
его дебют в раннем возрасте, непрерывно реци-
дивирующее течение патологического процесса
при наличии тенденции к увеличению устойчи-
вых к традиционной терапии форм, снижение
приверженности пациентов к лечению придают
вопросам поиска причин и выбора рациональной
стратегии и тактики терапии данного дерматоза
особую актуальность [1].

В настоящее время пришли к пониманию АД
как многофакторного гетерогенного заболева-
ния, развитие которого происходит вследствие
сочетанного влияния наследственных факто-
ров и окружающей среды. При этом наиболее
активно обсуждаются две гипотезы его форми-

рования. Согласно одной из них, определяемой
как *inside – outside* (изнутри – наружу), началь-
ным звеном в патогенезе данного заболевания
являются нарушения внутренних процессов в
организме с проявлениями на коже [6]. Эти на-
рушения обусловлены генетическими дефекта-
ми, ведущими к аномалиям иммунного ответа,
выраженного в избыточной *Ig E*-реакции [4] или
дисбалансе между субпопуляциями *T*-хелперов,
а именно, в преобладании клеток 2-го типа [3].

Другая, известная как гипотеза *outside – inside*
(снаружи – внутрь), во главу угла ставит состоя-
ние эпидермального барьера, нарушение которо-
го, обусловленное сухостью кожи и/или повышен-
ной его проницаемостью, приводит к развитию
АД [5, 7, 8]. В соответствии с этой гипотезой совре-
менная дерматология рассматривает увлажнение
и смягчение кожи в качестве ключевого момента
терапии данного дерматоза. Нарушенный эпидер-
мальный барьер позволяет аллергенам проникать
через кожу и реализовать свое дей-ствие через ан-
тиген-презентирующие и иммунные клетки-эффе-
ктеры и даже перевести изначально благоприятное
течение дерматита в варианте «не атопического»
состояния при нормальном уровне сывороточ-
ного *Ig E* в атопическую фазу, сопровождаю-
щуюся значимым повышением уровня *Ig E* [9].
Следовательно, наличие внешних, средовых фак-
торов, в том числе инфекционного характера,
достаточно хорошо известных и определяемых в
свою очередь в качестве триггеров и аллергенов,
может играть существенную роль в формирова-
нии и пролонгировании течения данного дерма-
тоза. При этом состояние микробиоценоза кожи у
больных АД является достаточно важным.

Цель исследования: определить характер
микробиоценоза кожи у больных АД и предста-
вить способы топической терапии по реабилита-
ции их дерматологического статуса.

Материал и методы. Всего под нашим на-
блюдением находилось 172 ребенка, страдающих
АД, в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, с длитель-
ностью заболевания от 2 недель до 10 лет. Прово-
дилось культуральное исследование материала,
взятого с пораженных участков кожи.

Результаты и их обсуждение. В результа-
те исследования выявлено, что у 123 (71,51%)
пациентов патологический процесс протекал в

варианте осложненного бактериально-микотического средней или тяжелой степени тяжести с рецидивирующим характером заболевания. Из их числа в результате бактериологического исследования материала с пораженных участков кожи *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*), дрожжеподобные грибы рода *Candida albicans*, мицелиальные дерматофиты (*Trichophyton spp.*, *Epidermophyton spp.*) верифицировались наиболее часто и определялись у 46 (37,40%), 27 (21,95%), 97 (78,86%) и 15 (12,20%) пациентов соответственно. Нередко определялись различные сочетания возбудителей, колонизирующих кожные покровы пациентов, страдающих АД. Наличие вторичного инфицирования кожи – серьезная проблема у преобладающего числа больных АД. Известно, что условно-патогенные микроорганизмы, превышающие допустимое количественное представительство, а также патогенные микроорганизмы и грибковая флора, верифицируемые в различных сочетаниях, могут как запускать, так и поддерживать аллергическое воспаление кожи. Несмотря на сформировавшуюся врожденную иммунную защиту организма, некоторые бактерии приобрели и развили соответствующие способы инактивации защитных механизмов. У бактерий появился целый спектр вирулентных свойств, позволяющих выдерживать взаимодействие с системой врожденной иммунной защиты. Известно, что вирулентность *S. aureus* определяется 5 группами факторов: способностью к адгезии, антифагоцитарной активностью, внутриклеточными ферментами, активатором плазминогена и токсинами. Перечисленные вирулентные свойства позволяют *S. aureus* устоять перед барьером врожденной иммунной защиты, а также защититься от сложного механизма протеолитической активности. Действие протеиназ (неклеточные ферменты) многопланово, но прежде всего они вызывают гибель фагоцитов и инактивируют противомикробные пептиды.

В целом из основных факторов, влияющих на барьерную и противомикробную функции кожи, следует указать: на роговой и липидный конверты, формируемые белками цитоскелета (кератин, филлагрин, инволюкрин, волюкрин)

и межклеточными липидами (керамиды, сфинголипиды, жирные кислоты), эпидермальные протеазы, изменение *pH*, а также врожденную систему антимикробных пептидов (кателицины, *LL-37*, *HBD-2*, *HBD-3*, цистатины, *B-дефензины*). Из факторов, определяющих вирулентность микроорганизмов, важны: факторы адгезии (коллагенсвязывающий белок; агглютинирующие факторы; внеклеточный адгезивный белок; эластинсвязывающий белок; фибронектинсвязывающие белки; внутриклеточные адгезивные белки; белки, содержащие серин-аспаргин), антифагоцитарной активности (капсула, протеин *A*), внутриклеточные ферменты (ауреолизин; металлопротеазы; гиалуронидаза; липаза; цистеиновая протеаза *A* и *B*; протеаза *V8*; коагулаза; β -лактамаза), активатор плазминогена (стафилокиназа) и токсины (α , β , δ , γ -гемолизины, эксфолиативный токсин; сфингомиелиназа; энтеротоксины *A*, *B*, *C*, *D*, *E*; *TSST1*).

Исследования подтверждают, что две функции кожи (проницаемость и антимикробный барьер) взаимосвязаны и взаимозависимы. Иммунный ответ с преобладанием *T*-хелперов 2-го типа с увеличением продукции ИЛ-4 приводит к уменьшению продукции внеклеточных липидов, церамидов и антимикробных пептидов. Действие патогенной флоры и протеаз обладает таким же эффектом, что еще более усиливает нарушения эпидермального барьера. В данной ситуации возрастает роль медикаментозных средств, способных решить проблемы элиминации бактериальной и грибковой флоры, с предпочтительным их наружным применением.

Сегодня предлагается много способов восстановления физиологической флоры кожи. В арсенале дерматовенеролога имеется достаточно официальных комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, антимикотики и/или антибиотики.

В комплексную терапию больных АД, наряду с использованием стандартной наружной и системной фармакотерапии, включались топические комбинированные препараты в варианте травокорта, тридерма, пимафукорта, фуцидина Г в течение 10–14 дней, с переходом на противовоспалительную терапию топическими глюкокортикостероидами, назначаемыми на ана-

логичный период времени (от 10 до 14 дней) и в постоянном режиме использования увлажняющих средств, что позволяет восстановить нормальный микробиоценоз и уменьшить сухость кожи, а следовательно, контролировать состояние эпидермального барьера пациентов. В основе их включения лежало стремление подавить *QS* (*Quorum Sensing* – кворум сенсинг) у патогенных или ставших вдруг патогенными микроорганизмов и контролировать плотность популяции кворум-системы. Элиминация патогенных микроорганизмов или выраженное снижение колонизации ими, а также уровень, допустимый для условно-патогенной флоры, достигнуты практически у всех пациентов, получивших вышеуказанную топическую терапию. Удлинение периода ремиссии от 4 до 8, а у 21 (17,07%) пациентов до 12 месяцев со снижением симптомов АД по шкале *SCORAD* более чем на 40% позволяет считать использование комбинированной топической терапии целесообразным.

Выводы. Установление нами, наряду с присутствием позитивной, нередко наличия нежелательной, патогенной флоры, представленной различными вариантами сочетаний инфекционных агентов, свидетельствует о наличии факторов, способствующих нарушению эпидермального барьера кожи при АД, а следовательно, основания для поддержки воспалительного процесса и пролонгирования течения АД. Выявленная высокая частота колонизации кожи патогенами бактериально-микотической природы подтверждает данные литературы о существенной роли данных микроорганизмов в развитии и поддержании воспаления у больных АД. Использование данного терапевтического алгоритма, построенного на принципах непрерывности его проведения, адекватности подбора лекарственных средств, этапности, иерархии и комбинированности, позволит осуществить процесс качественного восстановления и сохранения эпидермального барьера и, в соответствии с гипотезой снаружи – внутрь, иметь возможность управлять процессом дерматологического здоровья у лиц со склонностью к атопии. Устранение конфликта, определяемого как кожа – патогенная микрофлора, – первый и очень существенный этап на этом пути.

Список литературы

1. Кубанова, А.А. Стационарзамещающие технологии в оказании специализированной медицинской помощи больным дерматозами / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 2. – С. 8–12.
2. Bieber, T. Atopic Dermatitis / T. Bieber // The N Eng J Med. – 2008. – V. 358. – P. 1483–1494.
3. Boguniewicz, M. Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications / M. Boguniewicz, D. Leung // J. Allergy Clin. Immunol. – 2010. – V. 125. – P. 4–13.
4. De Benedictis, F. The allergic sensitization in infants with atopic eczema from different countries / F. de Benedictis // Allergy. – 2009. – V. 64. – P. 295–303.
5. Low humidity stimulates epidermal DNA synthesis and implies the hyperproliferative response to barrier disruption6 implication for seasonal exacerbation of inflammatory dermatoses / M. Denda, J. Sato, T. Tsuchiya [et al.] // J Invest Dermatol. – 1998. – V. 111. – P. 873–878.
6. Elias, P.M. «Outside to Inside» (and now back to «outside») pathogenic mechanisms in atopic dermatitis / P.M. Elias, M. Steinhoff // J. Invest. Dermatol. – 2008. – V. 128. – № 5. – P. 1067–1070.
7. Elias, P.M. Epidermal pathogenesis of inflammatory dermatoses / P.M. Elias, L.C. Wood, K.R. Feingold // Am J Contact Dermatol. – 1999. – № 10. – P. 119–126.
8. Ghadially, R. Stratum corneum structure and function correlates with phenotype in psoriasis / R. Ghadially, J.T. Reed, P.M. Elias // J Invest Dermatol. – 1996. – № 107. – P. 558–564.
9. Novak, N. Allergic hyperreactivity to microbial components – a trigger factor of «intrinsic» atopic dermatitis / N. Novak, J.P. Allam, T. Bieber // J Allergy Clin Immunol. – 2003. – № 112. – P. 215–216.
10. Schultz-Larsen, F. Epidemiology of atopic dermatitis / F. Schultz-Larsen, J.M. Hanifin // J Allergy Clin Immunol. – 2002. – № 22. – P. 1.

УДК [616.5-001/-002-056.3:616-002.828]-08

А.Ю. Лоншакова-Медведева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТЕРБИНАФИНОМ ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ»

Лоншакова-Медведева Анастасия Юрьевна – аспирант кафедры дерматовенерологии

Рассмотрены современные понятия о роли *Malassezia furfur* в патогенезе атопического дерматита. В открытом неслепом исследовании приняло участие 35 больных АД. Приведены результаты исследования сенсibilизации к *Malassezia furfur* у данных больных, доказана эффективность терапии тербинафином больных атопическим дерматитом при выявленной микогенной сенсibilизации.

Ключевые слова: атопический дерматит, *Malassezia furfur*, тербинафин.

A.Yu. Lonshakova-Medvedeva

THE EFFECTIVENESS OF TERBINAFINE THERAPY IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS AND MYCOTIC SENSIBILIZATION

Pavlov State Medical University of Saint Petersburg

Lonshakova-Medvedeva Anastasia Yurievna —
Postgraduate Student of the Department of Dermatology
and Venereology

The article considers contemporary views on the role and significance of Malassezia furfur in pathogenesis of atopic dermatitis. Our research involved 35 patients with atopic dermatitis. Research results of sensitization to Malassezia furfur in these patients have proved the terbinafine therapy effectiveness in patients with atopic dermatitis when mycetogenic sensitization is identified.

Key words: atopic dermatitis, Malassezia furfur, terbinafine.

Malassezia furfur — это дрожжеподобный липофильный грибок, представитель нормальной микрофлоры человека [6]. Данный грибок обнаруживается у здоровых людей в 25–75% случаев и у больных атопическим дерматитом (АД) в 40–90% [5].

M. furfur преимущественно колонизирует участки кожи, которые характеризуются повышенной активностью сальных желез (грудь, спина, волосистая часть головы) [1, 5].

В настоящее время описано большинство антигенов *Malassezia*, исследована их биохимическая структура, способность к индукции Ig E-антител в крови больных АД [4]. Установлено, что белки-аллергены *M. furfur* связываются с имеющимися в избытке у больных АД Ig E, что в итоге приводит к усилению воспалительной реакции со стороны кожи [4]. Специфические Ig E выявляются у 49% пациентов с АД и находятся в прямой зависимости от уровня общего Ig E и степени тяжести кожного процесса [7]. Таким образом, *M. furfur* у больных АД играют роль сильнейшего антигенного стимула. Если заселение поверхности кожи грибами происходит в первые годы жизни человека, то при наличии атопии оно является одним из первых аллергенов, вызывающих немедленный тип аллергической реакции [3].

По результатам исследований [2] включение в комплексную терапию больных АД антимикотических препаратов дает выраженный положительный эффект, а также снижение уровня Ig E, общего и специфического к *Malassezia*.

Цель работы: определить частоту сенсibilизации к *Malassezia furfur* у пациентов с АД и оценить переносимость и терапевтический эф-

фект тербинафина при лечении больных АД с выявленной микогенной сенсibilизацией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 35 пациентов обоего пола в возрасте от 17 до 63 лет, страдающих АД с преимущественным поражением кожи головы, шеи и верхней части туловища. Поражение кожи было представлено эритемой, шелушением, сухостью кожи. Микро-везикуляции и мокнутия не было. Площадь поражения от 1% до 48,5%, SCORAD от 12,2 до 72,9.

Всем пациентам проводилось исследование крови на специфические Ig E к *M. furfur* иммунохемилюминесцентным методом. Результаты интерпретировались по классам (от 0 до 6).

Пациентам с микогенной сенсibilизацией назначался тербинафин *per os*, в дозе 250 мг/сутки в течение 30 дней. Перед началом исследования, после 2, 4 и 8 недель лечения проводилось определение распространенности патологического процесса, оценка субъективных ощущений (зуд + нарушение сна), индекса SCORAD.

В качестве сопутствующей терапии назначались седативные и антигистаминные средства. В исследовании не участвовали пациенты, получающие системную терапию цитостатиками, ретиноидами, глюкокортикостероидами, антибиотиками.

Результаты и обсуждение. Сенсibilизация к *M. furfur* не была выявлена у 14 пациентов (0 класс). Низкая сенсibilизация была выявлена у 2 человек (I класс); умеренная — у 6 человек (II класс); высокая — у 6 человек (III класс); очень высокая — у 4 человек (IV класс); сверхвысокая — у 3 человек (V и VI классы). Высокие титры антител класса Ig E, специфичных против *Malassezia*, были выявлены у пациентов с тяжелым течением АД.

Лечение тербинафином получали 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщины), из них у 2 была выявлена сверхвысокая сенсibilизация, у 4 — очень высокая, у 2 — высокая. Все пациенты успешно завершили лечение, отметив прекрасную или хорошую его переносимость.

На 7–8-й день терапии пациенты отмечали уменьшение интенсивности зуда более чем на 50%, несмотря на то, что тербинафин не оказывает прямое противовоспалительное действие. После лечения у всех пациентов отмечалось

снижение площади поражения приблизительно в 3 раза, уменьшение субъективных ощущений в 2 раза, снижения индекса *SCORAD* в 2,5 раза. Через 2 недели после окончания терапии рецидивов не отмечалось. Пациенты хорошо переносили терапию, аллергических реакций не наблюдалось, существенных изменений в биохимическом анализе крови не было.

Таким образом, мы выявили у 60% пациентов с АД специфические *Ig E* к *M. furfur*, что подтверждает сообщения других авторов [3–5]. Продемонстрированный терапевтический эффект тербинафина подтверждает роль микогенной сенсibilизации, обусловленной дрожжеподобными грибами, в иммунопатогенезе АД. Представленные нами данные согласуются с результатами других исследований, показавших снижение степени тяжести АД при включении в терапию средств, действие которых направлено на уменьшение грибковой контаминации кожи.

Выводы: 1. Специфические *Ig E* к *M. furfur* были выявлены у 60% пациентов с АД.

2. Выявлена прямая зависимость между тяжестью АД и уровнем специфических *Ig E* к *M. furfur*.

3. Прием тербинафина приводит к улучшению кожного процесса у больных АД с микогенной сенсibilизацией.

4. Высокая липофильность тербинафина обеспечивает длительное поддержание терапевтических концентраций в коже, даже после отмены препарата.

5. Все пациенты хорошо переносили лечение тербинафином (об этом свидетельствуют результаты клинико-лабораторного наблюдения).

Список литературы

1. Воронина, В.Р. Роль грибковой и бактериальной флоры кожи в патогенезе atopического дерматита / В.Р. Воронина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 1. – С. 16–19.
2. Давидова, М.Э. Антифунгальная терапия больных atopическим дерматитом с гиперчувствительностью к грибам рода *Malassezia* / М.Э. Давидова // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 1. – С. 4.
3. Мокроносowa, М.А. Терапевтический эффект активированного цинка пиритиона у больных с синдромом atopического дерматита. Экземы с сенсibilизацией к дрожжеподобным грибам / М.А. Мокроносowa // Российский аллергологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 83–87.
4. Johansson, S. *Ig E* binding components in *Pityrosporum orbiculare* identified by an immunoblotting technique / S. Johansson, K. Karlstrom // Acta Dermatol Venereol. – 1991. – V. 71. – P. 11–16.

5. Immune reactions to *Pityrosporum ovale* in adult patients with atopical and seborrheic dermatitis / M. Kieffer, I.-M. Bergbrant, J. Faergemann [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1990. – V. 22. – P. 739–742.

6. Schmidt, A. In vitro susceptibility of *Malassezia furfur* / A. Schmidt, B. Ruhl Horster // Arzneimittelforschung. – 1996. – V. 46 (4). – P. 442–444.

7. *Ig E* antibodies to *Pityrosporum ovale* in atopical dermatitis / M.W. Wessels, G. Doeks, A.G. Van Ieperen-Van Dijk [et al.] // British Journal Dermatology. – 1991. – V. 125. – P. 227–232.

УДК 616.5-001/-002-08:613.495

Е.В. Соколовский¹, К.Н. Монахов¹,
А.Ю. Лоншакова-Медведева¹, О.В. Лаврова²

ПРИМЕНЕНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ БАЗОВОГО УХОДА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

¹ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ»;

² НИИ пульмонологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ»

Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой; Монахов Константин Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой; Лаврова Ольга Вольдемаровна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник

Рассмотрены современные понятия о роли микроорганизмов в патогенезе atopического дерматита. Приведены результаты исследования эффективности эмоленов с противомикробным действием в терапии больных atopическим дерматитом легкой и средней степени тяжести, а также результаты диагностики микробиоты кожи до начала исследования и на 14-й день.

Ключевые слова: atopический дерматит, эмоленты, *Staphylococcus aureus*.

Е.В. Sokolovsky¹, К.Н. Monakhov¹,
А. Yu. Lonshakova-Medvedeva¹, О.В. Lavrova²

THE APPLICATION OF COSMETICS FOR BASIC CARE IN COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

¹ Pavlov State Medical University of Saint Petersburg;

² Scientific Research Institute of Pulmonology, Pavlov State Medical University of Saint Petersburg

Sokolovsky Evgeniy Vladislavovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology with Clinic; Monakhov Konstantin Nikolaevich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Dermatology and Venereology with Clinic; Lavrova Olga Voldemarovna – Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher

The article considers contemporary views on the role and significance of microorganisms in the pathogenesis of atopic dermatitis. We present the results of studying the effectiveness of emollients with antimicrobial effects in the treatment of patients with mild and moderate atopic dermatitis, as well as the results of assessing skin microbiota before the investigation and on 14th day of study.

Key words: atopic dermatitis, emollients, *Staphylococcus aureus*.

При атопическом дерматите (АД) происходит изменение защитных свойств кожи, что приводит к преобладанию роста условно-патогенной микрофлоры и вызывает не только типичные инфекционные осложнения, но и усиливает атопические поражения посредством выделяемых микроорганизмами токсинов и ферментов [4, 10, 12, 19].

К наиболее значимому триггерному механизму, запускающему и поддерживающему хроническое поражение кожи, относят колонизацию *Staphylococcus aureus* [1, 15]. Было доказано, что это происходит из-за снижения выделения с потом антибиотических пептидов, принадлежащих к системе дермцидина (*Dermcidin*) [17]. Колонии золотистого стафилококка обнаруживаются у 90% пациентов с АД (не только на воспаленных участках, но и даже в местах, которые кажутся неизменными), тогда как у здоровых людей лишь в 5% случаев [3, 6, 7, 14]. Проявление патогенных свойств золотистого стафилококка у больных АД значительно выше, чем у здоровых носителей [2, 4]. В сыворотке крови многих больных АД определяется повышенный уровень специфических антистафилококковых Ig E-антител. [16, 18]. Наиболее значимую роль отводят экзотоксинам *S. aureus*, которые обладают свойствами суперантигенов и способны вызывать ответ путем стимуляции T-клеточной пролиферации независимо от обычных аллергических механизмов, либо активируя антиген-презентирующие клетки и кератиноциты, либо выступая в качестве аллергенов и вызывая продукцию специфических Ig E-антител [2, 13]. Экзотоксины золотистого стафилококка, подавляя апоптоз CLA+T-лимфоцитов, способствуют хронизации воспаления при АД. Суперагенты стафилококка участвуют в формировании воспаления в коже больных неаллергическим АД, активируя T-лимфоциты и вызывая продукцию воспалительных цитокинов [2]. Проведен-

ные в последние годы исследования выявили закономерность: тяжесть течения АД зависит от присутствия на коже токсигенных штаммов стафилококковых энтеротоксинов и от уровня специфических Ig E-антител к экзотоксинам [2, 5, 9, 11, 13].

Другие микробные агенты, в том числе другие виды стафилококков и стрептококки, играют существенно меньшую роль в патогенезе АД [2].

Цель исследования: изучение микробиоты кожи у пациентов с АД и влияния эмолиентных препаратов с противомикробным эффектом на бактериальную обсемененность кожи и состояние кожи в целом.

Материал и методы. В открытом многоцентровом несравнительном наблюдательном исследовании приняли участие пациенты, получающие амбулаторное и стационарное лечение в клинике дерматовенерологии СПбГМУ им. И.П. Павлова, Новгородском областном КВД и Республиканском КВД. В исследовании приняли участие 48 больных АД (мужчин – 20, женщин – 28, в возрасте от 18 до 47 лет) с преимущественной локализацией процесса на коже лица, из которых 28 пациентов получали лечение в СПбГМУ им. Павлова, 10 – в НОКВД и 10 – в РКВД. Из общего числа больных у 29 наблюдался АД легкой степени тяжести, у 19 – АД средней степени. Диагностику АД проводили в соответствии с критериями *Hanifin, Rajka* (1980) [8]: площадь поражения кожи у пациентов составила от 1 до 33%, значения индексов *SCORAD* – от 8,4 до 33,6 балла, *EASI* – от 0,2 до 7,8 балла, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) – от 1 до 14.

Всем пациентам проводилось исследование микробиоценоза кожи лба (перед началом и на 14-й день) методом ПЦР и посева на селективную питательную среду для оценки обсемененности кожи золотистым стафилококком.

Назначались Эмолиум П Триактивный крем (2 раза в день) и эмульсия (ежедневно по мере необходимости для приема ванн и/или в качестве мягкого очищающего средства) на 13 дней. В течение третьей недели исследования пациенты использовали базовые средства ухода без

противомикробного эффекта. В качестве сопутствующей терапии назначались седативные и антигистаминные средства. В исследовании не участвовали пациенты, получающие системную терапию цитостатиками, ретиноидами, глюкокортикостероидами, антибиотиками, а также пациенты, менее чем за 7 дней до момента включения в исследование получавшие лечение эмолендами, топическими глюкокортикостероидами и их комбинациями.

Перед началом исследования, на 14-й и 21-й дни проводилось определение распространенности патологического процесса, оценка субъективных ощущений, индексов *SCORAD* и *EASI*.

Результаты и обсуждение. Из 48 больных АД, принявших участие в исследовании, 43 его успешно завершили и отметили прекрасную или хорошую переносимость лечения. Из исследования на первой неделе выбыли 5 пациентов в связи с появлением незначительного зуда и усилением яркости высыпаний. Наблюдение за данными пациентами было остановлено по их желанию, что в первую очередь обусловлено психологическими и психосоматическими особенностями пациентов с АД: мнительностью, лабильностью психики, повышенной тревожностью.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалось снижение индекса *SCORAD*: на 14-й день – почти в 2 раза, на 21-й день – в 3 раза; индекса *EASI*: на 14-й день – в 1,5 раза, на 21-й день – в 2,5 раза. Площадь поражения сократилась: на 14-й день – в 1,5 раза, на 21-й день – в 2 раза. Субъективные ощущения уменьшились: на 14-й день – в 1,5 раза, на 21-й день – в 2,5 раза.

У 6 пациентов (12,5% от общего числа больных) отмечался полный регресс высыпаний уже на 7-й день исследования; еще у 4 пациентов (8,3%) – полный регресс высыпаний на 14-й день наблюдения. У остальных пациентов отмечалось разрешение высыпаний, сокращение очагов поражения по площади, значительное уменьшение субъективной симптоматики.

Значительный клинический эффект обусловил и значительное снижение дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ): на 14-й день – в 2 раза, на 21-й день – в 2,5 раза, что свидетельствует о снижении влияния состояния кожи на полноценную жизнедеятельность.

Микробиологические исследования выявили повышенную бактериальную обсемененность кожи больных АД. При исследовании были выявлены следующие бактерии: *Propionobacterium acne* (у 31,6% пациентов), *Staphylococcus epidermidis* (у 52,6%), *Staphylococcus aureus* (у 52,6%). Следует отметить, что золотистый стафилококк был выявлен у всех пациентов с индексом *SCORAD* более 10,0. В повторном анализе встречаемость различных микроорганизмов у всех пациентов снизилась (*Staphylococcus epidermidis* с 52,6 до 21,0%; *Staphylococcus aureus* с 52,6 до 36,8%). При этом нами было отмечено, что частота выявления *Propionobacterium acne* не менялась.

Через неделю после окончания терапии (пациенты использовали только обычные «базовые» средства) рецидивов заболевания не было.

Таким образом, мы выявили у пациентов с АД на поверхности кожи патогенные и условно-патогенные микроорганизмы.

Наши исследования подтвердили сообщения других авторов [2, 4, 5, 8, 9, 10, 15] о повышенной бактериальной обсемененности кожи больных АД. Эти же авторы указывают на влияние выявленных микроорганизмов (прежде всего, *Staphylococcus aureus*) на течение АД в качестве фактора, провоцирующего и поддерживающего воспаление в коже. В нашем исследовании *Staphylococcus aureus* был выявлен у пациентов с индексом *SCORAD* более 10,0.

В связи с вышесказанным коррекция измененного нормального кожного микробиоценоза представляется необходимым фрагментом патогенетической терапии дерматоза.

Использование эмоленов с противомикробным действием в ходе исследования оказало существенное положительное влияние не только на бактериальную обсемененность кожи, но и в целом на состояние кожи пациентов. Выявлена положительная динамика индексов тяжести АД. Терапия была комфортной для больных, хорошо переносилась.

Таким образом, применение эмоленов с противомикробным действием представляется обоснованным, необходимым и оправданным при лечении пациентов, у которых при обострениях АД имеются признаки активизации микробной флоры.

Выводы: 1. Среднетяжелое течение атопического дерматита сопровождается бактериальной обсемененностью кожи микроорганизмами: *Propionobacterium acne*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*.

2. Использование эмоленов с антибактериальными свойствами приводит к улучшению состояния кожного процесса (уменьшение индекса SCORAD в 3 раза, индекса EASI в 2,5 раза, снижение площади поражения в 2 раза, уменьшение субъективных ощущений в 2,5 раза), снижает бактериальную обсемененность кожи.

Список литературы

1. Балаболкин, И.И. Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. – М.: Медицина, 1999. – 42–54 с.
2. Горячкина, Л.А. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практических врачей / Л.А. Горячкина, К.П. Кашкин. – М.: Миклош, 2011. – 64–74 с.
3. Мокроносова, М.А. Влияние *Staphylococcus aureus* на течение атопического дерматита / М.А. Мокроносова // Аллергология. – 2003. – № 1. – С. 46–50.
4. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей: в 2 т. / Ю.К. Скрипкин; под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 30–33 с.
5. Severe atopic dermatitis is associated with sensitization to staphylococcal enterotoxin B (SEB) / K. Breuer, M. Wittmann, B. Bosche [et al.] // Allergy. – 2000. – V. 55. – P. 551–555.
6. Brook, I. Microbiology of infected atopic dermatitis / I. Brook, E.H. Frazier, J.K. Yeager // J. Dermatology. – 1996. – V. 35 (11). – P. 791–793.
7. Gloor, M. On the resident aerobic bacterial skin flora in unaffected skin of patients with atopic dermatitis and in healthy controls / M. Gloor, G. Peters, D. Stoika // Dermatologica. – 1982. – V. 164. – P. 258–265.
8. Hanifin, J.M. Diagnostic features of atopic dermatitis / J.M. Hanifin, G. Rajka // Acta Derm. Venerol. Suppl. (Stockh). – 1980. – V. 92. – P. 44–47.
9. Superantigens: mechanism of T-cell stimulation and their role in immune responses / A. Herman, J.W. Kappler, P. Marrack [et al.] // Ann. Rev. Immunology. – 1991. – V. 9. – P. 745–772.
10. Hoeger, P.H. Staphylococcal septicemia in children with atopic dermatitis / P.H. Hoeger, R. Ganschow, C. Finger // Pediatric Dermatology. – 2000. – V. 17 (2). – P. 111–114.
11. Johnson, H.M. Staphylococcal enterotoxins – microbial superantigens / H.M. Johnson, J.K. Russell // FASEB J. – 1991. – V. 5. – P. 2706–2712.
12. Presence of IgE antibodies to staphylococcal exotoxins on the skin of patients with atopic dermatitis / D.Y. Leung, R. Harbeck, P. Bina [et al.] // J. of Clinical Investigation. – 1993. – V. 92. – P. 1374–1380.
13. Leung, D.Y.M. The Role of Superantigens in Skin Disease / D.Y.M. Leung, J.B. Travers, D.A. Norris // J. Invest. Dermatology. – 1995. – V. 105 (1). – P. 37–42.
14. Lever, R. Infection in atopic dermatitis / R. Lever // Dermatol. Therapy. – 1996. – V. 1. – P. 32–37.
15. Atopic Dermatitis – Triggering Factors / M.A. Morren, B. Przybilla, M. Bamelis [et al.] // J. American Academy Dermatology. – 1994. – V. 31 (3). – P. 467–473.
16. The importance of Th2-like cells in the pathogenesis of airway allergic inflammation / M. Ricci, O. Rossi, M. Berton [et al.] // Clin. Exp. Allergy. – 1993. – V. 23. – P. 360–369.
17. Deficiency of dermcidin-derived antimicrobial peptides in sweat of patients with atopic dermatitis correlates with an impaired innate defense of human skin in vivo / S. Rieg, H. Steffen, S. Seeber [et al.] // J. Immunology. – 2005. – V. 174. – P. 8003–8010.
18. Romagnani, S. Human Th1 and Th2 subsets: doubt no more / S. Romagnani // Immunology Today. – 1991. – V. 12. – P. 256–257.
19. Skov, L. Bacterial superantigens and inflammatory skin diseases / L. Skov // Clinical and Experimental Dermatology. – 2000. – V. 25 (1). – P. 57–60.

УДК 616.5-002.2

Б.А. Шамов

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Шамов Булат Альфредович – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Представлены результаты изучения распространенности симптомов атопического дерматита в динамике и их взаимосвязи с симптомами бронхиальной астмы у детей в возрасте 7–8 лет. Исследование, проведенное за период 2002–2010 гг. у 8880 школьников 7–8 лет по программе ISAAC, показало, что рост распространенности симптомов атопического дерматита продолжается.

Ключевые слова: атопический дерматит, бронхиальная астма.

B.A. Shamov

PREVALENCE OF SYMPTOMS OF ATOPIC DERMATITIS AND ITS CORRELATIONS WITH ASTHMA SYMPTOMS IN CHILDREN

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Shamov Bulat Alfredovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article presents the results of investigating the prevalence of symptoms of atopic dermatitis (AD) in dynamics and their correlations with the symptoms of bronchial asthma in 7–8-year-old children. The study of 8880 pupils aged 7 and 8 according to the ISAAC program over the period 2002–2010 showed that the prevalence of AD symptoms continues to rise.

Key words: atopic dermatitis, bronchial asthma.

В настоящее время атопический дерматит (АД) – это самое распространенное аллергическое заболевание кожи у детей, которое представляет в последние десятилетия актуальную медико-социальную проблему. Несмотря на

многочисленные работы, посвященные проблеме АД, в настоящее время имеются значительные расхождения показателей распространенности АД у детей [1–5].

Данные официальной статистики, основанные на показателях обращаемости за медицинской помощью, не дают полного представления о распространении АД (Российская научно-практическая программа «Атопический дерматит у детей», 2008).

Цель исследования: изучение распространенности симптомов АД в динамике и их взаимосвязи с симптомами бронхиальной астмы у детей школьного возраста (7–8 лет).

Материал и методы. В работе была использована международная стандартизованная унифицированная программа «ISAAC» («*International Study of Asthma and Allergy in childhood*») и методы математической статистики, расчеты выполнялись с помощью программ *Microsoft Excel* и *STATISTICA 6.0*.

Согласно основным принципам и требованиям программы «ISAAC», за период с 2002 по 2010 г. в г. Казани проводилось анкетирование 8880 школьников младших классов в возрасте 7–8 лет, из них в 2002 г. – 3000 человек, в 2006 г. – 2865 человек, а в 2010 г. – 3015 человек.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ полученных данных установил, что распространенность симптомов АД в 2002 г. отмечалась у $12,5 \pm 0,4\%$ детей, в 2006 г. отмечен рост до $13,8 \pm 0,5\%$, а в 2010 г. показатели продолжали расти и составили $20,4 \pm 1,5\%$, что в 1,6 раза выше показателей в 2002 г. и в 1,5 раза выше данных в 2006 г. ($p < 0,001$). В 2010 г. $20,4 \pm 1,5\%$ детей имели симптомы атопических заболеваний, из них только симптомы АД были зарегистрированы у $7,7 \pm 1,0\%$ детей, а $12,7 \pm 1,2\%$ больных имели сочетание симптомов АД с другими аллергическими заболеваниями.

Анализ полученных анкет в динамике показал, что число детей, у которых «зудящая сыпь была когда-либо в течение 6 месяцев», в 2002 г. составило $11,9 \pm 1,2\%$, в 2006 г. их было $13,4 \pm 0,6\%$, а в 2010 г. – $12,4 \pm 1,2\%$. Параметр «зудящая сыпь была за последние 12 месяцев»

в 2002 г. установлен у $6,5 \pm 0,9\%$ детей, в 2006 г. – у $7,3 \pm 0,4\%$, а в 2010 г. – у $7,5 \pm 1,0\%$. Типичные места поражения, когда «зудящая сыпь локализовалась на сгибах конечностей, лице и т. п.», во всех трех исследованиях указали практически одинаковое количество детей.

Изучение распространенности симптомов АД, в зависимости от возраста появления первых симптомов, с 2002–2010 гг. выявило «появление сыпи с зудом у детей впервые в возрасте до 2 лет» чаще, чем у детей в возрасте 2–4 года, 5 лет и старше. При этом в 2010 г. количество детей с манифестацией процесса до 2 лет уменьшилось в 1,5 раза по сравнению с 2002 г. (в 2002 г. – $7,6 \pm 1,0\%$ детей, в 2006 г. – $4,4 \pm 0,4\%$, в 2010 г. – $4,9 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$).

Показатели «зудящей сыпи, впервые появившейся в возрасте 2–4 лет» не имели значительных расхождений в динамике. Показатели «зудящей сыпи, впервые появившейся в возрасте 5 лет и старше» в 2002 г. были у $1,5 \pm 0,4\%$ детей, в 2006 г. – у $0,9 \pm 0,2\%$, а в 2010 г. установлено достоверное повышение до $2,8 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$).

Динамика показателей имеющих клинических проявлений АД у детей (по параметру «за последние 12 месяцев сыпь не исчезала полностью») в 2010 г. увеличилась в 1,5 раза по сравнению с 2002 г. и в 1,7 раза по сравнению с 2006 г. Так, в 2002 г. этот показатель отмечался у $3,2 \pm 0,6\%$ детей, а в 2010 г. – у $4,8 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$).

Показатели тяжести заболевания у детей по параметру «за последние 12 месяцев просыпался ночью от зудящей сыпи менее чем одну ночь в неделю» в 2002 г. были достоверно выше ($p < 0,001$), чем в последующих исследованиях, где показатели не отличались друг от друга.

Уровень диагностики АД среди школьников 7–8 лет увеличился. Так, число детей с установленным диагнозом АД в 2002 г. составило $34,4\%$, в 2006 г. данные выросли до $41,7\%$, а в 2010 г. превысили предыдущие показатели и составили $68,1\%$. Однако при этом при анкетировании было выявлено большее число детей с симптомами АД, чем с установленным диагнозом. Так, в 2002 г. этот показатель составил $4,0 \pm 0,5\%$, в 2006 г. АД был диагностирован у $5,4 \pm 0,4\%$ детей, а в 2010 г. – у $13,8 \pm 1,3\%$ ($p < 0,001$).

Показатели распространенности симптомов сочетанных форм АД и бронхиальной астмы (БА) были следующими: в 2002 г. они составили $3,4 \pm 0,4\%$, в 2006 г. — уже $6,8 \pm 0,6\%$, а в 2010 г. рост продолжился до $7,8 \pm 1,0\%$, что в 2,3 раза превышало показатели 2002 г. ($p < 0,001$).

При анализе диагностики АД и БА в сочетанных формах за период 2002–2006 гг. была выявлена их гиподиагностика. Диагноз АД был выставлен в 2002 г. у $1,2 \pm 0,3\%$ детей, в 2006 г. — у $2,9 \pm 0,4\%$ детей, что соответственно в 2,9 и 2,4 раза ниже полученных показателей заболеваемости. Диагноз БА был выставлен у $0,4 \pm 0,2\%$ детей в 2002 г. и у $1,1 \pm 0,2\%$ детей в 2006 г. В 2010 г., несмотря на небольшой рост показателей диагностики по сравнению с 2002 г. и 2006 г., также отмечается гиподиагностика АД и БА в сочетанных формах. Так, диагноз АД был выставлен лишь у $3,7 \pm 0,7\%$ детей, что в 2 раза ниже показателей распространенности АД в сочетанных формах, а диагноз БА был выставлен у $1,8 \pm 0,6\%$ детей, что в 4 раза ниже установленных показателей распространенности ($p < 0,001$).

Для выявления взаимосвязи между симптомами АД и БА был проведен анализ анкет 3015 детей методом корреляционного анализа. Было установлено наличие положительной связи между ответами на вопросы «появление зудящей сыпи впервые в возрасте 5 лет и старше» и «у вашего ребенка когда-нибудь было затрудненное дыхание» ($r=1,00$; $p < 0,05$), а также между ответами «диагностированный АД» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,92$; $p < 0,05$); «наличие зудящей сыпи когда-либо» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,88$; $p < 0,05$); «появление зудящей сыпи в возрасте 2–4 лет» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,81$; $p < 0,05$); «типичная локализация сыпи» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,80$; $p < 0,05$); «появление зудящей сыпи впервые в возрасте до 2 лет» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» (от $r=0,80$; $p < 0,05$); «симптомы текущего атопического дерматита» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,78$; $p < 0,05$); «появление зудящей сыпи за последние 12 месяцев» и «наличие затрудненного дыхания когда-либо» ($r=0,76$; $p < 0,05$).

Исследование, проведенное за период 2002–2010 гг. у 8880 школьников 7–8 лет по программе «ISAAC», показало продолжающийся рост распространенности симптомов АД, что свидетельствует о продолжении «атопического марша» у детей г. Казани и согласуется с мировой тенденцией роста заболеваемости в развитых странах. В результате мониторинга региональной распространенности АД установлено: увеличение его более тяжелых проявлений и сочетанных форм с БА; низкая и поздняя диагностика; увеличение детей с непрерывно рецидивирующим течением АД; расхождение показателей распространенности симптомов АД и данных по установленным диагнозам у больных в лечебно-профилактических учреждениях; продолжает увеличиваться число больных детей, у которых кожный процесс сочетается с другими аллергическими заболеваниями. Хроническому течению заболевания способствует его гиподиагностика.

Вывод. Таким образом, распространенность симптомов АД продолжает расти: с $12,5 \pm 0,4\%$ до $20,4 \pm 1,5\%$ детей за период 2002–2010 гг. ($p < 0,001$). В зависимости от возраста, число случаев появления у детей первых симптомов с манифестацией АД в возрасте до двух лет снизилось с $7,6 \pm 1,0\%$ до $4,9 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). Показатели клинических проявлений сыпи за последний год увеличились с $3,2 \pm 0,6\%$ до $4,8 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). Распространенность симптомов сочетанных форм АД и БА выросла с $3,4 \pm 0,4\%$ до $7,8 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$). Установлено наличие выраженных положительных корреляционных связей между симптомами АД и БА.

Список литературы

1. Балаболкин, И.И. Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
2. Шамов, Б.А. Атопический дерматит у детей / Б.А. Шамов, А.Г. Шамова. — Казань: Новое знание, 2006. — 256 с.
3. Шамов, Б.А. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Б.А. Шамов, Т.Г. Маланичева, С.Н. Денисова; под ред. А.Г. Шамовой. — Казань: Медицина, 2010. — 328 с.
4. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three / J. Odhiambo, H. Williams, T. Clayton [et al.] // J Allergy Clin Immunol. — 2009. — V. 24(6). — P. 1251–1258.
5. International variations in associations of allergic markers and diseases in children / G. Weinmayr, J. Genuneit, G. Nagel [et al.] // Allergy. — 2010. — V. 65(6). — P. 766–775.

УДК 616.5-002.2

Б.А. Шамов

**ИННОВАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА
С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Шамов Булат Альфредович — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Представлены результаты математического прогнозирования иммунологических показателей у детей старшего возраста с atopическим дерматитом. Компьютерная программа прогнозирования была создана на основании проведенных исследований и расчетов.

Ключевые слова: atopический дерматит, бронхиальная астма.

B.A. Shamov

**INNOVATIVE APPLICATION OF MATHEMATICAL
FORECASTING OF IMMUNOLOGICAL INDICES
IN OLDER CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS**

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Shamov Bulat Alfredovich — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermato-venereology

The article presents the results of mathematical forecasting of immunological indices in older children with atopic dermatitis. A computer program forecasting was created on the basis of carried out researches and calculations.

Key words: atopic dermatitis, bronchial asthma.

Введение. В настоящее время известно около 220 методов прогнозирования, которые на практике сочетаются, взаимно перекрещиваются и дополняют друг друга, особенно при прогнозировании сложных систем. Математическое прогнозирование в последние десятилетия стало использоваться в современной медицине.

В своей практической деятельности врачу приходится иметь дело со сложными комбинациями действующих факторов, которые не удастся выделить в чистом виде и изучить изолированно, вследствие чего бывает трудно принять правильное решение. Для обоснованного решения задачи в таких случаях используется многомерная реализация. В медицинских исследованиях из многомерных методов используют классификационные методы, дискриминантный и регрессионный анализы. Регрессионный анализ может изучать отношения между двумя и более переменными

с целью определения зависимости между исходной переменной и множеством внешних факторов. Создание компьютерных программ на основе информационных технологий происходит с применением известных инструментов, которыми является совокупность математических моделей, на основе которых осуществляется необходимый анализ и синтез [1–11].

Согласно современным представлениям, основными патогенетическими нарушениями при atopическом дерматите (АД) являются иммунологические. Оценка показателей иммунного статуса у детей с АД необходима при проведении лечебных мероприятий. Однако в практической работе специалиста не всегда имеется возможность проведения иммунологических исследований в необходимых объемах. Комплексная оценка расширенной иммунограммы является сложным и трудоемким исследованием, требующим специально оборудованной лаборатории, дорогостоящих реактивов.

Цель исследования: разработать компьютерную программу для математического прогнозирования иммунного статуса у детей старшего возраста с АД.

Исходя из этого был создан скрининг-метод оценки иммунологического анализа на основании показателей анализа крови у детей старшего возраста больных АД и практически здоровых. Выявленные в результате математических исследований статистически значимые множественные коэффициенты корреляции между показателями общего анализа крови и иммунограммы детей старшего возраста с АД подтверждают наличие их взаимосвязи и позволяют осуществить определение одних показателей через другие.

Материал и методы. Был проведен анализ полученных показателей крови у 162 детей в возрасте от 10 до 17 лет. Из них страдающих АД было 52 человека, практически здоровых детей было 110 человек.

В качестве исходных величин прогноза взяты семь показателей общего анализа крови: лейкоциты, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, базофилы. В расчете также использовалась зависимость показателей гемограммы от возраста ребенка.

Результирующими величинами были приняты 22 показателя иммунного статуса: $CD3+$ -лимфоциты (T -клетки), $CD4+$ -лимфоциты (T -хелперы), $CD8+$ -лимфоциты (T -супрессоры), иммунорегуляторный индекс – ИРИ ($CD4+$ -лимфоциты/ $CD8+$ -лимфоциты), $CD19+$ -лимфоциты (B -лимфоциты), $CD56+$ -лимфоциты (натуральные киллеры – NK -клетки) и т. д.

В качестве математического метода прогнозирования использовалась линейная множественная регрессия, так как ее параметры определяются через коэффициенты корреляции. Регрессионное уравнение строилось для каждого показателя иммунного статуса. Определялись коэффициенты регрессии на каждый иммунологический показатель, а также ошибка прогноза (среднеквадратическое отклонение) в соответствующих единицах.

Результаты и их обсуждение. У большинства обследованных детей результаты прогноза отличались от истинных значений не более чем на 25%. Это позволяло оценить как средние значения иммунологических показателей, так и тенденцию отклонения от нормы данного показателя (повышен, понижен).

Данный прогноз требует сложных трудоемких вычислений, поэтому для практического применения разработана программа прогнозирования для ЭВМ типа *IBM PC*. Компьютерная программа прогнозирования была создана на основании проведенных исследований и расчетов. Она предельно упрощает трудоемкий процесс прогнозирования, который сводится к введению в компьютер возраста больного и полученных данных морфологического состава периферической крови. За короткий промежуток времени специалист, проводящий прогноз, получает данные иммунного статуса у конкретного больного ребенка без существенных материальных и временных затрат.

Программа прогнозирования разработана с помощью пакета *Visual Basic* в виде приложения для операционной системы *Windows*. Дискета с программой содержит исполняемые файлы (*prog-win.exe* – программа для *Windows* и *prog-dos.exe* – упрощенная версия для *DOS*), файлы данных, содержащие коэффициенты регрессии, а также файл с инструкцией по запуску программы.

Для работы с программой дискета вставляется в дисковод «А». Установив курсор на файл

prog-win.exe, нажимаем на клавиатуре клавишу «Enter», автоматически загружается операционная система *Windows*, и на экране появляется диалоговое рабочее окно желтого цвета с заголовком «Прогноз иммунного статуса». При нажатии мышью на экране кнопки «инструкция» появляется описание дальнейших действий. Далее пользователь с помощью мыши должен установить в соответствующих окошках параметры пола – мальчик или девочка, форму заболевания. Затем в левой колонке, устанавливая стрелку мыши на соответствующие окошки, вводятся с помощью клавиатуры исходные данные: возраст ребенка и семь показателей морфологического состава периферической крови (лейкоциты, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, базофилы). После этого указатель на экране подводится к кнопке «ОК» и выполняется нажатие на нее посредством левой кнопки мыши. На экране справа появляются показатели комплекса иммунного статуса. Значение ниже нормы выводится на экран зеленым цветом, выше нормы – красным.

Для создания прогнозов для других пациентов необходимо подвести стрелку на экране к кнопке «следующий» и нажать левую кнопку мыши, что приведет к очистке всех окон. Нажатие на кнопку «минус» в левом верхнем углу диалогового окна приводит к закрытию программы.

Выводы. Разработанная программа позволяет определить иммунный статус у детей старшего возраста с АД, не требует от пользователя специальных знаний. Она проста в работе и может широко применяться в любом медицинском учреждении, оснащенном персональными компьютерами. Перспективно ее применение в компьютерных сетях профильных поликлиник и стационаров. Результаты прогнозирования позволяют без проведения дорогостоящих исследований иммунного статуса в кратчайшее время определить имеющиеся отклонения различных параметров иммунотактики. Особенно эффективно будет применение прогноза на поликлиническом приеме или при проведении массовых обследований детей, что позволит адекватно воздействовать на различные нарушения в том или ином звене иммунитета. По результатам представленных данных был получен патент на изобретение.

Список литературы

1. **Балаболкин, И.И.** Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
2. **Боровиков, В.П.** Прогнозирование в системе СТАТИСТИКА в среде Windows / В.П. Боровиков, Г.И. Ивченко. – М.: Финансы и статистика, 1999. – 380 с.
3. **Выборнов, Ю.Д.** Прогноз времени вероятных заболеваний детей / Ю.Д. Выборнов // Педиатрия. – 2006. – № 2. – С. 106–108.
4. **Маслаускене, Т.П.** Рациональность использования математического прогноза в практическом здравоохранении / Т.П. Маслаускене, И.М. Михалевич, В.В. Басаева // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 7. – С. 162–164.
5. **Медик, В.А.** Статистика в медицине и биологии / В.А. Медик М.С., Токмачев, Б.Б. Фишман // Теоретическая статистика. – М.: Медицина, 2000. – Т. 1. – 412 с.
6. **Медик, В.А.** Статистика в медицине и биологии / В.А. Медик, М.С. Токмачев, Б.Б. Фишман // Прикладная статистика здоровья. – М.: Медицина, 2001. – Т. 2. – 352 с.
7. **Славин, М.Б.** Практика системного моделирования в медицине / М.Б. Славин. – М.: Медицина, 2002. – 168 с.
8. **Тюрин, Ю.Н.** Статистический анализ данных на компьютере / Ю.Н. Тюрин, А.А. Макаров; под ред. В.Э. Фигурнова. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.
9. **Шамов, Б.А.** Атопический дерматит у детей / Б.А. Шамов, А.Г. Шамова. – Казань: Новое знание, 2006. – 256 с.
10. **Шамов, Б.А.** Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Б.А. Шамов, Т.Г. Маланичева, С.Н. Денисова; под ред. А.Г. Шамо-вой. – Казань: Медицина, 2010. – 328 с.
11. **Шиган, Е.Н.** Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М., 1986. – 207 с.

УДК 616.5-002.2

Б.А. Шамов

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИ АНАЛИЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Шамов Булат Альфредович – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Представлен обзор диагностических критериев атопического дерматита и предложен новый способ диагностики данного заболевания у детей на основании анализа функционального состояния клеточных мембран.

Ключевые слова: атопический дерматит, диагностика, клеточные мембраны.

B.A. Shamov

CRITERIA FOR DIAGNOSING ATOPIC DERMATITIS IN THE ANALYSIS OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF CELLULAR MEMBRANES

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Shamov Bulat Alfredovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article reviews diagnostic criteria for atopic dermatitis and suggests a new method of diagnosing atopic dermatitis in children on the basis of the analysis of the functional condition of cellular membranes.

Key words: atopic dermatitis, diagnostic, cellular membranes.

Несмотря на многочисленные предложения исследователей, в настоящее время нет общепризнанной стандартизированной системы диагностики атопического дерматита (АД). В комплексе методов диагностики АД входят клинические, аллергологические, иммунологические и лабораторно-инструментальные исследования. Клиническая диагностика АД проводится на основании характерных жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины. Этиологическая роль и спектр сенсibilизации определяются с помощью аллергологического обследования. Общеклиническое обследование позволит выявить сопутствующие заболевания. Как правило, при АД, кроме дисбаланса в иммунной системе, выявляется множество различных нарушений в органах и системах, в основе которых лежит нарушение реактивности. Гомеостатический контроль, который является, по сути, адаптивным, осуществляется и на клеточном уровне, где отмечаются множественные нарушения процессов в клетке и состоянии внутриклеточной регуляции. Но окончательного ответа на вопрос о патогенезе и диагностике АД на сегодняшний день не имеется. Общепринятые в настоящее время представления об иммунологическом аспекте патогенеза АД и его диагностике, возможно, будут пересмотрены при получении новых результатов исследований [1–14].

J.M. Hanifin и G. Raika (1980) предложили диагностические критерии, где выделили обязательные и вспомогательные признаки клинических проявлений АД, которые были взяты за основу рабочей группой по АД в США и в дальнейшем несколько раз уточнялись. К обязательным (абсолютным) относятся следующие признаки: зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация кожных высыпаний, хроническое рецидивирующее течение, наличие атопических заболеваний в семейном анамнезе. Вспомогательными, или необязательными, признаками (проявляются не у всех больных) считаются: ксероз кожных покровов, ихтиоз с гиперкератозом

ладоней и подошв, реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами, локализация кожного процесса на кистях и стопах, хейлит верхней губы и периоральное воспаление кожи, экзема сосков, восприимчивость к инфекционным поражениям кожи, связанная с нарушением клеточного иммунитета, начало заболевания в раннем детском возрасте, эритродермия, рецидивирующий конъюнктивит, складки Денье – Моргана (суборбитальные складки), кератотонус (коническое выпячивание роговицы), передняя субкапсулярная катаракта (синдром Андогского), трещины за ушами, высокий уровень *Ig E* в сыворотке крови, стойкий белый дермографизм, волосяной кератоз, потемнение кожи верхнего века, появление теней вокруг глаз, бледность лица, иногда стойкая эритема щек, белый питириаз – мелкое отрубевидное шелушение, наличие передних складок шеи, усиление зуда при потении, физическом напряжении, перегревании, ношении синтетической одежды, непереносимость шерсти и мазей, психоэмоциональная зависимость, сильное влияние факторов окружающей среды, эозинофилия в периферической крови, пищевая аллергия.

Для установления конкретного причинно-значимого аллергена, кроме сбора аллергологического анамнеза, требуются постановка кожных проб, лабораторные исследования, при необходимости провокационные пробы.

Для диагностики пищевой аллергии используется двойная слепая плацебо-контролируемая проба с пищевыми продуктами, набор которых устанавливается по результатам анамнеза данных, кожных скарификационных проб и результатов элиминационно-провокационной диеты. При подозрении на поливалентную сенсibilизацию с круглогодичными обострениями необходимо проведение кожных проб с пылевыми, пищевыми, эпидермальными, грибковыми и аллергенами домашней пыли. Для диагностики лекарственной аллергии используются аппликационные методы. Для диагностики грибковой и бактериальной аллергии проводятся внутрикожные пробы.

Лабораторные методы исследования включают определение общего аллерген-специфического *Ig E* методом иммуноферментного анализа, МАСТ (множественный аллергенсорбентный

тест), РАСТ. Комплексное иммунологическое исследование включает в себя оценку клеточного гуморального звена и системы нейтрофилов.

Наиболее часто в периферической крови больных встречается эозинофилия (6–10%), возможен моноцитоз, лимфоцитоз. При высокой степени активности, а также тяжелом течении наблюдается моноцитопения, умеренная лейкопения, эритроцитопения и гемоглобинемия. При бактериальных осложнениях появляется нейтрофилез со сдвигом влево, лейкоцитоз.

При длительных и распространенных поражениях отмечается гипоальбуминемия, что связано с изменением функции печени, повышением проницаемости сосудов и нарушением питания. При нарастании степени активности отмечаются увеличение α_2 - и γ -глобулинов, диспротеинемия.

Известно, что структурно-функциональной единицей живого организма является клетка, основу функционирования и жизнедеятельности которой определяет клеточная мембрана. Клеточная мембрана обеспечивает избирательное проникновение в клетку и обратно молекул и ионов, необходимых для выполнения клеткой ее специфических функций, поддерживает трансмембранную разницу электрического потенциала, специфику межклеточных контактов. Перенос ионов через клеточную мембрану с помощью переносчиков белковой структуры, включающий активный транспорт и облегченную диффузию, является неотъемлемой частью жизнедеятельности всех клеток организма человека в норме и при патологии. Одной из ион-транспортных систем является натрий-литиевый противотранспорт (НЛПТ) через мембрану эритроцита. При АД может отмечаться изменение ионного транспорта.

Цель исследования: разработка способа диагностики АД у детей на основании исследований процессов на клеточном уровне путем анализа скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита.

Материал и методы. Способ диагностики осуществляют следующим образом. Кровь в количестве 3 мл забирают утром из вены ребенка в пластиковые пробирки, смоченные гепарином с фосфатным буфером 20 ЕД на 1 мл крови. Содержимое перемешивают, и пробирки

немедленно помещают в контейнер с тающим льдом. После охлаждения до 0–2 °С пробирки помещают в рефрижераторную центрифугу с вертикальным ротором и осаждают эритроциты при достижении 3000 g в течение 5 минут. Далее плазму и эритроциты удаляют путем отсасывания. Выделенные эритроциты дважды промывают трехкратным объемом холодной среды А промывки при температуре тающего льда. Среда А промывки имеет следующий состав (мМ): 75 – $MgCl_2$; 85 – сахароза; 10 – глюкоза; 10 – HEPES-трис (pH 7,4) при тех же условиях осаждения. Далее 0,25 мл упакованных (осажденных) эритроцитов помещают в 1,25 мл среды Г следующего состава (мМ): 150 – $LiCl$; 10 – глюкоза; 10 – HEPES-трис (pH 7,4) при температуре 37 °С и прединкубируют при этой температуре в течение 3 часов с периодическим автоматическим встряхиванием каждые 15 минут по 15 секунд. Далее полученную суспензию осаждают и для удаления наружного лития эритроциты промывают 4 раза четырехкратным объемом среды А промывки.

После промывки упакованные эритроциты по 0,1 мл переносят в среду Б (1 мл), свободную от натрия и представляющую собой фактически среду А промывки, содержащую изотоническую смесь хлористого магния $MgCl_2$ и сахарозы с добавлением 0,1 мМ убаина, и в среду В, богатую натрием, содержащую (мМ) 150 $NaCl$, 10 глюкозы, 10 HEPES-трис (pH 7,4), 0,1 убаина. В указанных средах инкубацию продолжают 60 минут при температуре 37 °С с периодическим встряхиванием. В этот период происходит выход лития в натриевую и безнатриевую (магниевую) среды за счет обмена лития на натрий и магний, осуществляемого благодаря работе белка-переносчика в условиях ингибирования натрий-калиевой АТФ-азы убаином.

На 60-й минуте инкубации отбирают по 0,45 мл суспензии эритроцитов из обеих сред, проводят их центрифугирование в течение 2 минут, затем осторожно набирают 0,3 мл надосадочной жидкости и разбавляют в 3 раза тридистиллированной водой. Далее проводят измерение содержания лития в магниевой и натриевой средах методом атомной абсорбционной спектроскопии

в режиме эмиссии на спектрофотометре СА-455. Калибровочные растворы готовят на средах инкубации с учетом разведения пробы. Используют следующие параметры аппаратуры: длина волны 670,6 нм, состав пламени ацетилен-воздух, стехиометрия пламени окисляющая, чувствительность 10–7 моль/литр. Программа измерения концентрации элемента в исследуемом растворе в эмиссионном режиме состоит в сравнении интенсивности светового потока эталонного раствора известной концентрации с интенсивностью потока исследуемого раствора. Информация со спектрофотометра поступает на специализированное вычислительное устройство «Электроника ДЗ-28», которое вычисляет концентрацию исследуемого элемента, а результаты выдает на цифровое табло. Скорость натрий-литиевого противотранспорта V в микромолях лития на 1 л клеток в час определяют как разность между концентрацией лития в среде, богатой натрием, и в среде, свободной от натрия, через 60 минут инкубации по формуле

$$V = (ANa - AMg) * K,$$

где ANa – концентрация лития в среде, богатой натрием; AMg – концентрация лития в среде, богатой магнием (свободной от натрия); K – коэффициент, связанный с разбавлением сред на предыдущих этапах; $K = 33$ при следующих условиях: проведение прединкубации эритроцитов в среде прединкубации в соотношении 1:5; помещение эритроцитов в среду, богатую натрием, и в среду, свободную от натрия, в соотношении 1:10; разбавление надосадочной жидкости в 3 раза.

При значении скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита, превышающем 258 $mkMLi/л.кл./час$, диагностируют АД у детей.

Результаты и их обсуждение. Пороговое значение скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита, равное 258 $mkMLi/л.кл./час$, было определено на основе сопоставления значений скорости у контрольной группы заведомо здоровых пациентов и заведомо определенных как больных АД. Для этого было отобрано 2 группы детей в возрасте от 7 до 15 лет: контрольная, скомплектованная из 11 здоровых детей, и испытуемая, скомплектованная из 14 детей, заведомо больных АД. Для каждого члена групп были проведены вышеуказанные измерения скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембранах эритроцитов, и было

установлено, что у членов контрольной группы указанная скорость была ниже порогового значения, а у членов испытуемой группы в зависимости от тяжести заболевания она была выше.

Таким образом, АД у детей диагностировали путем анализа функционального состояния клеточных мембран, которое оценивали по максимальной скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита по методу *M. Canessa* [15], заключающегося в измерении обмена внутриклеточного лития в загруженных этим ионом клетках на внеклеточный натрий из среды инкубации. Конечный результат представляли в микромолях *Li* на литр клеток (эритроцитов) в час (мкМ *Li*). За нормативы определяемых показателей взяты собственные данные, полученные при обследовании детей группы контроля.

Вывод. Предложено достоверное и эффективное диагностирование АД у детей с использованием исследований процессов на клеточном уровне путем анализа скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита. В результате анализа функционального состояния клеточных мембран, которое оценивалось по максимальной скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита, при значении его скорости, превышающей 258 мкМ лития/литр клеток/час, диагностировался АД у детей. По результатам представленных данных был получен патент на изобретение.

Список литературы

1. Атопический дерматит / К.Н. Суворова [и др.]. – Саратов, 1989. – 168 с.
2. Ахметвалеева, Ю.Н. Характеристика структурно-функциональных свойств клеточных мембран при воспалительных поражениях бронхов у детей и их метаболическая коррекция: дис. ... канд. мед. наук / Ю.Н. Ахметвалеева. – Казань, 2007. – 118 с.
3. Балаболкин, И.И. Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
4. Богоявленская, О.В. Особенности взаимосвязи состояния мембранной проницаемости эритроцитов и развития артериальной гипертензии у женщин в популяции / О.В. Богоявленская // Российский кардиологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 51–58.
5. Бутусова, В.Н. Структурно-функциональные свойства клеточных мембран при дислипидопротеидемиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Бутусова. – Новосибирск, 2007. – 24 с.
6. Вахитов, Х.М. Сравнительная характеристика показателей липидного спектра, мембранолиза и клеточного противотранспорта у детей с учетом частоты эпизодов рес-

пираторной заболеваемости и отягощенной наследственности по атеросклерозу: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Х.М. Вахитов. – Казань, 2000. – 21 с.

7. Ослопов, В.Н. Значение мембранных нарушений в развитии гипертонической болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Н. Ослопов. – Казань, 1995. – 78 с.

8. Постнов, Ю.В. К развитию мембранной концепции патогенеза первичной гипертензии: нарушенная функция митохондрий и энергетический дефицит / Ю.В. Постнов // Кардиология. – 2000. – № 10. – С. 4–12.

9. Хасанова, Д.Р. Мембранные основы синдромов вегетативной дисфункции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д.Р. Хасанова. – Казань, 1999. – 56 с.

10. Шамов, Б.А. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Б.А. Шамов, Т.Г. Маланичева, С.Н. Денисова; под ред. А.Г. Шамовой. – Казань: Медицина, 2010. – 328 с.

11. Шамов, Б.А. Атопический дерматит у детей / Б.А. Шамов, А.Г. Шамова. – Казань: Новое знание, 2006. – 256 с.

12. Adam, J. Erythrocyte Na-Li countertransport in newborn / J. Adam, I. Deutsch, M. Karplus // Biol. Neonate. – 1993. – V. 64 (1). – P. 13–17.

13. Adebayo, G.I. Catamenial variations in erythrocyte sodium-lithium countertransport and blood pressure / G.I. Adebayo, L. Hemeryck, M. Hall // Clin. Sci. Colch. – 1997. – V. 93(1). – P. 29–34.

14. Increased sodium-lithium/couner-transport in red cell of patients with essential hypertension / M.L. Canessa [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1980. – V. 302. – P. 772–776.

15. Na-Li countertransport and blood pressure / M. Threvisan [et al.] // Am. J. Hipertens. – 1996. – V. 9 (11). – P. 1132–1135.

УДК 616.517-08:615.37

М.В. Бабушкина¹, Р.М. Загртдинова¹,
Т.Г. Емельянова²

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ЛАДОННО- ПОДОШВЕННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² БОУ СПО «Ижевский медицинский колледж им. Героя Советского Союза Ф.А. Пушиной МЗ УР», Удмуртская Республика

Бабушкина Мария Викторовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; **Загртдинова Ризид Миннесагитовна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; **Емельянова Татьяна Геннадьевна** – заместитель директора ГОУ СПО «Ижевский медицинский колледж»

Под наблюдением находились 55 больных ладонно-подошвенным пустулезным псориазом в возрасте от 26 лет до 71 года. Включение тимодепрессина в комплекс лечения способствовало более быстрому и значительному регрессу высыпаний на коже, удлинению ремиссии, сокращению сроков пребывания в стационаре, нормализации большинства показателей иммунного статуса.

Ключевые слова: пустулезный ладонно-подошвенный псориаз, иммуносупрессивная терапия, тимодепрессин.

M.V. Babushkina¹, R.M. Zagrtidinova¹,
T.G. Emelyanova²

MODERN OPPORTUNITIES IN IMMUNOTHERAPY OF PUSTULAR PSORIASIS OF PALMS AND SOLES

¹Ishevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

²Izhevsk Medical College, Udmurt Republic

Babushkina Maria Viktorovna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; **Zagrtidinova Rizida Minnesagitovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Emelyanova Tatiana Gennadievna** – Deputy Director of Izhevsk Medical College

There were 55 patients with pustular psoriasis of palms and soles aged 26 to 71 years under our supervision. The inclusion of thymodepressin in complex treatment promoted a more rapid and considerable regress of skin rash, prolongation of remission, shortening of hospital stay, normalization of most indices of immune status.

Key words: pustular psoriasis of palms and soles, immunosuppressive therapy, thymodepressin.

Псориаз продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в современной дерматологии. Распространенность заболевания среди населения, по данным разных источников, составляет до 3% [2–4]. В структуре кожной патологии псориазу принадлежит одно из первых мест, его доля составляет 12–15% [2, 3]. Отмечают рост заболеваемости, укорочение длительности ремиссий, появление резистентных к лечению форм, учащение случаев атипичных проявлений болезни, в том числе пустулезного псориаза [3–5]. Последний является одной из тяжелых разновидностей заболевания и отличается особенно упорным течением и устойчивостью к проводимой терапии [4, 5].

Препараты, используемые в настоящее время для лечения больных пустулезным псориазом (ретиноиды, цитостатические препараты), имеют большое количество противопоказаний и побочных эффектов [2–5]. Поиск новых безопасных и эффективных методов терапии этих больных остается одной из важных задач дерматологии [3].

Учитывая доказанную роль иммунных реакций в развитии псориаза, использование тимодепрессина (производитель ЗАО Центр «Пептос Фарма», Россия) в лечении больных пустулезным псориазом является патогенетически обоснованным лечебным мероприятием. Противопоказания к назначению препарата немногочисленны и

относительны, благодаря отсутствию побочных эффектов, он разрешен к применению у детей уже с 2-летнего возраста. Тимодепрессин с успехом используется в дерматологии для лечения псориаза, включая прогрессирующие, затяжные и осложненные формы (эритродермия, каплевидный и экссудативный псориаз), однако отсутствует клинический опыт и не разработаны схемы лечения пустулезной разновидности заболевания [2].

Целью работы явилась оценка эффективности лечения больных ладонно-подошвенным пустулезным псориазом с использованием тимодепрессина.

Материал и методы. Под наблюдением в период с 2006 по 2011 г. находились 55 больных ладонно-подошвенным пустулезным псориазом (тип Барбера) в возрасте от 26 лет до 71 года (средний возраст 48,0 года). Среди наблюдавшихся больных было 32 женщины и 23 мужчины. Длительность заболевания у пациентов колебалась от 2 недель до 35 лет (в среднем 7,0 года). Частота обострений у большинства больных составляла 1–2 раза в год, длительность ремиссий варьировала от 2 недель до 9 лет (в среднем 6,8 месяца). 14 пациентов указывали на отсутствие полного клинического выздоровления, 2 – имели практически круглогодично некупируемый псориаз. Иммуносупрессивная терапия (системные кортикостероидные и цитостатические препараты, ПУВА-терапия, ретиноиды) в сроки не менее чем за 2 месяца до исследования имела в анамнезе у 35 больных. Эффективность предшествующего лечения отмечали только 17 пациентов.

Патологический процесс у больных характеризовался появлением на ладонях и подошвах множественных пустулезных элементов диаметром от 2 до 5 мм, которые располагались как на фоне эритематозно-сквамозных бляшек, так и на неизменной коже. Бляшки имели застойно-красный оттенок и инфильтрацию в основании. На их поверхности у большинства больных имелись наложения серозно-гнойных чешуек, корочек, шелушение и трещины. У 38 пациентов была диагностирована прогрессирующая стадия, у 17 больных – прогрессирующе-стационарная стадия.

Сопутствующая соматическая патология была диагностирована у 43 больных. Преоб-

ладали хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (у 22 больных) и артериальная гипертензия (у 18 пациентов). Наличие очагов хронической инфекции было установлено у 22 больных, включая патологию носоглотки, легких, мочеполовой системы. Очаги хронической инфекции в виде несанированных кариозных зубов присутствовали у 23 пациентов, микоз стоп был диагностирован у 9 пациентов.

Площадь поражения и тяжесть течения дерматоза определялись с помощью разработанного нами индекса оценки тяжести псориаза Барбера (ИТПБ) [1]. Иммунофенотипирование лимфоцитов осуществляли методом проточной цитофлуометрии на лазерном цитометре «EPICS XL4» («Beckman Coulter», США). Уровни иммуноглобулинов A, M, G были определены методом турбидиметрии на биохимическом анализаторе «Humalyzer-2000» («Human», Германия). Определение титра комплемента проводили унифицированным методом по 50% гемолизу эритроцитов, уровня ЦИК – методом преципитации полиэтиленгликолем.

Исследуемые клинические показатели были подвергнуты статистическому анализу с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows. Полученные показатели проверяли на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. В связи с тем, что распределение изученных показателей отличалось от нормального, предпочтение было отдано непараметрическим методам. Описание данных приводилось с помощью медианы и квартилей. Для сравнения независимых групп по количественному признаку был применен непараметрический критерий Манна – Уитни, для сравнения зависимых наблюдений (до и после лечения) – критерий Уилкоксона.

Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу (первая группа) входили больные ($n=31$), получавшие общепринятую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями (дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, по показаниям антигистаминные, желчегонные средства, местное лечение) и тимодепрессин. Препарат вводился ежедневно внутримышечно по 2 мл 0,1% раствора 1 раз в день в течение 14 дней, затем интрана-

зально по 2 мл в каждый носовой ход однократно в течение 14 дней. Больные группы сравнения (вторая группа) получали лечение согласно клиническим рекомендациям с использованием метотрексата. Группу контроля составили 20 практически здоровых добровольцев.

Результаты и их обсуждение. Появление новых пустул на коже у больных основной группы купировалось уже на 5 (4; 6) день, в то время как у пациентов группы сравнения только на 7 (6; 8) день терапии ($p<0,01$). К окончанию курса лечения тимодепрессин суммарный ИТПБ снизился с 76 (62; 88) до 15 (8; 28) баллов, у пациентов группы сравнения – с 76 (57,3; 84) до 32 (21; 43) баллов. После завершения лечения метотрексатом в амбулаторных условиях суммарный ИТПБ в группе сравнения достиг 12 (8; 24) баллов.

К концу лечения в стационаре у 13 из 31 больного основной группы было достигнуто клиническое выздоровление, у 12 пациентов – значительное улучшение, у 5 – улучшение, у одного больного улучшение было незначительным. В группе сравнения клинического выздоровления за этот же период удалось достичь у 5 пациентов, значительного улучшения – у 8, улучшения – у 6 больных, у одного пациента клинически значимого улучшения добиться не удалось. К окончанию лечения метотрексатом (через 5–8 недель от начала лечения) клиническое выздоровление в группе сравнения было достигнуто у 8 больных, значительное улучшение – у 7, улучшение – у 4, у одного пациента терапия эффекта не дала, таким образом, результаты лечения стали сопоставимы. Средняя длительность пребывания больных основной группы на койке составляла 24,3 дня, группы сравнения – 25,9 дня ($p<0,01$).

Продолжительность клинической ремиссии оценивалась у больных, выписанных с клиническим выздоровлением. У 4 пациентов из 13, получавших тимодепрессин, обострения пустулезного псориаза ладоней и подошв в течение года после лечения не отмечалось, у 3 из них дерматоз был выявлен впервые. Средняя продолжительность клинической ремиссии у 9 пациентов возросла с 5,1 месяца до лечения до 8,2 месяца после проведенной терапии ($p<0,05$). У больных, получавших метотрексат, в течение года после проведенного лечения обострения не

развилось у 1 больного из 8, впервые болевшего псориазом. Клиническая ремиссия у 7 пациентов продолжалась в среднем 5,6 месяца (5,2 месяца до лечения), что было достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем у больных основной группы.

У больных пустулезным псориазом ладоней и подошв по сравнению с контролем наблюдалось: увеличение абсолютного количества T -лимфоцитов на 31,3% и T -хелперов на 39%, снижение относительного содержания T -цитотоксических клеток на 12,4%, повышение иммунорегуляторного индекса на 25%, процентного количества дубль-позитивных клеток – в 2 раза и их относительного содержания – в 2,7 раза, абсолютного количества T -киллеров – на 48,6% и естественных киллеров – на 31,7%, гиперпродукция $Ig A$ на 33,6%, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов в 3,6 раза и снижение фагоцитарной активности нейтрофилов на 26,3%, которые более выражены при тяжелой степени дерматоза ($p < 0,05$).

К окончанию курса лечения у большинства больных обеих групп отмечалась положительная динамика иммунологических показателей. Регистрировалось достоверное снижение ($p < 0,001$) абсолютного количества зрелых T -лимфоцитов, относительного и абсолютного содержания T -хелперов ($p < 0,001$), отмечалась тенденция к увеличению относительного количества клеток $CD3+CD8+$. Достоверно уменьшилась величина иммунорегуляторного индекса ($p < 0,01$). Абсолютное количество T -киллеров достоверно ($p < 0,01$) снизилось у пациентов основной группы и имело тенденцию к снижению ($p > 0,05$) у больных, получавших метотрексат. Достоверно уменьшилось относительное и абсолютное содержание дубль-позитивных лимфоцитов в обеих сравниваемых группах ($p < 0,01$). У пациентов обеих групп относительное содержание B -клеток после лечения достоверно увеличилось ($p < 0,05$), снизилась концентрация в сыворотке крови $Ig A$ и циркулирующих иммунных комплексов ($p < 0,001$). Абсолютное количество естественных киллеров достоверно уменьшилось ($p < 0,01$), фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно увеличилась ($p < 0,001$) и достигла контрольных значений у больных со средней степенью тяжести дерма-

тоза ($p < 0,001$), получавших тимопрепрессин. В группе сравнения абсолютное количество естественных киллеров имело лишь тенденцию к снижению, фагоцитарная активность нейтрофилов существенно не изменилась ($p > 0,05$).

В процессе лечения тимопрепсинами каких-либо побочных действий препарата не выявлено.

Вывод. Таким образом, в результате исследования была показана патогенетическая обоснованность и безопасность применения тимопрепрессина как средства, повышающего клиническую эффективность лечения больных ладонно-подошвенным пустулезным псориазом.

Список литературы

1. Бабушкина, М.В. Новый метод оценки степени тяжести ладонно-подошвенного пустулезного псориаза / М.В. Бабушкина, Р.М. Загртдинова, И.В. Бабушкин // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – № 3. – С. 11–13.
2. Короткий, Н.Г. Современная терапия тяжелых форм псориаза / Н.Г. Короткий, А.А. Полякова // Дерматология. Приложение *Consilium medicum*. – 2005. – № 24. – С. 1590–1594.
3. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Дж.Ф. Николас [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 35–47.
4. Чистякова, И.А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом / И.А. Чистякова, Е.А. Соснина // Дерматология. Приложение *Consilium medicum*. – 2009. – № 2. – С. 11–15.
5. Baron, E. Pustular psoriasis / E. Baron // E-medicine specialties. Dermatology. Papulosquamous diseases. – 2007. – № 1. – P. 532–555.

УДК 616.517:616.594.1(470.51)

Р.М. Загртдинова¹, Е.С. Первушина¹,
Р.А. Колодкина², С.Л. Савостина¹

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПО ДАННЫМ БУЗ УР «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР МЗ УР»

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Загртдинова Ризид Миннесагитовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Первушина Елена Сергеевна – очный аспирант кафедры дерматовенерологии; Колодкина Рушания Ахмедовна – заведующий диспансерным отделением; Савостина Светлана Львовна – интерн кафедры дерматовенерологии

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и выявлены особенности клиники и лечения псориаза волосистой части головы среди пациентов, получавших лечение на базе БУЗ УР «РКВД МЗ УР».

Ключевые слова: псориаз волосистой части головы, труднодоступная область, бетаметазона дипропионат, лосьон.

R.M. Zagrtidinova¹, E.S. Pervushina¹,

R.A. Kolodkina², S.L. Savostina¹

PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF PSORIASIS OF THE SCALP ACCORDING TO REPUBLIC DERMATOVENEREOLOGIC CLINIC

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

² Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk, Udmurt Republic

Zagrtidinova Rizida Minnesagitovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Pervushina Yelena Sergeevna** — Postgraduate Student of the Department of Dermatology and Venereology; **Kolodkina Rushania Akhmedovna** — Head of the Dispensary Department; **Savostina Svetlana Lvovna** — Intern of the Department of Dermatology and Venereology

We carried out a retrospective analysis of medical records and revealed the peculiarities of the clinical picture and the treatment of psoriasis of the scalp in patients treated in the Republic Dermatovenereologic Clinic.

Key words: psoriasis of the scalp, inaccessible area, betamethasone dipropionate, lotion.

Поражение видимых участков кожи в большой степени оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов. В большинстве случаев заболевание не угрожает жизни, но является причиной серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции, социальной дезадаптации. При обострении дерматоза у пациента чаще всего возникает тяжелый эмоциональный стресс, неудовлетворенность жизнью, значительное изменение уровня социально-психологического комфорта, ощущение собственной неполноценности [3].

Материал и методы. Волосистая часть головы — это одно из типичных мест проявления псориазического процесса, более 80% пациентов с псориазом указывают на вовлечение волосистой части головы в патологический процесс в той или иной степени, 4 пациента из 5 с данным дерматозом указывают на негативное влияние заболевания на качество жизни. Высыпания держатся от нескольких месяцев до нескольких лет. Псориаз волосистой части головы сопровождается зудом. Бляшки обычно скрыты волосами. Эта одна из причин, в силу которой больные не спешат обращаться к врачу [2]. Кроме того, псориаз

волосистой части головы часто является самым устойчивым проявлением дерматоза к проводимой терапии [4]. При организации лечения волосистая часть головы с точки зрения технологии наружных терапевтических мероприятий относится к так называемым «особым локализациям», требующим специальных, особых подходов, в частности, применения шампуней, лосьонов вместо мазей и кремов. При использовании последних пациенты в еще большей степени ощущают себя непривлекательными и неопрятными [1].

Результаты и их обсуждение. Нами было проанализировано 865 историй болезней пациентов, госпитализированных в БУЗ УР «РКВД МЗ УР» с диагнозом псориаз, у 450 пациентов был выявлен псориаз волосистой части головы в сочетании с другими клиническими формами дерматоза, что составило 52,0%. Среди больных мужчин было 291 (64%), женщин — 159 (36%), в возрасте от 15 лет до 79 лет. У 400 (89%) больных псориаз волосистой части головы протекал в сочетании с обычным бляшечным псориазом, у 32 (7%) человек — экссудативным, у 5 (1%) человек наблюдалось состояние, близкое к эритродермии, у 3 (1%) человек — псориазическое поражение крупных складок, у 9 (2%) пациентов было выявлено поражение кожи ладоней и подошв. Псориаз только волосистой части головы был выявлен у 6 человек (4 женщины, 2 мужчин).

Проявления псориаза волосистой части у 153 (34%) больных были в виде папул и бляшек, покрытых многослойными, трудноотделяемыми желтоватыми чешуйко-корками; у 40 (9%) человек — сливные очаги, вплоть до диффузного поражения волосистой части головы, сопровождающиеся мокнутием и трещинами. Вследствие выраженного зуда и расчесов у 15 (3%) человек патологический процесс дополнялся множественными геморрагическими корками. В остальных случаях процесс псориазического поражения волосистой части головы протекал в более легкой форме в виде изолированных псориазических папул, покрытых серебристо-белыми чешуйками. У 255 (57%) больных была установлена прогрессирующая стадия псориаза, у 129 (29%) человек — стационарно-прогрессирующая и у 66 (14%) человек — стационарная стадии.

Всем пациентам проводилась стандартная комплексная терапия согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерма-

товенерологов и косметологов в зависимости от степени выраженности псориазического процесса и возраста пациентов: системные ретиноиды (ретинола пальмитат), антигистаминные препараты, гепато- и вазопротекторы.

Все выявленные пациенты были разделены на две группы: I группу (181 человек) составили лица, получавшие топическую терапию в виде лосьона и спрея бетаметазона дипропионата, комбинированного с салициловой кислотой (белосалик); во II группу вошли 269 человек, применявших комбинации мазевых форм топических глюкокортикостероидов с салициловой кислотой, цинк пиритионом и 2–5% салициловой кислотой. У 87 (48%) пациентов I группы через 14 дней от начала лечения отмечалась положительная динамика процесса в виде регресса псориазических элементов до стадии пятна, полный регресс высыпаний наблюдался у 112 (62%) пациентов на 24-й день. Кроме того, пациенты данной группы отмечали отсутствие ощущений дискомфорта, неопрятности на фоне проводимой терапии.

Во II группе 53 (20%) пациента отмечали улучшение в виде уплощения элементов лишь на 20-й день терапии. У остальных пациентов начало регрессирования высыпаний отмечалось к моменту выписки – на 28-й день. Более половины из них ощущали выраженный дискомфорт, связанный с неопрятным внешним видом волос, потребностью в ежедневном применении очищающих гигиенических средств. Кроме того, пациенты данной группы отмечали психологические затруднения в общении с окружающими.

Вывод. Терапия псориазического процесса, локализующегося на видимых участках кожного покрова, требует особого подхода. Применение препарата бетаметазона дипропионата, комбинированного с салициловой кислотой, в виде спрея и лосьона не вызывает выраженного дискомфорта, снижая риск развития тревожных и депрессивных состояний у пациентов с данным дерматозом.

Список литературы

1. Смирнова, Л.М. Псориаз головы и качество жизни / Л.М. Смирнова, Н.Г. Кочергин, У.Г. Билалова // Дерматология. Приложение *Consilium medicum*. – 2010. – № 2.
2. Дерматология: атлас-справочник / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф [и др.]. – М.: Практика, 1999. – С. 83–95.
3. Хобейш, М.М. Гептрал в терапии псориаза / М.М. Хобейш // *Vestn Dermatol Venerol*. – 2009. – № 3. – С. 84–86.
4. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm / J.P. Ortonne, S. Chimenti, T. Luger [et al.] // *JEADV*. – 2009. – V. 23. – P. 1435–1444.

УДК 616.517-076:612.792

О.В. Шурыгина¹, Р.М. Загртдинова¹,
Н.А. Кирьянов¹, В.А. Мерзляков²

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО И ОКОЛОСОСУДИСТОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ДАННЫМ СКАНИРУЮЩЕЙ И ТРАНСМИССИОННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Шурыгина Ольга Витальевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; Загртдинова Ризид Миннесагитовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Кирьянов Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии, проректор по НИР; Мерзляков Владимир Анатольевич – главный врач, главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии и косметологии МЗ УР, главный внештатный специалист Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ РФ по специальности «дерматовенерология»

Исследование посвящено оптимизации лечения больных экссудативным псориазом, с учетом состояния архитектоники сосудов и околососудистого пространства. Для изучения состояния микроциркуляции у больных экссудативным псориазом проводили сканирующую и трансмиссионную микроскопию. Обследование проведено до и после курса лечения у 42 больных в возрасте от 15 до 45 лет. Выявлено, что при экссудативном псориазе наблюдаются довольно выраженные нарушения микроциркуляции. На значение сулодексида в сочетании с аскорутинном способствуем уменьшению периваскулярного и перичеселлюлярного отека и восстановлению типичной организации стенок сосудов микроциркуляторного русла.

Ключевые слова: экссудативный псориаз, микроциркуляция, сулодексид, аскорутин.

O.V. Shurygina¹, R.M. Zagrtdinova¹, N.A. Kiryanov¹,
V.A. Merzlyakov²

DYNAMICS OF THE CONDITION OF VASCULAR AND PERIVASCULAR SPACE ACCORDING TO SCANNING AND TRANSMISSION ELECTRONIC MICROSCOPY IN PATIENTS WITH PSORIASIS EXUDATIVA

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

² Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk, Udmurt Republic

Shurygina Olga Vitalevna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; Kiryanov Nikolai Aleksandrovich – Doctor of Medical Sciences,

Professor, Head of Department of Pathology, Vice-Rector for Research; **Merzlyakov Vladimir Anatolevich** — Head Doctor, Out-of-Staff Expert-Leading Authority on Dermatology, Venereology and Cosmetology of the Ministry of Public Health of the Udmurt Republic, Out-of-Staff Leading Authority on Dermatology and Venereology of the Council of Experts in Public Health

The aim of the research was to optimize the treatment of patients with psoriasis exudativa with regard to vessels and perivascular space architectonics condition. To study microcirculation state in patients with psoriasis exudativa scanning and transmission microscopy was made. 42 patients aged 15 to 45 years were observed before and after the course of treatment. It was detected that psoriasis exudativa shows significantly expressed microcirculation disorders. Sulodexide and ascorutin administration helps to reduce perivascular and pericellular edema and to restore vascular walls of microcirculatory blood-stream typical architecture.

Key words: psoriasis exudativa, microcirculation, sulodexide, ascorutin.

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и встречается у 1–2% населения развитых стран. Несмотря на значительное число исследований и появление новых лекарственных препаратов, проблема эффективной и рациональной терапии больных псориазом остается одной из наиболее актуальных в современной дерматологии [2]. Ключевым механизмом запуска псориазического процесса являются особенности микроциркуляции. Изменения в сосудах пораженной и видимо здоровой кожи больных псориазом и их здоровых родственников были обнаружены в ряде гистохимических исследований [3]. Сосудистые изменения в коже возникают задолго до клинических проявлений заболевания и являются одним из ведущих факторов в патогенезе псориаза [5].

Целью настоящего исследования была оптимизация лечения больных экссудативным псориазом, с учетом состояния архитектоники сосудов и околососудистого пространства.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 42 пациента с распространенным экссудативным псориазом в прогрессирующей стадии в возрасте от 15 до 45 лет. Средний индекс *PASI* у наблюдаемых больных до лечения составил 24,2. У данных пациентов распространенный процесс характеризовался появлением многочисленных милиарных, лентикулярных и нуммулярных папулезных элементов округлой формы, розово-красного цвета, с склонностью к периферическому росту, о чем свидетельствовали наличие периферического венчика роста и центральный характер шелу-

шения с склонностью к слиянию с образованием бляшек различных размеров и очертаний. Чешуйки и чешуйко-корки были расположены рыхло, имели серовато-желтый цвет. Была характерна резко выраженная изоморфная реакция (симптом Кебнера). Симптомы классической псориазической триады: феномен стеаринового пятна, симптом терминальной пленки, феномен кровавой росы четко не определялись из-за наличия эксудата.

Для изучения архитектоники сосудов и околососудистого пространства у больных экссудативным псориазом до и после лечения проводили сканирующую и трансмиссионную электронную микроскопию.

После изучения клиники дерматоза из наиболее измененных очагов под местной анестезией 0,5% раствором новокаина взяты небольшие фрагменты кожи (в каждом случае биопсия проведена после получения от пациента информированного согласия) для гистологического и электронно-микроскопического исследования. Биопсийный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, жидкости Буэна, Карнуа, с последующей заливкой его в парафин. Срезы толщиной 4–5 мкм изготавливали на санном микротоме. Для изучения общей морфологии кожи срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, орсеином и галлоцианин-хромовыми квасцами. Для трансмиссионной электронной микроскопии кусочки фиксировали в 2,5–4,0% глутаральдегиде, приготовленном на 0,1 М фосфатном буфере (*pH* 7,2), в течение 4 часов при 4 °С, а затем дофиксировали в 1% растворе четырехоксида осмия и заключали в эпон 812 по общепринятой методике (Б. Уикли, 1975). Полутонкие и ультратонкие срезы получали на ультрамикротоме *LKB-III*. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца. Полутонкие срезы окрашивали толуидиновым синим. Материал исследовали в электронных микроскопах ЭВМ АК (СССР), *JEM-100 C* (Япония). Для растровой электронной микроскопии кусочки после промывки в нескольких порциях физиологического раствора при температуре 37 °С фиксировали в 2% глутаральдегиде, приготовленном на 0,1 М фосфатном буфере при *pH* 7,4 в течение недели.

Затем кусочки промывали в дистиллированной воде и обезжизняли в серии растворов ацетона. Высушенные методом перехода критической точки в $CC>2$ препараты закрепляли на столике и покрывали (напыляли) платиной или золотом методом ионной бомбардировки в стуттере и исследовали в электронном микроскопе *SEM-840A* (Япония).

В качестве основного лечения 24 пациента (группа наблюдения) кроме базисной терапии получали сулодексид в дозе 600 ЛЕ внутривенно в течение 15 дней, затем по 250 ЛЕ в таблетках 2 раза в день в течение 2–3 недель, в сочетании с аскорутинном по 2 таблетки 2–3 раза в сутки во время или после приема пищи (курс лечения 4–5 недель). Остальные 18 больных (группа сравнения) получали традиционное лечение (гепатопротекторы, желчегонные средства, селективная фототерапия). В более тяжелых случаях назначался метотрексат по схеме. Наружное лечение: 2% серно-салициловая, 2% дегтярная мазь, мазь «Акридерм СК».

Результаты и их обсуждение. При изучении состояния микроциркуляции с помощью электронной микроскопии выявлены значимые нарушения. У 37 (88,1%) пациентов капилляры в кожном сосочке были расширены. Имелись признаки нарушения состояния сосудистой стенки в виде патологической извитости капилляров. На электронограмме это выглядит как увеличение количества сосудов в сосочках дермы. У всех пациентов стенки сосудов были отечны за счет периваскулярного отека, сопровождающего воспалительный отек серозной природы. Характерным признаком экссудативного псориаза, присутствующим во всех наших наблюдениях, стало наличие периваскулярного воспалительного инфильтрата, состоящего в основном из лимфоцитов с примесью макрофагов и нейтрофилов. Клетки эндотелия у 16 (38,1%) пациентов выглядели набухшими. У 9 (21,4%) пациентов в стенках артериол была представлена частичная десквамация эндотелия в виде расщепления внутренней эластической мембраны. У 18 (42,8%) пациентов между эндотелиальными клетками уменьшена площадь контактных

взаимодействий. В зонах отростков эндотелиоцитов уменьшена толщина эндотелия с появлением зон фенестраций. В базальной мембране дермоэпителиального соединения у 24 (57,2%) пациентов обнаружены дефекты плотной пластинки базальной мембраны, через которые клетки лейкоцитарного ряда проникали в эпидермис. У 36 (85,7%) пациентов имелись посткапиллярные венулы с расширенным просветом, полнокровные, с резким отеком и утолщением стенки, имелся выраженный периваскулярный отек, состоящий в основном из макрофагов и лимфоцитов. При косо-поперечном срезе артериол на внутренней поверхности сосудов у 8 (19,0%) больных отмечались веретеновидные эндотелиоциты и пристеночные микротромбы, образованные агрегатами деформированных эритроцитов и тромбоцитов. Сосуды были окружены муфтообразным скоплением многочисленных периваскулярных клеток. У 14 (33,3%) пациентов в венулах отмечалось избыточное полнокровие, кровенаполнение неравномерно. Стенки были утолщены, отечны, имели локальные очаги повреждения, через которые происходил диapedез не только жидкой части, но и форменных элементов крови. Выявлялись микроциркуляторные расстройства: эритростаз, лейкостаз, микротромбоз, периваскулярный отек. У 34 (81%) больных в дерме, как в сосочковом, так и в сетчатом слоях, наблюдалось разволокнение коллагеновых волокон и резкий их отек.

Наши данные свидетельствуют о том, что у больных псориазом имеются значительные изменения микроциркуляции, включающие выраженные нарушения архитектоники сосудов и околососудистого пространства. Поиск методов, способных восстановить и стабилизировать это состояние на более длительный срок, привел нас к проведению сравнительного анализа апробируемых методов лечения.

Наблюдения за больными в процессе лечения показали, что ощущение зуда в области высыпаний, чувство стягивания кожи уменьшались к 5-му дню и исчезали к 10-му дню у половины пациентов основной группы. В группе сравнения

зуд и чувство стягивания кожи уменьшались на 10-й день, но у 3 больных периодически беспокоили даже после окончания курса лечения.

Стабилизация кожного процесса (переход из прогрессивной стадии в стационарную, начало регресса псориазических высыпаний) при терапии сулодексидом в сочетании с аскорутинном наступала на 6-й день, в то время как у пациентов группы сравнения только на 12-й день лечения.

У 13 больных основной группы достигнуто «клиническое выздоровление», заключающееся в полном регрессе имеющихся высыпаний с исчезновением субъективных ощущений, тогда как такой результат в группе сравнения получен лишь у 5 больных. «Значительного улучшения», выразившегося в исчезновении субъективных ощущений, прекращении появления свежих элементов, отсутствии периферического роста папул и бляшек, снижении яркости высыпных элементов, значительном уменьшении шелушения и инфильтрации высыпаний и выраженном их регрессе удалось достичь у 10 пациентов группы наблюдения и у 7 пациентов группы сравнения. «Улучшение» (замечное или полное исчезновение зуда, чувства стягивания кожи, прекращение появления свежих элементов, уменьшение шелушения и инфильтрации папул, частичный их регресс) наблюдалось у 1 больного, получавшего сулодексид в сочетании с аскорутинном, и у 6 пациентов, получавших базисную терапию.

Средний индекс *PASI* после лечения у больных, получавших дополнительно к традиционным средствам сулодексид в сочетании с аскорутинном, снижался более значимо (4,06), чем у больных, получавших традиционную терапию (8,75).

При изучении архитектоники сосудов и околососудистого пространства после лечения нами получены следующие результаты: у всех пациентов, получавших сулодексид в сочетании с аскорутинном, отмечалось значительное уменьшение отека базальной мембраны сосудов. В сетчатом слое дермы значительно уменьшались признаки экссудативно-воспалительных процессов, это проявлялось в уменьшении периваскулярного и перицеллюлярного оте-

ка и восстановлении типичной организации стенок сосудов микроциркуляторного русла у всех больных группы наблюдения. После лечения сулодексидом в сочетании с аскорутинном у 18 больных мы наблюдали фибриллогенез в очаге восстановления, т. е. имелись новообразованные коллагеновые волокна, формирующиеся у поверхности фибробласта, которые впоследствии сливались и образовывали пучки коллагеновых волокон. У пациентов, получавших традиционное лечение, уменьшение отека базальной мембраны было незначительное, сохранялись признаки повышенной проницаемости сосудов, поэтому в периваскулярном пространстве оставались единичные инфильтраты.

Вывод. Таким образом, можно утверждать, что при экссудативном псориазе наблюдаются довольно выраженные нарушения микроциркуляции, что согласуется с результатами исследователей [1, 4]. Назначение сулодексида в сочетании с аскорутинном улучшает результаты клинического выздоровления, способствует более быстрому и значительному регрессу высыпаний на коже, уменьшению периваскулярного и перицеллюлярного отека и восстановлению типичной организации стенок сосудов микроциркуляторного русла, что говорит о вазопротекторном и противовоспалительном действии апробируемого комплекса лечения и позволяет рекомендовать его для использования в лечении больных экссудативным псориазом.

Список литературы

1. **Загртдинова, Р.М.** Динамика микроциркуляторных изменений у больных псориазом в процессе лечения по данным инфракрасной фотоплетизмографии / Р.М. Загртдинова, Н.А. Коляева, З.М. Сигал // Вестник последипломного медицинского образования. – 2004. – № 2. – С. 15–16.
2. **Кубанова, А.А.** Псориаз: клинические рекомендации / А.А. Кубанова. – М.: ДЭКС-Пресс, 2008. – 56 с.
3. **Мордовцев, В.Н.** Современные концепции по патогенезу псориаза / В.Н. Мордовцев, А.Ю. Прохоров, И.В. Старков // Вестник дерматологии и венерологии. – 1987. – № 7. – С. 28–33.
4. **Шилов, В.Н.** Новые подходы к изучению патогенеза и лечению псориаза / В.Н. Шилов, В.И. Сергиенко // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – № 3. – С. 49–52.
5. **Шарапова, Г.Я.** Псориаз / Г.Я. Шарапова, Н.Г. Короткий, М.Н. Молоденков. – М.: Медицина, 1989. – 224 с.

УДК 616.513.7-002.44-085 (470.51)

Р.Н. Загртдинова¹, М.А. Копылова¹,
Р.М. Загртдинова¹, М.М. Гнеушева²

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ БУЗ УР «РКВД МЗ УР»

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Загртдинова Ризилия Нуровна — ассистент кафедры дерматовенерологии; **Копылова Мария Анатольевна** — интерн кафедры дерматовенерологии; **Загртдинова Ризид Миннесагитовна** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; **Гнеушева Марина Михайловна** — врач-дерматовенеролог

Среди 81 больного красным плоским лишаем выявлено 9 человек с эрозивно-язвенной формой дерматоза. Заболевание чаще поражаало людей преклонного возраста, сопровождалось сосудистой патологией, вызывало неприятные ощущения. В условиях БУЗ УР «РКВД МЗ УР» им проводилась адекватная терапия.

Ключевые слова: красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, сосудистая патология.

R.N. Zagrtdinova¹, M.A. Kopylova¹,
R.M. Zagrtdinova¹, M.M. Gneusheva²

CLINICAL FEATURES AND EVALUATION OF MANAGEMENT PLANS OF PATIENTS WITH EROSIIVE AND ULCERATIVE FORM OF LICHEN PLANUS

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

² Republic Dermatovenereologic Clinic,
Izhevsk, Udmurt Republic

Zagrtdinova Rizilya Nurovna — Acting Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; **Kopylova Maria Anatolievna** — Intern of the Department of Dermatology and Venereology; **Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Gneusheva Marina Mikhailovna** — dermatovenereologist

Among the 81 patients with lichen planus 9 people with erosive and ulcerative form of dermatosis were found. The disease often affected the elderly; it was frequently accompanied by vascular pathology, and a lot of discomfort. The patient received appropriate therapy in the Republic Dermatovenereologic Clinic.

Key words: lichen planus, erosive and ulcerative form, vascular pathology.

На сегодняшний день красный плоский лишай (КПЛ) остается актуальной проблемой, связанной с высокой частотой его выявления, от-

сутствием единой патогенетической концепции, а также наличием тяжело протекающих форм и хроническим течением, часто резистентным к проводимой терапии [6, 1, 9]. КПЛ наблюдается примерно у 0,78–2,40% больных кожными заболеваниями, при этом среди болезней слизистой оболочки полости рта — от 7 до 35% [4, 8]. Данное заболевание встречается у всех рас, во всех возрастных группах и у обоих полов, однако слизистая оболочка чаще поражается у женщин в возрасте от 40–60 лет. У 75% пациентов КПЛ возникает в возрасте 30–60 лет. Отмечены случаи семейного заболевания [7, 3, 1, 10].

Изолированный КПЛ слизистой оболочки полости рта наблюдается у 20–30% пациентов. Также КПЛ может поражать слизистые влажной полости рта, пищевода, конъюнктивы, уретры, заднего прохода, носа и гортани. Чаще всего локализуется на щеках, деснах и языке. Возможно поражение твердого неба, дна полости рта, ретромолярных областей и губ. КПЛ часто проявляется поражением только десен в виде гингивита и десквамативного стоматита (в 8–10% наблюдается изолированный КПЛ слизистой оболочки полости рта).

Поражение слизистой оболочки рта является важным признаком заболевания и встречается у 60–70% пациентов с кожным КПЛ. Поражение слизистой оболочки рта может предшествовать появлению папул на коже, возникать одновременно или вслед за ними [7].

Цель исследования: выявление клинических особенностей и оценка тактики ведения больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ.

Материал и методы. Среди 81 пациента с КПЛ, прошедших лечение в кожном отделении БУЗ УР «РКВД МЗ УР» за период с 2008 по 2012 г., выявлено 9 (11,1%) больных с эрозивно-язвенной формой дерматоза (7 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 36 до 85 лет (средний возраст 62,7 года).

Результаты и их обсуждение. Все 9 пациентов предъявляли жалобы на высыпания на слизистой оболочке ротовой полости, на высыпания на слизистую половых органов указали 2 человека, на болезненность — 4, зуд — 3, дискомфорт — 1 и затруднение приема пищи — 1 больной. Большинство выявленных нами пациентов затруднялись назвать причину развития своего заболева-

ния, только 2 из них связали ее со стрессом. Среди вредных привычек пациенты отмечали курение (5) и употребление алкоголя (4). Наиболее частая локализация элементов у выявленных нами пациентов была следующая: слизистая оболочка щек (9), боковые поверхности (5) и кончик языка (2), десны (4), твердое небо (3), красная кайма губ (2) и вульва (2). Морфологические элементы у выявленных нами больных имели следующую характеристику: папулы розового цвета, неправильной формы с беловатым налетом на поверхности; эрозии ярко-красного цвета, с четкими границами, неправильной формы с беловатым налетом по периферии. У двух пациенток были очаги атрофии на слизистой вульвы.

У всех выявленных нами пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ имела сопутствующая патология: артериальная гипертония (7), хроническая сердечная недостаточность (4), хронический гастрит (4), сахарный диабет (2), язвенная болезнь 12-перстной кишки (2), ишемическая болезнь сердца (2), хронический бронхит (1), нарушение сердечного ритма (1), гепатит С (1), желчнокаменная болезнь (1), заболевание молочной железы (1), эндометрит (1), миома матки (1). Двум пациентам был выставлен синдром Гриншпана – Патекаева (сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ с сахарным диабетом и артериальной гипертензией).

За время нахождения в стационаре пациенты с эрозивно-язвенной формой КПЛ получали следующие группы препаратов: глюкокортикостероиды ($n=2$), противомаларийные препараты ($n=3$), цитостатики ($n=6$), дезинтоксикационные средства ($n=5$), желчегонные средства ($n=6$), гепатопротекторы ($n=4$), витамины группы В ($n=7$), транквилизаторы ($n=2$), антигистаминные средства ($n=2$), вазодилататоры ($n=3$), антигипоксанты ($n=2$), ферменты ($n=1$). Для местного лечения были использованы: глюкокортикостероидные кремы и растворы ($n=9$), масляные растворы витаминов А и Е ($n=4$), растворы антисептиков ($n=1$).

Вывод. Несмотря на довольно редкую встречаемость эрозивно-язвенной формы (11,1%) среди больных красным плоским лишаем, это тяжелое заболевание, снижающее качество жизни.

Высыпания на слизистых вызывают неприятные ощущения. Данная форма дерматоза чаще встречается у пожилых людей.

Комплексное лечение, назначаемое данной группе пациентов в условиях БУЗ УР «РКВД МЗ УР», отвечало современным требованиям и клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов [5].

Список литературы

1. Базыка, Д.А. Этиология, патогенез и терапия КПЛ / Д.А. Базыка, А.Д. Базыка // Вестник дерматологии и венерологии – 1977. – № 11. – С. 58.
2. Беренбейн, Б.А. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей: в 2 т. / Б.А. Беренбейн; под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995 – Т. 2 – № 12. – 178 с.
3. Довжанский, С.И. Красный плоский лишай / С.И. Довжанский, Н.А. Слесаренко. – Саратов, 1990. – 176 с.
4. Довжанский, С.И. Клиника, иммунопатогенез и терапия красного плоского лишая / С.И. Довжанский, Н.А. Слесаренко // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 348–352.
5. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – С. 79–86.
6. Опыт терапии КПЛ препаратом глутоксим / И.М. Корсунская, З.И. Невозинская, А.Б. Захарова [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 1. – С. 44–46.
7. Родионов, А.Н. Дерматовенерология: полное руководство для врачей / А.Н. Родионов. – СПб.: Наука и техника, 2012. – 231–248 с.
8. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни: учебник / Ю.К. Скрипкин, В.Г. Акимов, А.А. Кубанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 145 с.
9. Слесаренко, Н.А. Красный плоский лишай: современные иммунологические и биохимические аспекты и методы патогенетической терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Слесаренко. – М., 1995. – 40 с.
10. Rebor, A. Плоский лишай: руководство по лечению дерматологических болезней / A. Rebor; под ред. А.Д. Кацамба, Т. М. Лотти. – М.: Медпресс-информ, 2008. – С. 371–374.

УДК 616.529.1 (470.51)

Н.В. Ляшенко, Р.М. Загртдинова

ТЕЧЕНИЕ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Ляшенко Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; Загртдинова Ризид Миннесагитовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Проведен анализ заболеваемости и особенностей клинической картины буллезного эпидермолиза у детей Удмуртской Республики. Авторы делают вывод о росте заболеваемости детей различными видами буллезного эпидермолиза, проводят анализ современных особенностей клинического полиморфизма.

Ключевые слова: дети, буллезный эпидермолиз.

N.V. Lyashenko, R.M. Zagrtidinova

EPIDERMOLYSIS BULLOSA IN UDMURT REPUBLIC

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Lyashenko Natalia Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; **Zagrtidinova Rizida Minnesagitovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology

The incidence and the peculiarities of clinical picture of epidermolysis bullosa in children of Udmurt Republic are analysed. The authors come to the conclusion that the incidence of various types of epidermolysis bullosa in children is rising and study modern clinical polymorphism features.

Key words: children, epidermolysis bullosa.

Одним из наиболее тяжелых и часто встречаемых генетических заболеваний кожи детского возраста с неблагоприятным прогнозом является буллезный эпидермолиз.

По данным *National Epidermolysis Bullosa Registry*, встречаемость буллезного эпидермолиза составляет 50 на 1 млн новорожденных. Около 92% этих случаев приходится на простой буллезный эпидермолиз, 5% – на дистрофический буллезный эпидермолиз, 1% – на полидиспластический буллезный эпидермолиз, а 2% не подлежат классификации [1, 2]. Пациенты с полудесмосомальным буллезным эпидермолизом, вероятно, составляют менее 1% от общего числа случаев данного заболевания. Так, число случаев буллезного эпидермолиза на 1 млн новорожденных в Норвегии составляет 54,0; в Японии – 7,8; в Хорватии – 9,6 [3]. Предполагается, что о пациентах, больных простым буллезным эпидермолизом легкой степени тяжести, сообщается лишь в 10% случаев от общего количества пораженного населения США, что составляет около 12 500 человек [3].

У пациентов с буллезным эпидермолизом, выживших в детстве, наиболее частой причиной смерти является метастатический плоскоклеточный рак. Этот вид рака кожи встречается, в частности, у пациентов с рецессивным наследственным буллезным эпидермолизом и проявляется наиболее часто в возрасте 15–35 лет [4].

В современном аспекте буллезный эпидермолиз – это большая группа генетических заболеваний, включающая около 30 клинических вариантов, характеризующихся склонностью кожи и слизистых оболочек к развитию пузырей, преимущественно на местах незначительной механической травмы [1, 7].

По мнению ряда исследователей, формы с легким течением встречаются с частотой 1 на 50 000 родов, а более тяжелые – 1 на 500 000 родов в год [7, 10]. Заболевание при всех формах буллезного эпидермолиза, за исключением локализованного прогрессирующего буллезного эпидермолиза, как правило, начинается с момента рождения, поскольку само прохождение ребенка по родовым путям является первым механическим воздействием на кожу, приводящим к дебюту болезни [8, 10]. Такая легкая ранимость кожи сравнивается за рубежом с нежным крылом бабочки, в связи с этим детей, больных данной патологией, называют «дети-бабочки». Особенно тяжело заболевание, независимо от его разновидностей, протекает в ранние и поздние неонатальные периоды, когда отмечается высокий риск летального исхода, как правило, в результате присоединения септических состояний и развития вторичной полиорганной недостаточности и ДВС-синдрома.

Целью исследования явилось изучение распространенности, особенностей заболеваемости и клинического течения различных видов буллезного эпидермолиза у детей в Удмуртской Республике.

Материал и методы. Для изучения особенностей клинической картины буллезного эпидермолиза на современном этапе в Удмуртии нами проведен анализ 14 случаев заболевания различными видами буллезного эпидермолиза у детей от рождения до 17 лет, получавших лечение в БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР».

Результаты и их обсуждение. Остановимся на особенностях некоторых нозологических форм буллезного эпидермолиза, наблюдавшихся в нашей клинике. Клинически наиболее тяжелым вариантом течения простого буллезного эпидермолиза является подтип Доулинга – Мера. За последние 10 лет в УР родился только один ребенок с данной формой патологии (в 2007 г.). *Заболевание началось с рождения. Первые высыпания появились на коже дистальных отделов конечностей (кисти, стопы). В дальнейшем процесс очень быстро распространялся по всему кожному покрову, приняв генерализованный характер, и был представлен пузырями диаметром*

от 0,5 до 1,0 см, полушаровидной и полуовальной формы, с плотной покрывкой, серозным, серозно-геморрагическим и серозно-гнойным содержимым, с локализацией преимущественно на кистях, стопах, пояснично-крестцовой, периоральной областях и слизистой оболочке полости рта. Вскрываясь, пузыри сливались в обширные мокнущие эрозивные очаги поражения. При этом выделялось значительное количество экссудата, что привело к различным метаболическим расстройствам: гипоальбуминемии, диспротеинемии, нарушению электролитного состава плазмы, гиповолемии и др., потребовавшим специальной медикаментозной коррекции. В стадии эпителизации эрозии покрывались корочками, придавая зоне поражения фестончатый, гирляндобразный, кольцевидный или дугообразный вид. В центре высыпаний располагалась зона пигментации. Прогрессиентность в течение заболевания наблюдалась до 1-го года жизни, в дальнейшем было отмечено постепенное уменьшение частоты и выраженности рецидивов, к 3 годам жизни установилась четкая сезонность обострений в теплое время года. В физическом и психическом развитии ребенок не отстал от сверстников.

Простой генерализованный буллезный эпидермолиз Кебнера выявился в 7 случаях. У всех детей первые пузыри появлялись на 2-3-й день жизни на стопах, а в последующем распространялись на остальные участки кожного покрова: пояснично-крестцовая область, верхняя треть спины, шея, локти, колени, кисти [5, 6, 9]. Напряженные пузыри возникали после незначительной травматизации или спонтанно, имели полушаровидную или полуовальную форму, серозное содержимое, которое в дальнейшем приобретало серозно-геморрагический характер. По периферии пузыри были окружены венчиком гиперемии. После вскрытия пузырей эпителизация наступала в течение нескольких дней, сопровождаясь образованием серозной или серозно-геморрагической корки, шелушением и вторичной гиперпигментацией на местах активного кожного патологического процесса, рубцы не образовывались. У новорожденных эрозии возникали и на слизистой оболочке полости рта: в области кончика языка, по краю десен, а так-

же на красной кайме губ с переходом на слизистую преддверия ротовой полости, т. е. в тех областях, которые задействованы в акте сосания. К эрозивным поражениям слизистых у 5 младенцев присоединялась кандидозная инфекция. С возрастом у 4 детей на коже появлялись участки группировки и чередования зон атрофии и гиперпигментации, что клинически проявлялось картиной койкилодермии.

У 5 наблюдаемых нами детей, больных простым локализованным буллезным эпидермолизом Вебера – Коккейна, пузыри располагались на коже дистальных отделов конечностей, на стопах, в местах наибольшего давления. При этом 3 больных, в возрасте от 5 до 8 лет, предъявляли субъективные жалобы на чувство распирания, жжение и умеренную болезненность в местах возникновения пузырей. У 2 детей более старшего возраста (14 и 17 лет) формировались очаги ладонно-подошвенного гиперкератоза, ониходистрофии и дисхромии ногтевых пластин.

Дистрофический буллезный эпидермолиз типа Галлопо – Сименса определился у 1 больного. Так, у пациентки К., находящейся на диспансерном учете в БУЗ УР «РКВД МЗ УР» с данным диагнозом с рождения (2003 г.) до 5-летнего возраста, процесс протекал относительно компенсированно: количество появившихся пузырей было умеренным, хотя стойко прогрессировали рубцовые контрактуры и сформировался тотальный онихолизис. Ребенок был относительно сохранен соматически. Однако после 6 лет течение болезни стало значительно тяжелее. При этом образованию пузырей не обязательно предшествовало механическое давление или травматизация, зачастую они возникали спонтанно, без видимых причин. Отмечались множественные пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, с напряженной покрывкой, которая в течение короткого времени от момента появления становилась дряблой, в дальнейшем образовывались обширные, длительно незаживающие эрозивные дефекты. Постоянно возникали новые эрозии, сопровождающиеся вторичными инфекционными осложнениями. Эпителизация происходила с формированием рубцов. В области рецидивирующих в одних и тех же местах пузырей зачастую появлялись милиумоподобные

кисты. В дистальных отделах верхних и нижних конечностей постепенно формировались контрактуры, синдактилии, мутиляции. На коже волосистой части головы отмечалось диффузное поредение волос, наличие очагов рубцовой атрофии. Буллезные высыпания также распространялись и на слизистые оболочки полости рта, пищевода и прямой кишки. Рубцовый процесс в данных областях привел к укорочению языка, ограничению его подвижности, микростомии. Аналогичные процессы в пищеводе и прямой кишке привели к стриктурам и развитию нарушений прохождения пищи, запорам, болезненной дефекации. Отмечалось развитие общесоматических расстройств в виде септических осложнений, выраженной железodefицитной анемии, полиаденопатии, дистрофии. В настоящее время ребенку 10 лет, состояние характеризуется нарастающей декомпенсацией, прогноз для жизни неблагоприятный. Описанные изменения значительно ухудшили качество жизни ребенка и в целом всей семьи, в которой он растет. При этом у ребенка быстро развились инвалидизирующие изменения, ведущие к общей и социальной дезадаптации.

Вывод. Современное течение буллезного эпидермолиза имеет ряд особенностей, что наглядно демонстрирует необходимость более пристального внимания дерматологов и педиатров к данной проблеме в связи с высокой степенью инвалидизации и социальной дезадаптации не только самих пациентов, но и всей семьи, в которой ребенок страдает генетическим заболеванием кожи.

Список литературы

1. **Альбанова, В.И.** Буллезный эпидермолиз / В.И. Альбанова // Моногенные дерматозы / В.Т. Куклин, К.Н. Суворова. – Йошкар-Ола, 1993. – С. 104–126.
2. **Кубанова, А.А.** Современные клинические особенности течения псориаза и псориазiformных состояний в детском возрасте / А.А. Кубанова, Н.Н. Мурашкин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 1. – С. 59–65.
3. **Мордовцев, В.Н.** Наследственные заболевания кожи / В.Н. Мордовцев, К.Н. Суворова. – Алма-Ата, 1995. – 554 с.
4. **Суворова, К.Н.** Генетически обусловленная патология кожи / К.Н. Суворова, А.А. Антоньев, В.А. Гребенников. – Ростов-на-Дону, 1990. – 336 с.
5. **Fine, J.D.** Inherited epidermolysis bullosa: past, present and future / J.D. Fine // Ann. NY Acad. Sci. – 2010. – V. 1194. – P. 213–222.
6. **McGrath, J.A.** Epidermolysis bullosa / J.A. McGrath, J.E. Mellerio // Br. J. Hosp. Med. – 2006. – V. 67 (4). – P. 188–191.

7. Prenatal diagnosis for severe inherited skin disorders: 25 years' experience / H. Fassihi [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2006. – V. 154 (1). – P. 106–113.

8. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: Report of the Second International Consensus Meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa / J. D. Fine [et al.] // Am. Acad. Dermatol. – 2000. – V. 42. – P. 1051–1066.

9. **Sawamura, O.** Overview of epidermolysis bullosa / O. Sawamura, H. Nakano, V. Matsuzaki // J. Dermatol. – 2010. – V. 37 (3). – P. 214–219.

10. **Tidman, M.** Vesiculobullous disease // Pediatric dermatology / M. Tidman, M. Garzon. – I. L. A. Schachner & R. C. Hansen (Eds.), 2003. – 3rd ed. – P. 683–692.

УДК 616.5-002.657(476.25)

А.Л. Навроцкий, С.Ю. Бондарь

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В Г. МИНСКЕ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Навроцкий Александр Людгерович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней, секретарь Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов; **Бондарь Софья Юрьевна** – студентка IV курса лечебного факультета

Изучена распространенность и первичная заболеваемость буллезными дерматозами в г. Минске за 2011–2012 гг. Отмечен рост заболеваемости населения данной патологией кожи, что отражает тенденции последних лет. Установлена более высокая заболеваемость и преобладание в структуре приобретенного фолликулярного кератоза. Характерной чертой буллезных дерматозов в последние годы явился высокий удельный вес лиц в возрасте 0–14 лет (45,5%).

Ключевые слова: буллезные дерматозы, заболеваемость.

A.L. Navrotski, S.Yu. Bondar

THE STUDY OF THE INCIDENCE OF BULLOUS DERMATOSES IN MINSK

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Navrotski Alexander Lyudgerovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases, the Secretary of the Belarusian Public Organization of Dermatovenereologists and Cosmetologists; **Bondar Sofia Yurevna** – Fourth Year Student of Medical Faculty

We studied the prevalence and primary incidence of bullous dermatoses over the period 2011–2012 period in Minsk. An increase in the incidence of this skin pathology has been observed which reflects the trend of recent years. It has been stated that acquired follicular keratosis prevails. A characteristic feature of bullous dermatoses in recent years is the high proportion of people aged 0–14 years (45,5%).

Key words: bullous dermatoses, incidence.

Кожные заболевания являются в настоящее время одним из наиболее распространенных видов патологии человека. Это очень многочисленная и неоднородная группа заболеваний. Провоцирующие их факторы также весьма разнообразны. Среди болезней кожи встречаются как легко протекающие заболевания, так и тяжелые, сопровождающиеся летальным исходом. Этиология многих из них неизвестна, либо до конца не изучена [4, 5].

Среди заболеваний кожи выделяют группу болезней, называемых буллезными дерматозами. Большинство ученых склоняются к мнению, что причина многих из них носит аутоиммунный характер, однако полного единства мнений нет [1, 2].

Согласно данным А.М. Лукьянова и Ю.В. Колос [3], распространенность буллезных дерматозов в целом в Республике Беларусь в 2011 г. составила 4,19 случаев на 100 000 населения. Актуальным представляется дальнейшее изучение пораженности населения данной патологией в различных регионах, ее тенденций, что послужит обоснованием для внедрения новых методов диагностики и совершенствования организации дерматовенерологической помощи населению республики.

Цель работы: изучить первичную заболеваемость буллезными дерматозами, ее структуру и тенденции в г. Минске за 2011–2012 гг.

Материал и методы. Источником данных выступали амбулаторные карты и истории болезни пациентов Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера (МГККВД) за 2011–2012 гг., а также официальная статистическая отчетность МГККВД за аналогичный период времени. Регистрация буллезных дерматозов проводилась согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. В качестве методов исследования были использованы ретроспективный статистический анализ и методы вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Изучена распространенность пузырных дерматозов в г. Минске за 2011–2012 гг. Установлено, что в МГККВД состоит на диспансерном учете 134 больных пузырными дерматозами: из них дети 0–14 лет составили 61 больной (45,5%), в возрасте 15–17 лет было 7 пациентов (5,2%), в возрасте 18 лет и старше – 66 больных (49,3%). По данным Минздрава Республики Беларусь, в 2012 г. среднего-

довая численность населения города составляла 1 892 900 человек, что позволило рассчитать показатель распространенности буллезных дерматозов, он составил 7,08 случая на 100 000 человек.

В 2011 г. в общей структуре заболеваний кожи и подкожной клетчатки впервые выявленные больные с буллезными дерматозами составили 0,085%, а в 2012 г. – 0,21%. Следует отметить, что число вновь выявленных случаев буллезных дерматозов в 2012 г. увеличилось более чем в 2 раза: 60 случаев в 2011 г. и 134 – в 2012 г., что отражает тенденцию роста заболеваемости в последние годы.

Среди буллезных дерматозов в 2011 г. преобладали приобретенный кератоз фолликулярный (41,7%), рубцующий пемфигоид (20,0%), герпетический дерматит Дюринга (15,0%). Структура буллезных дерматозов в 2012 г. была следующая: приобретенный кератоз фолликулярный (54,0%), пузырчатка (16,0%), герпетический дерматит Дюринга (11,0%).

В расчете на 100 000 населения г. Минска заболеваемость в 2011 и 2012 гг. соответственно составила: пузырчатка – 0,16 и 1,16 случая, приобретенный кератоз фолликулярный – 1,33 и 3,8; рубцующий пемфигоид – 0,64 и 0,37; буллезный пемфигоид – 0,32 и 0,26; дерматит герпетический Дюринга – 0,48 и 0,74 случая соответственно.

Вывод. Таким образом, за указанный период в г. Минске следует отметить: рост заболеваемости буллезными дерматозами (+123%), что согласуется с тенденцией, отмеченной в проводившихся в предыдущие годы научных исследованиях; высокий удельный вес детей 0–14 лет (45,5%) в общей структуре заболеваемости буллезными дерматозами; преобладание в структуре больных приобретенным фолликулярным кератозом (41–54%) и пузырчаткой (5–16%).

Список литературы

1. Адаскевич, В.П. Пузырчатка: эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика / В.П. Адаскевич, В.В. Козловская // Медицинские новости. – 2008. – № 16. – С. 14.
2. Козловская, В.В. Буллезный пемфигоид: клиника, диагностика, терапия / В.В. Козловская // Медицинская панорама. – 2008. – С. 25.
3. Лукьянов, А.М. Эпидемиологические характеристики аутоиммунных буллезных дерматозов в Республике Беларусь / А.М. Лукьянов, Ю.В. Колос // ARS MEDICA. – 2012. – № 12. – С. 73.
4. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин. – М.: Медицина, 1995 – С. 540.
5. Dermatology/ J. Bolognia [et al.]. – Mosby, 2003. – 2500 p.

УДК 616.5-002.525.4-002-02-036

Н.Ю. Бычкова, Р.Н. Загртдинова, А.А. Храмова

**ПОЗДНИЕ АКНЕ:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Бычкова Наталья Юрьевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; Загртдинова Ризилия Нурувна — ассистент кафедры дерматовенерологии; Храмова Аза Алексеевна — интерн кафедры дерматовенерологии

Акне — наиболее часто встречающееся заболевание в практике врача-дерматовенеролога. Пациенты и медицинские работники непрофильных специальностей недостаточно информированы о возможностях лечения этого заболевания. Наше исследование направлено на изучение особенностей акне в Удмуртской Республике.

Ключевые слова: акне, особенности, информированность.

N.Yu. Bychkova, R.N. Zagrtdinova, A.A. Khramova

ACNE TARDA: PROBLEMS AND PROSPECTS

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Bychkova Natalia Yurievna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; Zagrtdinova Rizilya Nurovna — Acting Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; Khramova Aza Alekseevna — Intern of the Department of Dermatology and Venereology

Acne is the most frequent disease in dermatologist's practice. Patients and health care workers of other specialties are not sufficiently informed about the possibilities of treatment of this disease. Our research focuses on studying the peculiarities of acne in the Udmurt Republic.

Key words: acne, peculiarities, awareness.

Одной из актуальных тенденций в современной медицине является смещение акцента на профилактическую направленность здравоохранения (ст. 12 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В свете этого вопросы профилактики наиболее распространенных кожных заболеваний становятся еще более значимыми. Акне — распространенный дерматоз, имеющий свои закономерности и эффективные способы терапии и профилактики, которые не всегда используются больными. Пациенты недостаточно информированы о возможностях лечения этого заболевания, считая его эстетическим дефектом, что приводит к поздней обращаемости, на стадии сформированных осложнений. Обращаемость по поводу акне (L 70.0-70.9) в БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР» регистриру-

ется на высоком уровне, за период с 2008 по 2012 г. на прием обратилось 7384 больных. Большинство обратившихся — это молодые женщины (4282; 57,99%) и мужчины (1624; 21,99%) старше 18 лет. Дети и подростки до 18 лет составили только 20,02% в общей структуре больных. В полтора раза чаще за специализированной медицинской помощью обращались лица женского пола, соотношение мужчин и женщин составляло, по нашим данным, 1:2,3. Таким образом, большинство обратившихся на прием к дерматологу — это женщины старше 18 лет. У большей части пациентов дерматоз носил локализованный характер, площадь поражения часто не превышала 1–9% площади тела, являясь при этом выраженным психотравмирующим заболеванием, обезображивающим, по мнению пациентов, их внешний вид и приносящим глубокие психические страдания.

Цель исследования: изучение особенностей акне в Удмуртской Республике.

Материалы и методы. На протяжении 5 лет, в рамках разработанной Н.Ю. Бычковой программы **УНИКУМ** (Угрей Нет, Идеальная Кожа У Меня), проводились исследования угревой болезни в Удмуртии (исследователи Л. Журавлева, Е. Шалаумова, Р. Загртдинова, А. Храмова). Обследовано 798 пациентов (557 женщин и 241 мужчина в возрасте от 14 до 45 лет), страдающих угревой болезнью, жителей Ижевска и районов республики. Для изучения особенностей заболевания и степени его влияния на повседневную жизнь была использована анкета, разработанная на основе дерматологических индексов оценки кожного процесса и качества жизни. Для клинической оценки заболевания использовались: «Степень оценки тяжести высыпаний акне» (G. Plewig, M. Kligman), «Дерматологический индекс акне» (ДИА) и шкала APSEA: (Assessment of Psychological and Social Effect of Acne). Для определения влияния заболевания на качество жизни применялся CADI (Cardiff Acne Disability Index) — кардиффский индекс инвалидизации (социальной дезадаптации), связанной с угревой болезнью, и скрининговый опросник оценки собственной привлекательности (СООСП).

Результаты и их обсуждение. Значительная часть респондентов 737 (91,97%) отмечали неудовлетворенность своим внешним видом и зна-

чимось влияния данного заболевания на качество жизни. Из них 361 человек (48,98%) указал на снижение самооценки, 221 (29,98%) – отметил влияние акне на поиск партнера, сексуальные отношения, 147 (19,94%) – на поиск работы. Длительность заболевания к началу терапии составила от 3 до 22 лет (среднее значение 6,31 года). При анализе триггерных факторов, вызывающих возникновение или обострение заболевания у женщин, установлено, что двумя основными причинами являются менструальный фактор (379 обследованных, или 68,04%) и стресс (206, или 36,98%), у мужчин такой связи не выявлено. Согласно данным генеалогического анализа, семейный характер заболевания отмечали 378 (33,83%) обследованных. В анамнезе у всех имеются указания на длительное, бесконтрольное и бессистемное применение косметических и дерматологических препаратов.

Мы предполагаем, что проблема позднего обращения при акне и высокая частота развития осложнений (явления постакне наблюдались у 247 (30,95%) у пациентов в нашем регионе обусловлены, с одной стороны, недостаточной информированностью о возможностях лечения заболевания. В половине случаев (415 больных, или 52,0%) они рассматривают эту ситуацию как эстетический дефект, а не болезнь, не подозревая о возможностях терапии и пытаясь «решить эту проблему» средствами декоративной косметики и/или подсушивающими препаратами. С другой стороны, большую роль играет правильная тактика обследования и лечения при первичном обращении. По нашим данным, подавляющее большинство пациентов (758, или 94,98%) обращались за рекомендациями к медицинским работникам, но консультация дерматолога не проводилась, а тактика обследования и проводимая терапия не соответствовали существующим стандартам.

При помощи метода анкетирования было проведено анонимное обследование врачей и медицинских сестер для получения более подробной информации об уровне знаний и оптимизации профилактической работы в регионе. Выбор специальностей был обусловлен информацией, полученной от самих больных, о том, к каким медицинским работникам они ранее обращались. Наряду с характеристикой профес-

сиональной деятельности, предложенная анкета включала следующие вопросы: об этиологии и факторах патогенеза угревой болезни, рекомендуемом объеме обследования, длительности терапии, тактике ведения пациентов в зависимости от степени тяжести процесса. Всего в исследовании принял участие 81 медицинский работник (24 акушера-гинеколога, 23 косметолога, 22 педиатра и 12 школьных и участковых медицинских сестер) в возрасте от 23 лет до 65 лет, стаж работы на момент обследования составил от 1,5 до 38 лет. Наиболее информированными о заболевании оказались врачи, имеющие стаж работы от 5 до 15 лет.

Основные звенья патогенеза акне (себорея, фолликулярный гиперкератоз, микробная колонизация и воспаление) отметили 27 специалистов (33% опрошенных): 10 (45%) врачей-педиатров, 5 (21%) гинекологов, 12 (52%) косметологов и ни один средний медработник. Значительное число (36, или 44%) медицинских работников считали, что ведущей причиной развития акне является патология ЖКТ: 13 (59%) педиатров, 4 (17%) гинеколога, 7 (30%) косметологов и 11 (92%) медсестер. Многие (18, или 22%) указывали на такие «ведущие» факторы, как «плохой уход за кожей», «несоблюдение диеты», нарушение обмена веществ. По поводу длительности лечения мнения специалистов значительно отличались. Среди педиатров и косметологов 38 человек (84%) считают, что лечение акне должно длиться минимум 6–7 месяцев, но 7 докторов убеждены, что продолжительность лечения составляет от 1 до 3 месяцев. Акушеры-гинекологи не ответили на этот вопрос в половине заполненных анкет, 4 врача назначили бы лечение на 1 год, 3 – более 1 года, 5 – на 6–7 месяцев. Мнения медсестер также разделились: 8 человек считали достаточной длительность терапии от 1 до 3 месяцев, 4 человека – 6–7 месяцев.

Минимальный объем обследования, по мнению всех врачей, должен включать: консультацию гинеколога (77%), обследование гормонального профиля (72%), посев с кожи на патогенную микрофлору (67%), УЗИ яичников (55%), консультацию гастроэнтеролога (51%), дерматолога (51%), косметолога (38%), стоматолога (28%), УЗИ желчного пузыря (22%), консультацию

ЛОР (22%). Школьные и участковые медсестры во всех случаях рекомендовали бы обследование ЖКТ, УЗИ желчного пузыря, консультацию гастроэнтеролога, соскоб с кожи. Консультацию косметолога считают целесообразной 9, гинеколога – 7, дерматолога – 6 медсестер.

По мнению большинства опрошенных, для лечения акне легкой степени тяжести наиболее целесообразно применять косметику «для проблемной кожи» (71 медицинский работник, или 88%), азелаиновую кислоту (63%), реже пасты (25%), взбалтываемые взвеси (12%), топические антибактериальные препараты (12%) и системные ретиноиды (12%). Врачи педиатры и косметологи приоритетной в терапии акне считают азелаиновую кислоту (64%), акушеры-гинекологи при легкой форме заболевания на первом месте указали оральные контрацептивы с антиандрогенным действием, на втором – косметику для проблемной кожи, возможно, считая ее такой же эффективной, как и медицинские препараты. Медсестры в 100% случаев готовы назначить при легкой степени тяжести акне косметические средства, 50% – назначили бы местные антибактериальные средства, 25% – рекомендовали бы наружные средства на спирту.

Для лечения акне средней степени тяжести были предложены следующие средства: 86% опрошенных предложили системные ретиноиды, 63% – комбинированные оральные контрацептивы, 50% – системные антибактериальные средства, 79% – азелаиновую кислоту, 50% – косметику «для проблемной кожи», 43% – местные антибактериальные средства, 36% – местные ретиноиды. О роли гиперандрогении и значении оральных контрацептивов в терапии акне средней степени тяжести у девушек недостаточно информированы педиатры и медицинские сестры, в связи с чем ими не всегда рекомендуется консультация гинеколога и не рассматривается в качестве варианта терапии применение препаратов с антиандрогенным действием. По поводу тяжелых форм акне было высказано единодушное мнение о необходимости ведения этих пациентов дерматологом, препаратом выбора указывались системные ретиноиды. Большинство опрошенных считают, что пациенты должны наблюдаться у нескольких специалистов, признавая междисциплинарный характер этой проблемы.

Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что наиболее противоречивые мнения по причинам развития заболевания, объему обследования и тактике терапии у больных акне получены в группе специалистов, наиболее часто контактирующих с подростками. Отсутствует четкое понимание оптимальной тактики лечения при легкой форме угревой болезни и необходимости обязательной консультации врача-дерматолога и акушера-гинеколога.

Сложность патогенеза и разнообразие клинических форм угревой болезни обуславливают разнообразие применяемых методов терапии [1,4,6]. При легких вариантах заболевания возможно применение только топических средств в течение длительного периода времени (3–6 месяцев) в сочетании с адекватным подбором косметических препаратов [5]. Оптимальным, по нашему мнению, представляется назначение препарата, нормализующего процессы кератинизации в стенке фолликулов сальных желез, уменьшающего содержание свободных жирных кислот в липидах кожи, проявляющего противомикробную активность в отношении *Propionibacterium acnes* и *Staphylococcus epidermidis* и не имеющего возрастных, гендерных и сезонных ограничений.

Азелаиновая кислота обладает противомикробными, кератолитическими, комедолитическими и противовоспалительными свойствами, включена в клинические рекомендации по лечению акне, оказывает местное антиандрогенное действие [5]. Оптимальным представляется препарат безрецептурного отпуска, зарегистрированный на территории РФ под названием «Скинорен», для лечения обыкновенных или юношеских угрей и гиперпигментации, выпускается в виде 20% крема и 15% геля, обладающий хорошим профилем переносимости и безопасности. При средней степени тяжести заболевания показана комбинированная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями, под наблюдением дерматовенеролога и акушера-гинеколога [1, 3]. В случаях установленной гиперандрогении девушкам назначаются оральные контрацептивы с антиандрогенным действием. Данная патология имеет мультифакториальный патогенез, более того, зачастую акне являются первым и единственным маркером системной патологии, в частности, заболеваний реп-

репродуктивной системы [2]. Последнее обстоятельство позволяет рассматривать изучение факторов риска акне как актуальную медико-социальную проблему в соответствии с приоритетным направлением национального проекта «Здоровье». Все это в сочетании с сопутствующей патологией требует междисциплинарного подхода для разработки единого алгоритма обследования и тактики лечения данной категории больных с целью выявления триггерных факторов и факторов риска, а также исключения необоснованной терапии и полипрагмазии. Собственный клинический опыт позволяет рекомендовать пациенткам после комплексного обследования, оценки состояния репродуктивной системы и консультации гинеколога-эндокринолога низкодозированный оральный контрацептив джес (3 мг дроспиренона и 20 мкг этинилэстрадиола) по непрерывной схеме.

Большинство пациенток с акне, по нашим данным, старше 18 лет и находятся в активном репродуктивном возрасте, и, возможно, более оправданным будет применение комбинированного препарата с фолатами джес плюс (этинилэстрадиол 20 мкг/дроспиренон 3 мг/левомефолат кальция (метафолин) 451 мкг). Это предоставляет лечащим врачам-гинекологам возможность предварительного консультирования, позволяя информировать о пользе применения фолатов у женщин, которые пока не планируют беременность. При проведении местной терапии при заболевании средней степени тяжести целесообразно использование адапалена, бензоилпероксида или азелаиновой кислоты с учетом клинических особенностей заболевания [1]. Имеются указания, что азелаиновая кислота оказывает местное антиандрогенное действие путем ингибирования активности 5 α -редуктазы I типа, что приводит к снижению содержания дегидротестостерона в себоцитах, нормализации процессов кератинизации и салоотделения [5], этот же препарат рекомендован в качестве первой линии терапии при поздних формах заболевания [4, 6]. Тяжелые формы акне у взрослых регистрируются значительно реже, чем у подростков и молодых людей, и, как правило, требуют системного назначения изотретиноина.

Выводы. Одной из особенностей заболеваемости акне в Удмуртии является поздняя обращаемость пациентов с данной патологией к дерма-

тологу, недостаточная информированность, как самих пациентов, так и медработников, о заболевании. Наиболее перспективным направлением для решения проблемы угревой болезни представляется усиление профилактической работы. Повышение информированности специалистов: школьных и участковых медсестер, педиатров, акушеров-гинекологов, косметологов, к которым, наряду с дерматологами, обращаются больные угревой болезнью, будет способствовать более раннему началу лечения и позволит повысить качество оказания медицинской помощи. Также требуется разработка междисциплинарного подхода и единого алгоритма обследования и тактики лечения данной категории больных с целью исключения необоснованной терапии и полипрагмазии.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по ведению больных акне / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 28 с.
2. **Набиева, П.А.** Андрогензависимая дерматопатия: локальная проблема или проявление системных нарушений? / П.А. Набиева, Т.И. Романцова, И.В. Кузнецова // Проблемы репродукции. – 2012. – № 1. – С. 47–52.
3. Сравнительная эффективность и переносимость различных методов терапии акне у женщин / Ю.Н. Перламуров, С.К. Чижова, Т.А. Корчевая [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – № 3. – С. 1–5.
4. **Самцов, А.В.** Клинические особенности течения акне у женщин / А.В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 6. – С. 60–62.
5. **Юцковская, Я.А.** Терапия акне в зависимости от степени тяжести заболевания: клинический опыт / Я.А. Юцковская // Вестник эстетической медицины. – 2011. – Т. 10. – № 3. – С. 2–8.
6. Акне у взрослых женщин: новая парадигма / B. Dréno, A. Layton, C.C. Zouboulis [et al.] // J Am. Acad. Dermatol. – 2013. – P. 1–15.

УДК 616.5-002.525.4-002-02-036

Р.Н. Загртдинова

АКНЕ: ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Ризия Нуровна Загртдинова – ассистент кафедры дерматовенерологии

Исследовано влияние акне на качество жизни пациентов, проанализированы наиболее значимые факторы, влияющие на развитие и течение заболевания, и оценена эффективность комплексного лечения акне с применением системных ретиноидов в сочетании с топической терапией.

Ключевые слова: акне, качество жизни, социальная дезадаптация, изотретиноин, адапален.

R.N. Zagrtdinova

ACNE: THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Zagrtdinova Rizilya Nurovna — Acting Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology

Our research is aimed at the study of the effect of acne on the patients' quality of life, analysis of the most significant factors influencing the development and course of the disease, assessment of the efficiency of complex treatment of acne using systemic retinoids in combination with topical therapy.

Key words: acne, quality of life, social maladjustment, isotretinoin, adapalen.

По данным разных авторов, частота заболеваемости акне среди лиц молодого возраста достигает 65–95%. Также отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с угревой сыпью в возрасте старше 30 лет и дебютом заболевания в 17–18 лет. Настораживает и то, что пациенты со средней и тяжелой степенью акне составляют до 20%, а у 25% формируются рубцовые изменения кожи [3, 5, 6].

Обыкновенные угри (*acne vulgaris*) — это мультифакториальное воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов [3].

Понятие «качество жизни» рассматривают с трех позиций. Во-первых, понятие «качество жизни» охватывает многие стороны жизни человека: условия жизни, профессиональную деятельность, домашнюю обстановку. Во-вторых, включает медицинские аспекты качества жизни: влияние заболевания и наступающих в результате болезни ограничений, а также влияние самого лечения на жизнедеятельность больного. Наконец, собственно качество жизни: жалобы больного, его функциональные возможности, восприятие жизненных изменений, связанных с заболеванием, общее благополучие [2].

Качество жизни — понятие обобщающее, отражающее функциональное состояние организма человека в связи с болезнью. Снижение качества жизни не зависит от нозологической формы заболевания. Это способность человека функционировать в обществе соответственно положению и получать удовлетворение от жизни [4].

Акне влияет на качество жизни, часто независимо от объективного состояния пациентов: даже легкое акне может способствовать разви-

тию выраженной дисморфофобии, депрессии и даже быть причиной более тяжелых психических расстройств, провоцировать суицидальные попытки. По сравнению с другими хроническими заболеваниями акне оказывает более выраженное влияние на социальный и психологический компоненты качества жизни [1].

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения акне с применением системных и топических препаратов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 158 пациентов (80 девушек, 78 юношей) от 14 до 29 лет с диагнозом акне. Из них тяжелой степенью акне страдали 68 (43,0%) человек, средней — 47 (29,7%), легкая степень акне диагностирована у 31 (19,6%) пациента.

На основе различных дерматологических индексов оценки кожного процесса и качества жизни мы разработали анкету, которую использовали для изучения степени влияния акне на повседневную жизнь наших пациентов. Все анкетированные больные отметили неудовлетворенность своим внешним видом и отметили влияние акне на качество жизни. Снижение самооценки было указано 129 (82%) респондентами, 38 (24,0%) человек отметили влияние акне на поиск работы, 41 (25,9%) человек — на сексуальные отношения, 22 (13,9%) человека испытывали боязнь публичных выступлений из-за внешнего вида.

В зависимости от степени тяжести акне определялась начальная доза изотретиноина: при тяжелой степени — 30 мг, при средней степени — 20 мг в сутки. Системный ретиноид принимался больными вечером один раз в сутки. При достижении выраженного клинического эффекта доза системного ретиноида снижалась. При наличии большого количества пустул пациентам в течение 10–14 дней назначались системные антибиотики (азитромицин). Параллельно пациенты получали препарат цинка по 10 мг в сутки. Больные были разделены на 2 репрезентативные группы. Первая (основная) группа наблюдения (82 человека) дополнительно получала местное лечение: адапален с клиндамицином на 10–15 дней в форме геля. Затем рекомендовалось длительное использование этого геля. Вторая (сравнения) группа (76 человек) получала только изотретиноин.

В процессе лечения контролировалось состояние белой и красной крови, печени и почек. Лицам женского пола проводилось УЗИ органов малого таза (перед лечением), тест на беременность (перед лечением и ежемесячно). Все пациенты получали информацию о фотосенсибилизирующей способности ретиноидов, а женщины – и об их тератогенном действии, поэтому давали письменное согласие на прием данных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Заметное уменьшение количества пустулезных, папулезных элементов и комедонов, а также уменьшение воспаления на фоне лечения в основной группе наблюдалось в среднем через 12,5 недели. В группе сравнения данный результат достигнут лишь на 14-й неделе терапии. Лечение больных в первой группе составило в среднем 40 недель, тогда как во второй группе – 48 недель. Показатель социальной дезадаптации *CADI* после лечения в обеих группах снизился до 0,8 против 1,6 до лечения.

Отмечены побочные эффекты: сухость кожи и слизистых – у 145 (98%), хейлит – у 38 (24,1%), конъюнктивит – у 13 (20,5%) пациентов. Данные явления легко купировались увлажняющими средствами.

Изменения в показателях крови наблюдались у 2 больных (2,5%) на 22-й и 23-й неделях лечения (незначительное повышение уровня трансаминаз). Снижение дозы изотретиноина снизило показатели до нормальных. Во второй группе повышение уровня трансаминаз выявлено в 11 (14,5%) случаях, им также были снижены дозы препарата.

Реакция обострения наблюдалась среди всех больных, но у пациентов, получавших комплексное лечение (изотретиноин + топические препараты), она была выражена значительно меньше.

Результаты наблюдения за пролеченными больными в течение 1,5 года показали, что в первой группе не было ни одного случая рецидива заболевания, а во второй группе повторный курс лечения потребовался 3 (1,9%) больным.

Вывод. Акне является социально значимым заболеванием – более 90% наблюдаемых указыва-

ли на влияние данной патологии на их повседневную жизнь. Полученные результаты говорят о высокой терапевтической эффективности изотретиноина. Комплексное лечение с применением системных и топических препаратов помогло добиться более быстрого результата, более раннего снижения дозы изотретиноина, что, в свою очередь, способствовало заметному уменьшению риска побочных эффектов со стороны печени и рецидивов заболевания.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по ведению больных акне / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 28 с.
2. **Мартынов, А.А.** Качество жизни в дерматовенерологии: знание, сущность, возможности / А.А. Мартынов. – М.: Практика, 2008. – 83 с.
3. Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 928 с.
4. Дерматология: атлас-справочник / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульер [и др.]. – М.: Практика, 1999. – С. 3–11.
5. Обоснование комбинированной антибиотикотерапии угревой болезни / А.Д. Юцковский, Г.А. Наумчик, С.Н. Рахманова [и др.] // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – № 1. – С. 13–16.
6. Management of acne: a report from Global Alliance to Improve Outcomes in Acne / H. Gollnick, W. Cunliffe, D. Berson [et al.] // I. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – V. 49. – P. 1–37.
7. Inflammatory events are involved in acne lesion initiation / A.H. Jeremy, D.B. Holland, S.G. Roberts [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2003. – V. 121. – P. 20–27.

УДК 616.517-07

Е.В. Файзуллина, Г.М. Зинатулина, В.Х. Фазылов
МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ И РОЖЕЙ
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Файзуллина Елена Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Приведены результаты клинического наблюдения 45 больных микробной экземой и 31 – с сочетанием микробной экземы и рожи, получавших иммунокорригирующий препарат в составе комплексной терапии. У обследованных больных выявлен дисбаланс клеточного и гуморального иммунитета. Включение в лечение ксимедона способствовало нормализации показателей иммунитета и регрессу клинической картины.

Ключевые слова: микробная экзема, рожа, клеточный и гуморальный иммунитет, иммунокоррекция, ксимедон.

E.V. Faizullina, G.M. Zinatulina, V.Kh. Fazilov

METHOD OF THERAPEUTIC CORRECTION OF THE IMMUNOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH MICROBIAL ECZEMA AND ERYSIPELAS

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Faizullina Elena Vladimirovna — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article is devoted to the results of clinical observation of 45 patients with microbial eczema and 31 patients with microbial eczema combined with erysipelas receiving immune correction preparation as a part of complex treatment. The imbalance of cellular and humeral immunity was reveal in the patients. The application of ximедон reduced immune index and stabilized the clinical status of patients.

Key words: microbial eczema, erysipelas, cellular and humeral immunity, ximедон, immune correction.

В настоящее время на экзему приходится до 40% всех кожных заболеваний [11, 12, 14]. Число людей, страдающих экземой, постоянно растет. Чаще болеют городские жители (60–65%), реже сельские (30–35%). У 80–85% пациентов экзема носит распространенный диссеминированный характер [9].

Микробная экзема, так же как и рожа, имеет тенденцию к тяжелому течению и значительному распространению патологического процесса на коже, возникновению рецидивов [2, 13]. Наблюдается изменение клинического статуса пациентов в сторону утяжеления инфекции, развитию остаточных последствий в виде лимфостаза, ведущих к длительной нетрудоспособности и ранней инвалидизации. Заболевание склонно к рецидивированию, резистентности к общепринятым методам лечения [1, 6, 7, 9].

Рожа занимает значительное место в структуре инфекционной патологии взрослых, заболеваемость не имеет тенденции к снижению. Согласно данным литературы последних лет, рожа относится к числу наиболее распространенных стрептококковых инфекций [8, 13], а заболеваемость составляет 12–20 человек на 10 000 населения. Установлено, что женщины болеют рожей в 2 раза чаще, чем мужчины [4]. Первичная и рецидивирующая формы рожи регистрируются у женщин преимущественно в поздний репродуктивный (36–45 лет) и постменопаузальный (старше 50 лет) периоды, а у мужчин чаще в возрасте старше 50 лет [10, 13].

Ведущая роль в патогенезе сочетанного заболевания принадлежит иммунному воспалению в коже, развивающемуся на фоне подавле-

ния клеточного и гуморального иммунитета. Показатели иммунного статуса при роже характеризовались умеренным угнетением как *T*-клеточного звена (уменьшение абсолютного и относительного числа *T*-лимфоцитов, их активных субпопуляций), так и функциональной активности *B*-лимфоцитов при сохранении их абсолютного и относительного числа (снижение уровня сывороточных иммуноглобулинов классов *A*, *M*, *G*) [3]. При рецидивирующих формах рожи степень выраженности изменений в параметрах иммунного статуса возрастает. Показатели иммунного статуса при микробной экземе характеризуются клеточным иммунодефицитом по *T*-системе иммунитета, уменьшением общего числа функционально активных *T*-лимфоцитов, снижением общего числа *T*-клеток, изменением соотношения хелперных и супрессорных субпопуляций, в связи с чем количество *B*-лимфоцитов увеличено [11]. Именно *T*-лимфоцитарным иммунодефицитом объясняют в настоящее время первичную фазу сенсибилизации организма и/или кожи при экземоподобных состояниях [8]. Все вышеуказанное дает основание продолжить поиск новых эффективных видов лечения микробной экземы и рожи.

Нами для коррекции иммунного статуса пациентов с микробной экземой и рожей был сделан выбор в пользу ксимедона.

Ксимедон представляет собой 1-(β-оксиэтил)-4,6-диметил-1,2-дигидро-2-оксипиримидин и является одним из наиболее простых негликозидных аналогов пиримидиннуклеазидов. Приказом Минздрава РФ от 07.12.93 г. № 287 ксимедон был разрешен к применению в качестве регенеративного средства при иммуновоспалительных заболеваниях (рожа, микробная экзема, ожоговые пациенты и др.) и внесен в Реестр лекарственных средств РФ (ЛС-000045).

Цель исследования: выявить основные особенности иммунного статуса у больных микробной экземой и рожей в процессе комплексного лечения иммунокорригирующим препаратом ксимедоном.

Материал и методы. Обследованы 45 больных микробной экземой, 31 пациент с сочетанием микробной экземы и рожи (основная группа) и здоровые испытуемые (60 и 50 соответственно). Всем проведено иммунологическое исследование

клеточного и гуморального иммунитета до и после патогенетического лечения ксимедоном на 2-й и 14-15-й дни заболевания.

Результаты и их обсуждение. Пациенты с сочетанной патологией рожи и микробной экземы были в возрасте от 30 лет и старше, а наибольшее количество случаев наблюдалось в возрасте от 60 лет. В структуре заболевших преобладали женщины (67,7%). Возраст пациентов с микробной экземой колебался от 17 до 80 лет. Наибольшее количество случаев наблюдалось в старшей возрастной группе (от 30 до 70 лет). Женщины в этом возрасте болеют чаще мужчин в 2,5 раза (71,1% и 28,9% соответственно).

При всех формах заболевания процесс локализовался на нижних конечностях (100%). Преобладающая форма рожи – эритематозная (45,7%), эритематозно-буллезная – у 19,6%, эритематозно-геморрагическая – у 21,7% больных, буллезно-геморрагическая – 13,0%. У всех пациентов наблюдалась рецидивирующая форма рожи, в том числе часто рецидивирующая. Преобладающей формой микробной экземы были микотическая (50,0%) и варикозная (21,7%). Микоз стоп наблюдался у 50,0% пациентов, сахарный диабет – у 6,5%. У 6,45% больных имелась трофическая язва голени (тяжелая степень течения болезни), у 17,4% наблюдались аллергии.

У пациентов с микробной экземой в 61,7% случаев кожный процесс локализовался на нижних конечностях, у 20,0% – на коже туловища и конечностей (распространенная форма), у 18,3% – на коже верхних конечностей. Среди больных микробной экземой 50,0% пациентов имели микотический характер поражения, у 26,7% наблюдалась варикозная экзема, паратравматическая и монето-видная – у 25,0% и 16,6% соответственно. Осложнения на фоне заболевания микробной экземой и рожей были в виде трофических язв у 5 пациентов (8,3%), аллергидов – у 12 пациентов (20,0%).

До начала патогенетической терапии у больных микробной экземой выявлено снижение содержания *T*-лимфоцитов (*CD3*) и *T*-хелперов (*CD4*) ($38,12 \pm 1,19\%$ и $18,25 \pm 1,5\%$ соответственно), уровень *CD8* и содержание *NK*-клеток (*CD16*) были снижены ($9,95 \pm 1,3\%$ и $7,39 \pm 1,25$ соответственно). Концентрации *Ig A* и *G* были достоверно повышены ($2,48 \pm 0,27$ и $17,15 \pm 1,46$ соответственно).

Комплексное лечение пациентов с микробной экземой ксимедоном улучшило интегративные показатели гуморально-клеточного иммунитета. В частности, общие *T*-лимфоциты (*CD3*) составили в периоде реконвалесценции $48,9 \pm 1,78$ ($p < 0,05$), *T*-супрессоры (*CD8*) – $11,94 \pm 1,1$ ($p < 0,05$) и приблизились к показателям здоровых лиц.

Вывод. Применение иммунокорригирующего препарата ксимедона в составе комплексной терапии у больных микробной экземой и с сочетанием микробной экземы и рожи является вариантом дополнительной патогенетической терапии, способствует улучшению показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Исследование иммунологических параметров у 30 больных микробной экземой после проведения патогенетической терапии с включением ксимедона выявило увеличение содержания *CD3*- и *CD4*-клеток ($48,9 \pm 1,78\%$ и $24,2 \pm 1,15\%$ соответственно) с достоверностью $p < 0,05$.

Список литературы

1. Айзятюлов, Р.Ф. Клиническая дерматология / Р.Ф. Айзятюлов. – Донецк: Донецчина, 2002. – С. 9–11, 284–299.
2. Белоусова, Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации / Т.А. Белоусова // Российский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. – № 27. – С. 1538–1542.
3. Гилмуллина, Ф.С. Функционально-метаболическая активность нейтрофилов при роже / Ф.С. Гилмуллина, В.Х. Фазылов, А.И. Загидуллина // Казанский медицинский журнал. – 1995. – Т. 76. – № 4. – С. 330–332.
4. Еровиченков, А.А. Особенности современной клиники рожи как варианта течения стрептококковой инфекции / А.А. Еровиченков, Н.И. Брико, А.А. Горобченко // Врач. – 2004. – № 2. – С. 32–34.
5. Иванов, Е.В. Варикозная экзема: этиология, патогенез и диагностика. Часть I / Е.В. Иванов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – № 1. – Т. 11. – С. 75–78.
6. Ковтун, Э.А. Иммунные и нейрорегуляторные нарушения и их коррекция у больных рожей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э.А. Ковтун. – СПб., 2008.
7. Маркова, О.Н. Микробная экзема: клиника, патогенез и принципы лечения / О.Н. Маркова // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 7. – С. 23–25.
8. Потекаев, Н.С. Экзема: аспекты истории и современные представления / Н.С. Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 4. – С. 102–107.
9. Ратникова, Л.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи на современном этапе / Л.И. Ратникова, А.Н. Жамбурчинова, Н.Н. Лаврентьева // Инфекционные болезни. – 2006. – Т. 4. – № 4. – С. 74–77.
10. Родина, Ю.А. Иммунокорригирующая терапия идиопатической экземы / Ю.А. Родина, Ю.С. Бутов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 3. – С. 32–34.
11. Иммунологические аспекты патогенеза рожи в сочетании с микробной экземой / В.Х. Фазылов, Ф.С. Гилмуллина, В.Т. Куллин [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2000. – № 5. – С. 13–14.

12. Relation between patients and physicians severity assessment of occupational hand eczema / R.S. Cvetkovski, H. Jensen, J. Olsen [et al.] // British Journal of Dermatology. – 2005. – V. 153. – P. 596–600.

13. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulites): coesec-control study / A. Dupuy, H. Benchikhi, J.-C. Roujeau [et al.] // Brit. Med. J. – 1999. – V. 318 (7198), № 12. – P. 1591–1594.

14. Meding, B. Hand eczema in Swedish adults – changes in prevalence between 1983 and 1996 / B. Meding, B. Jarvholm // J. Invest. Dermatol. – 2002. – V. 118. – P. 719–723.

УДК 616.5-002.3:616.895.8:615.03

Л.А. Юсупова, З.Ш. Гараева, Е.И. Юнусова,
Г.И. Мавлютова

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНИЧКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ, КОМОРБИДНЫМИ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия МЗ РФ», Республика Татарстан

Юсупова Луиза Афгатовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Проведено клинико-иммунологическое обследование 80 больных гнойничковыми заболеваниями кожи, коморбидными с шизофренией, в возрасте от 18 до 70 лет. При изучении иммунного статуса выявлены достоверные изменения звеньев иммунитета. Включение димефосфона в комплексную терапию гнойничковых заболеваний кожи у больных шизофренией способствует улучшению клинического течения, повышает качество их жизни.

Ключевые слова: димефосфон, гнойничковые заболевания кожи, шизофрения.

L.A. Yusupova, Z.Sh. Garaeva, E.I. Yunusova,
G.I. Mavlyutova

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PUSTULAR SKIN DISEASES COMORBID WITH SCHIZOPHRENIA

Kazan State Medical Academy, Republic of Tatarstan

Yusupova Luisa Afgatovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology

A clinical-immunological study included 80 patients aged 18 to 70 years with pustular skin disorders comorbid with schizophrenia. The study of the immune status of these patients revealed significant changes in components of immunity. Using dimephosphone in the complex therapy of pustular skin diseases in patients with schizophrenia contributes to the improvement of the clinical course, improves the patients' quality of life.

Key words: dimephosphone, pustular skin diseases, schizophrenia.

На современном этапе развития здравоохранения наблюдается высокая распространенность коморбидности – наличия у пациента, в частности, страдающего шизофренией, нескольких

расстройств одновременно [3, 7, 8, 10]. Нарушение функционирования иммунной системы является одним из факторов развития пиодермий – группы заболеваний кожи, вызываемых гнойными микроорганизмами, главным образом стафилококками, стрептококками, реже иными (псевдомонозная инфекция и др.) [2]. Распространенность пиодермии у больных с психическими и поведенческими расстройствами составляет 17% [6]. В литературе имеются сведения только об отдельных иммунных показателях, и в целом нет достаточных данных для объективной оценки эффективности иммунокоррекции [9]. Важной проблемой остается принцип выбора иммунокорректирующих лекарственных средств в зависимости от клинико-иммунологических особенностей гнойничкового заболевания, а также критерии выбора иммуномодуляции той или иной направленности. Рост заболеваемости пиодермией у больных шизофренией, резистентность отдельных клинических форм к терапии, развитие инвалидизирующих осложнений определяют актуальность проблемы и диктуют необходимость более углубленного изучения их патогенеза для совершенствования методов лечения и профилактики.

Целью исследования явилось обоснование целесообразности применения димефосфона в комплексной терапии больных гнойничковыми заболеваниями кожи, коморбидными с шизофренией.

Материал и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 110 больных гнойничковыми заболеваниями кожи (ГЗК), коморбидными с шизофренией, в возрасте от 18 до 70 лет, среди которых женщин было 28,2%, мужчин – 71,8%, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице им. акад. В.М. Бехтерева. Больные были разделены на две группы. Основную группу обследованных составили 40 больных ГЗК, коморбидными с шизофренией, которым на фоне базисной терапии кожного заболевания (гипосенсибилизирующие, антибактериальные препараты, витамины), психотропного лечения назначался димефосфон внутрь по 30 мг/кг 3 раза в день после еды в течение 2 недель. Больные группы сравнения (40 человек) получали базисную и психотропную тера-

пию. Для сравнения полученных результатов с нормой мы использовали контрольную группу (30 человек), состоящую из здоровых лиц, не имеющих кожных и психических заболеваний. Показатели иммунного статуса определяли до лечения и после него. В качестве основных методов исследования использовались: клинический, иммунологический, статистический.

Результаты клинико-иммунологического исследования обработаны методами математической статистики. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ *STATISTICA 6,0*. Для оценки достоверности разности средних величин определяли коэффициент Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В основной группе больных мужчин было в 2,5 раза больше, чем женщин, преобладали лица возрастной группы от 30 до 49 лет (54,2%).

Проведенное исследование показало, что в группе сравнения 47,5% больных находились в фазе обострения шизофрении. В структуре психопатологической картины обострения бредовый вариант составлял 7,5% наблюдений, галлюцинаторно-бредовый – 22,5%, галлюцинаторный – 12,5%. В единичных случаях регистрировался аффективный синдром. Фаза ремиссии и становления ремиссии шизофрении установлена в 52,5% наблюдений. У 57,5% больных этой группы зарегистрированы экстрапирамидные синдромы легкой и средней степени выраженности. Резистентность к проводимой психофармакотерапии зарегистрирована у 22,5% обследуемых.

По результатам иммунологического обследования общее количество лейкоцитов в периферической крови у больных в обеих группах до лечения было понижено. После лечения у больных группы сравнения наблюдалась тенденция к повышению количества лейкоцитов. В процессе терапии димефосфоном регистрировалось повышение этого показателя на 14,16%, $p < 0,01$. Абсолютное количество лимфоцитов, сниженное в группе сравнения, после терапии было значимо повышено на 21,77%, но не достигало уровня здоровых. Димефосфон приводил к повышению абсолютного количества лимфоцитов на 39,4%, $p < 0,001$.

Лечение больных группы сравнения не оказывало значимого влияния на количество нейтрофи-

лов, повышенное до лечения. После завершения комплексной терапии пациентов с применением димефосфона абсолютное количество нейтрофилов повысилось на 20,5% ($p < 0,01$). После лечения больных группы сравнения показатель фагоцитарного числа не менялся. Курс терапии с применением димефосфона достоверно повышал показатель фагоцитарного числа на 29,21% ($p < 0,05$) и он статистически не отличался от значений здоровых лиц. После проведенного курса базисной терапии не наблюдалось нормализации активности комплемента. Димефосфон в сочетании с базисной терапией достоверно снижал активность комплемента на 38,3% ($p < 0,01$).

Изучение показателей клеточного звена иммунитета у больных ГЗК, страдающих шизофренией, выявило, что после проведенного лечения средствами базисной терапии не корректировались сниженные до лечения как количество $CD4^+$ лимфоцитов (лф), так и $CD8^+$ лф. Курс терапии димефосфоном повысил сниженные до лечения $CD3^+$ лф на 35,77%, $CD8^+$ лф – на 25,84%, $CD4^+$ лф – на 51,74% ($p < 0,001$) и полностью нормализовал количество $CD8^+$ лф и $CD4^+$ лф.

Курс лечения димефосфоном повышал содержание $Ig A$ и $Ig G$ в 1,95 и 1,98 раза соответственно ($p < 0,001$). Во всех группах в процессе лечения уровень $Ig M$ не менялся.

В процессе лечения больных ГЗК, коморбидными с шизофренией, при значительном улучшении в группе сравнения исчезновение признаков воспаления (регрессия и отсутствие появления новых гнойных, пустулезных элементов) наблюдалось в течение $9 \pm 0,26$ дня, а в основной группе больных – в течение $5 \pm 0,45$ дня на фоне нормализации иммунологических показателей ($p < 0,001$). При улучшении отмечалось отчетливое уменьшение признаков воспаления в течение $11 \pm 0,28$ дня в группе сравнения и $7 \pm 0,51$ – в основной группе с положительной лабораторной динамикой ($p < 0,001$). В течение 6 месяцев у больных шизофренией не было повторных обострений по поводу кожного заболевания.

Применение в комплексной терапии представителя малотоксичных фосфорорганических веществ – димефосфона на фоне психотропной терапии у больных позволило выявить его влияние на иммунную систему, обуславливающее

положительную динамику клинического течения заболевания.

Больные ГЗК, коморбидными с шизофренией, хорошо переносили лекарственную терапию, не отмечали нежелательных лекарственных реакций при использовании димефосфона. Этот препарат оказался совместимым с другими лекарственными средствами, в том числе с психотропными. Впервые обоснована возможность использования его иммуномодулирующего действия у данной категории больных. Проведенные исследования убедительно доказывают общую концепцию [3, 5], что иммунная система вовлечена в патогенез заболевания как шизофрении, так и пиодермии.

Вывод. Таким образом, у больных шизофренией с сопутствующими ГЗК димефосфон позволяет добиться значительного улучшения кожного статуса (регрессия и отсутствие появления новых гнойных, пустулезных элементов) на 4–5 дней раньше (в группе больных, получавших димефосфон, $p < 0,001$), клинического улучшения в психическом статусе у 62,5% больных. Иммуномодулирующий эффект димефосфона проявляется нормализацией уровня sL-селектина и показателей клеточного звена иммунитета: CD3+ лф, CD4+ лф, CD8+ лф. Димефосфон хорошо переносится больными, в том числе пожилого возраста, и может применяться не только в стационаре, но и амбулаторно. Высокая терапевтическая активность димефосфона, отсутствие побочных эффектов при его применении позволяют рекомендовать этот препарат для лечения больных шизофренией с сопутствующими ГЗК разных возрастных групп, в том числе при сопутствующей патологии.

Список литературы

1. Диагностика параметров иммунитета больных шизофренией в течение заболевания / В.Я. Семке [и др.] // Клиническая психонейроиммунология. – Томск: ООО «Изд-во РАСКО», 2003. – 300 с.
2. Новоселов, В.С. Пиодермии / В.С. Новоселов, Л.Р. Плиева // Российский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 5. – С. 327–335.
3. Смулевич, А.Б. Вялотекущая шизофрения в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 3–12.
4. Сорокина, Е.В. Особенности иммунного статуса у больных пиодермией / Е.В. Сорокина, Е.А. Курбатова, С.А. Масюкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 5. – С. 4–10.
5. Состояние механизмов циркуляторного обеспечения головного мозга у больных с церебральными опухолями и фармакологическая реабилитация их нарушений / В.И. Данилов [и др.] // Неврологический вестник – 1994. – Вып. 1–2. – С. 22–24.

6. Юсупова, Л.А. Современные аспекты диагностики и фармакотерапии хронических дерматозов у больных с психическими и поведенческими расстройствами: монография / Л.А. Юсупова, Р.Х. Хафизьянова. – Казань: Новые знания, 2005. – 264 с.

7. Abbot, N.J. Inflammatory mediators and modulation of blood-brain barrier permeability / N.J. Abbot // Cell. Mol. Neurobiol. – 2000. – № 2. – P. 131–147.

8. Degradation of glycosaminoglycans and fibronectin on endotoxin-stimulated endothelium by adherent neutrophils – relationship to CD11b/CD18 and L-selectin expression / N.J. Klein [et al.] // J. Infect. Dis. – 1993. – № 4. – P. 890–898.

9. Retroviral RNA identified in the cerebrospinal fluids and brains of individuals with schizophrenia / H. Karlsson [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2001. – № 98. – P. 4634–4639.

10. Serum antibodies reactive with nonhuman primate retroviruses identified in acute onset schizophrenia / E.P. Lillehoj [et al.] // J. Neurovirol. – 2000. – № 6. – P. 492–497.

УДК 616. 054.3/:616-057.3

Р.М. Абдрахманов, А.Г. Мисбахова,
Б.В. Халилов, А.Р. Абдрахманов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Абдрахманов Расим Миндрахманович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Показана клиническая и лабораторная эффективность комбинации импульсной локальной отрицательной баротерапии и медикаментозной химиотерапии в лечении некоторых видов грибковых инфекций кожи.

Ключевые слова: дерматомикозы, фунгицидная терапия, импульсная локальная отрицательная баротерапия.

R.M. Abdrakhmanov, A.G. Misbakhova,
B.V. Khalilov, A.R. Abdrakhmanov

NEW TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF SOME FORMS OF FUNGAL DISEASES OF THE SKIN

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Abdrakhmanov Rasim Mindrakhmanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology

The article shows clinical and laboratory efficiency of the combination of impulse local negative barotherapy and chemotherapy in treatment of some forms of fungal infections of the skin.

Key words: dermatomycosis, fungicide therapy, impulse local negative barotherapy.

За последние десятилетия отмечается повышение роста заболеваемости микозами как в России, так и в других странах. По статистическим данным, до 20% жителей страдает дерматомикозами [1].

Анализ публикаций по лечению микозов свидетельствует о том, что, несмотря на обилие рекомендуемых способов и методов терапии данного заболевания, поиск универсального средства, применение которого быстро, без побочных эффектов обеспечивало бы 100% клинико-этиологический эффект, остается безуспешным [2].

История лечения грибковых заболеваний кожи длительное время была связана с наружными средствами. В настоящий момент наружная противогрибковая терапия остается наиболее широко применяемым методом лечения и является естественно показанной при микозах кожи без вовлечения в патологический процесс ее придатков [3]. Однако нарастающая устойчивость возбудителей микозов к антимикотикам диктует важность выбора оптимальной тактики лечения этих заболеваний.

Очевидной проблемой терапии является широкое и не всегда оправданное назначение химиопрепаратов, применение которых часто сопровождается развитием аллергических реакций, подавлением иммунитета, появлением антибиотикорезистентной микрофлоры, а также развитием дисбиоза кишечника. При многокомпонентном лечении возникает необходимость проведения превентивных мероприятий для устранения или уменьшения выраженности побочных эффектов, ограничения негативного влияния на отдельные органы и системы организма. В связи с этим для оптимизации традиционных методов лечения актуальным является поиск качественно новых методов, обеспечивающих влияние на основные патогенетические звенья заболевания, обладающих высокой эффективностью при минимальном уровне побочных эффектов, способных предупреждать или устранять нежелательные явления базисной терапии.

Для хронического воспаления кожи характерно нарушение функции микроциркуляторного русла в очаге поражения. В норме микроциркуляция кожи представлена как капиллярной сетью, так и шунтами, то есть системой альтернативных каналов, имеющих большое значение в обменных процессах, в том числе и лекарственных. Путем ускорения или замедления кровотока в микроциркуляторном русле возможна регуляция доставки лекарственных средств в очаг поражения кожи. Кроме того,

важна роль микрососудистой сети для проницаемости кожи. Управляемость проницаемостью кожи имеет большое значение при местном использовании лекарственных средств.

Представляется возможным решение проблемы регуляции функции микроциркуляторного русла применением управляемого локального импульсивного отрицательного давления в очагах поражения кожи. Физиологические сдвиги и положительные эффекты влияния локального отрицательного давления связаны с мощным воздействием на периферическое крово- и лимфообращение, регионарное движение межтканевой жидкости в данной области в целом. Это вызывает интенсификацию обмена веществ, мобилизацию центрального и периферического механизмов кровообращения. В условиях физиологического стресса увеличивается площадь транскапиллярного обмена веществ (в том числе и лекарственных), улучшается функция плазматических мембран и трофика тканей в целом. Все это вместе интенсифицирует обменные процессы в клетке, а в тканях, подвергнутых воздействию локального отрицательного давления, происходит усиление метаболизма и биоэнергетических процессов. Саногенное действие локального отрицательного давления на воспалительные процессы на коже определяется тем, что во время лечебных сеансов к коже притекает повышенное количество насыщенной лекарственными веществами артериальной крови. Резко возрастает метаболизм в тканях кожных покровов, что способствует ликвидации дегенеративных и воспалительных изменений на коже.

Цель исследования: оценить клиническую и лабораторную эффективность комбинации импульсной локальной отрицательной баротерапии и медикаментозной химиотерапии в лечении некоторых видов грибковых инфекций кожи.

Материал и методы. За время исследовательской работы было обследовано 1880 больных с различными дерматозами. Грибковые поражения кожи выявлены у 582 больных, определяя 31,0%, то есть почти у каждого третьего больного дерматозами было диагностировано грибковое поражение кожи. В разработку для научно-исследовательской работы нами, согласно критериям отбора, было включено 130 человек, больных грибковыми заболеваниями кожи.

Наиболее часто встречались микозы стоп в возрасте 40–49 лет – 48 случаев (36,9%), далее в возрасте 30–39 (27,7%). Наименьшее число больных в возрасте до 20 лет – 4 случая (3,1%). В возрасте более 50 лет микозы выявлены в 32 случаях (24,6%). Выявлено, что основными возбудителями микозов стоп являются *Trichophyton rubrum* – 59 человек (45,3%), далее *Trichophyton interdigitale* – 52 (40,1%), дрожжеподобные грибы – 9 (6,9%), плесневые грибы – 2 (1,5%). Смешанная грибковая инфекция отмечена в 8 случаях (6,2%). Таким образом, в подавляющем проценте случаев этиологической причиной микозов стоп являются грибы рода *Trichophyton spp.*, обуславливая более 85% случаев микозов стоп. Бактериальными возбудителями при осложненных формах микозов стоп были: *Staphylococcus aureus* – в 38,1% случаев, *Staphylococcus pyogenes* – в 28,6%, *Staphylococcus viridians* – в 9,5%, *Pseudomonas aeruginosa* – в 7,9%, сочетание *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus viridians* – в 12,7%, *Staphylococcus pyogenes* и *Pseudomonas aeruginosa* – в 3,2% случаев. Наиболее часто встречалась сквамозная форма микозов стоп, причем как у мужчин, так и у женщин, определяя 45 случаев (34,6%), далее по значимости интертригинозная форма – 39 случаев (30,0%), сквамозно-гиперкератотическая – 17 (13,1%). Меньше всего диагностировалась дисгидротическая форма – 8 случаев (6,2%). Смешанные формы определялись в 21 случае (16,1%). Необходимо отметить, что существенной разницы по клиническим формам у мужчин и женщин в количественном отношении не было. Клинические проявления были примерно одинаковыми.

На больных основной группы (100 человек) изучалась эффективность импульсной локальной баротерапии на фоне базисной противогрибковой терапии. В нее вошли 34 человека (34,0%) со сквамозной формой микоза стоп, 30 (30%) – с интертригинозной формой, 6 (6%) – с дисгидротической, 13 (13%) – сквамозно-гиперкератотической и 16 (16%) – смешанными формами микозов стоп.

В группе сравнения, состоящей из 30 человек, 11 пациентов были со сквамозной формой (36,7%), 9 – с интертригинозной формой (30,0%), 2 – дисгидротической формой (6,7%), 4 – сква-

мозно-гиперкератотической (13,3%) и 4 – смешанными формами микоза стоп (13,3%).

Таким образом, соотношение различных форм микозов в исследованных группах было примерно одинаковым.

Базисная противогрибковая терапия в обеих группах проводилась согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2010 г.).

В основной группе, помимо базисной терапии, использовали метод импульсной локальной отрицательной баротерапии, суть которой заключалась в следующем: барокамера накладывается на необходимый участок воздействия с предварительно нанесенным лекарственным средством. Затем создается отрицательное давление, которое меньше атмосферного на 150–300 мм рт. ст. При этом, в силу разности давления и, следовательно, усиленного притока крови в кожу, начинают активно функционировать капилляры, улучшается функция микроциркуляторного русла. Путем искусственного ускорения или замедления кровотока в микроциркуляторном русле возможна доставка лекарственных средств адресно в очаг поражения кожи.

Результаты и их обсуждение. Эрадикация грибов с очагов поражения в основной группе произошла в среднем на 7-й день лечения ($6,9 \pm 1,2$), в группе сравнения – на 11-й день лечения ($11,1 \pm 1,1$). В основной группе санация произошла в среднем на $4,1 \pm 0,9$ дня быстрее, чем в группе сравнения. Положительная динамика регресса эритемы в обеих группах началась на 2-й день лечения.

Полный прогресс эритемы в основной группе наступил в среднем через $8,2 \pm 1,1$ дня от начала терапии, в группе сравнения – $7,8 \pm 0,8$ дня, то есть в основной группе эритема регрессировала на $0,4 \pm 0,1$ дня позже, что объясняется начальным раздражающим действием локальной импульсной баротерапии, вызывающим прилив крови к подвергаемому воздействию участку кожи. Прекращение процесса шелушения кожи при лечении произошло в основной группе в среднем на 5-й день лечения ($5,2 \pm 0,8$), в группе сравнения – на 10-й день ($9,8 \pm 1,2$), что на $4,4 \pm 0,8$ дня раньше, чем в группе сравнения. Эпителизация эрозий у больных микозами стоп происходила

в среднем через $7,2 \pm 2,1$ дня лечения в основной группе и $9,8 \pm 1,8$ дня в группе сравнения. Эпителизация эрозий началась в обеих группах после 2-го дня от начала лечения и закончилась в основной группе через $7,2 \pm 1,8$ дня, а в группе сравнения – $9,8 \pm 1,6$ дня. Таким образом, полная эпителизация эрозий в основной группе наступила на $2,4 \pm 0,8$ дня раньше, чем в группе сравнения. Эпителизация поверхностных трещин в основной группе произошла в среднем на 7-й день лечения ($6,8 \pm 1,2$), в группе сравнения – в среднем на 9-й день ($8,9 \pm 1,8$). В основной группе эпителизация поверхностных трещин наступила на $9,1 \pm 0,2$ дня раньше, чем в группе сравнения. Заживление глубоких трещин кожи стоп произошло в основной группе примерно на 10-й день лечения ($9,6 \pm 1,2$), в группе сравнения – на 14-й день ($14,1 \pm 0,9$). Полная эпителизация глубоких трещин в основной группе достоверно происходила в среднем на 10-й день лечения ($10,1 \pm 0,8$), в группе сравнения – на 14-й день ($13,9 \pm 1,1$), что на $3,8 \pm 0,4$ дня раньше.

Во время аппаратного лечения микозов стоп побочные эффекты в виде покраснения отметили 6 пациентов (6,0%), в виде чувства покалывания – 5 пациентов (5,0%), в виде появляющейся небольшой боли – 1 пациент. Однако эти эффекты носили транзиторный характер и исчезали через 3-4 часа после окончания процедуры.

В работе большое внимание уделялось оценке качества жизни и ее динамике в процессе лечения. Это дало возможность стандартизировать и оценить также и субъективные факторы, касающиеся переживаний, поведения пациента, чтобы привлечь их к оценке течения заболевания и эффективности терапии. В нашем исследовании был использован дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) – «*Dermatology Life Quality Index*» (DLQI). Дерматологический индекс качества жизни нами адаптирован для пациентов с микозами стоп. Анкеты раздавались больным до начала лечения, сразу после окончания лечения, через 7 и 14 дней после окончания лечения.

Среднее значение ДИКЖ у больных микозами стоп до лечения в основной группе составило $15,9 \pm 5,1$ балла (максимальная сумма баллов – 27, минимальная – 7). В группе сравнения средний

показатель до лечения был $15,3 \pm 5,8$ балла (максимальное значение – 27, минимальное – 2).

Сразу после окончания лечения дерматологический индекс качества жизни в основной группе составил $8,1 \pm 0,3$ балла, в группе сравнения – $11,2 \pm 0,4$ балла; через 7 дней после окончания лечения в основной группе – $3,0 \pm 0,8$ балла, в группе сравнения – $8,1 \pm 0,4$ балла; через 14 дней после окончания лечения в основной группе – $1,1 \pm 0,2$ балла, в группе сравнения – $3,5 \pm 0,1$ балла.

Качество жизни в процессе лечения улучшилось в обеих группах. Это подтверждается достоверным уменьшением средних показателей ($p < 0,01$) дерматологического индекса качества жизни. Но у пациентов основной группы оно было значительно быстрее.

При определении общей оценки результатов лечения, выявлено, что в основной группе:

- в 56,8% случаев эффект регистрировался как «отличное улучшение», что подразумевало уменьшение на 75% и более признаков и симптомов заболевания по сравнению с исходным уровнем;
- в 30% отмечено «хорошее улучшение» (уменьшение на 50–75% признаков заболевания и симптомов по сравнению с исходным уровнем);
- в 12% случаев было отмечено «умеренное улучшение» (уменьшение на 50% признаков и симптомов заболевания по сравнению с исходным уровнем);
- в 1,2% процесс оценивается как «без улучшения» (отсутствие уменьшения признаков и симптомов заболевания по сравнению с исходным уровнем).

В группе сравнения отмечено:

- в 42% случаев отмечено «отличное улучшение», что на 14,8% ниже аналогичного результата в основной группе;
- 32% отмечено «хорошее улучшение», что на 2,0% выше такого же результата в основной группе;
- в 16% отмечено «хорошее улучшение», что на 4% выше такого же показателя в основной группе;
- 10% отмечен результат «без улучшения», что на 8,8% выше аналогичного в основной группе.

Вывод. При сочетании импульсной локальной отрицательной баротерапии и базисной противогрибковой терапии наблюдался феномен

потенцирования их терапевтического эффекта и эффект процедуры усиливается. Это позволяло снизить массивность химиотерапии и тем самым уменьшить вероятность возникновения побочных явлений и осложнений.

Список литературы

1. **Климко, Н.Н.** Микозы: диагностика и лечение: руководство для врачей / Н.Н. Климко. – М.: Премьер–МТ, 2007. – 336 с.
2. **Кубанова, А.А.** Результаты многоцентрового скринингового исследования этиологической структуры возбудителей онихомикоза в Российской Федерации / А.А. Кубанова, Н.В. Фриго // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 4. – С. 6–11.
3. **Сергеев, В.Ю.** Онихомикозы: современные подходы к лечению / В.Ю. Сергеев, Е.И. Касихина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 5. – С. 117–124.

УДК 616.596-007.2(470.51)

М.В. Бабушкина, Р.М. Загртдинова, С.Д. Карамова

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ОНИХОДИСТРОФИЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Бабушкина Мария Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; **Загртдинова Ризид Миннесагитовна** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; **Карамова Сельби Довлетовна** — клинический ординатор кафедры дерматовенерологии

Под наблюдением находились 386 человек с неспецифическими заболеваниями ногтей. Основными факторами, способствующими развитию неспецифических ониходистрофий, являлись нарушения питания, стрессовые ситуации, частое использование лака для ногтей, курение, частый контакт с моющими средствами, ношение неудобной обуви. Из сопутствующей патологии внутренних органов большое значение имели хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни сердечно-сосудистой системы и эндокринные нарушения.

Ключевые слова: ониходистрофии, заболевания ногтей, факторы риска.

M.V. Babushkina, R.M. Zagrtdinova, S.D. Karamova

RISK FACTORS IN DEVELOPMENT OF NONSPECIFIC ONYCHODYSTHROPHY IN THE UDMURT REPUBLIC

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Babushkina Maria Viktorovna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; **Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Karamova Selbi Dovletovna** — Intern of the Department of Dermatology and Venereology

386 patients with nonspecific nail diseases were observed. The main factors that contribute to nonspecific onychodystrophy were unbalanced nutrition, stress, frequent use of nail polish, smoking, frequent contact with detergents, and wearing uncomfortable shoes. The most influential internal organs pathologies were chronic diseases of digestive tract, cardiovascular and endocrine systems.

Key words: onychodystrophy, nail diseases, risk factors.

Ониходистрофии представляют собой трофические изменения ногтевой пластинки, ногтевого ложа и ногтевых валиков, развивающиеся под влиянием экзогенных и эндогенных факторов [1]. От 30 до 50% всех онихопатий приходится на грибковую инфекцию, в остальных случаях поражения ногтевого аппарата являются неинфекционными [3]. Из внешних факторов, помимо микотического поражения, следует выделить химические агенты и механическое воздействие, из эндогенных — нарушение кровоснабжения, нейрорегуляции, иммунологические и токсические факторы [1–4].

Онихопатии могут быть самостоятельным заболеванием, частью симптомокомплекса различных дерматозов или соматических болезней [1–3]. При ониходистрофиях могут выявляться гипертрофические, атрофические и нормотрофические изменения, сопровождающиеся в ряде случаев изменением окраски ногтевых пластин [1]. Изменения формы, структуры и цвета ногтевых пластинок часто приводят к функциональным и психоэмоциональным проблемам и снижают качество жизни больных [3].

Целью исследования являлась оценка факторов, способствующих развитию неспецифических ониходистрофий в Удмуртской Республике.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 386 человек с неспецифическими заболеваниями ногтей. Проводился полный осмотр для исключения кожных заболеваний, микроскопическое исследование — для исключения микотической инфекции, консультация специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог, кардиолог) по показаниям. Возраст обследованных варьировал от 7 до 74 лет, женщин было 66,0%, мужчин — 34,0%. Для оценки полученных результатов пациенты были разделены на 3 возрастные группы: до 20 лет (147 человек), от 20 до 40 лет (122 человека) и старше 40 лет (117 человек).

Результаты и их обсуждение. В первую группу входили 147 больных, из них 34,0% муж-

чин и 66,0% женщин, средний возраст которых составлял 11,9 года. У большинства больных (34,0%) преобладала приобретенная лейконихия, которая была представлена двумя формами: пятнистой (74,8%) и точечной (25,2%). Поперечная борозда (борозда Бо) наблюдалась у 19,0% обследованных. Продольная борозда ногтей наблюдалась у 27,2% пациентов. Онихошизис был диагностирован у 14,3% пациентов. Онихолизис травматический наблюдался у 4,8% больных. Онихофагия наблюдалась у 2,0% обследованных. Койлонихия была выявлена у 1 человека и имела наследственный характер.

Способствующими факторами развития неспецифических ониходистрофий в первой возрастной группе 84,3% больных считали нарушения питания (соблюдение низкокалорийной диеты, недостаточное поступление углеводов и пищевых волокон), 64,6% – стрессовые ситуации, 40,8% – частое использование лака для ногтей, 21,8% – курение, 10,2% – частое наращивание ногтей, 9,5% – травмирование при маникюре, ношение неудобной обуви, наследственный путь передачи ониходистрофии отметили по 0,7% пациентов.

Сопутствующей патологией у больных первой группы явились: хронический гастрит – у 51,7% пациентов, дискинезия желчевыводящих путей – у 4,8%, холецистит – у 2,7%, пролапс митрального клапана – у 2,0%, гипертиреоз и сахарный диабет – по 0,7%.

Во второй возрастной группе пациентов было 122 (31,6%) человека, из них мужчин – 36,9%, женщин – 63,0 %. Средний возраст больных составлял 22,8 года. Поперечная борозда наблюдалась у 25,4%, продольная борозда выявлена у 30,3% обследованных. Приобретенная лейконихия диагностирована у 22,0% больных, из них точечная – у 33,0%, пятнистая – у 67,0% заболевших. Онихошизис наблюдался у 14,0% человек, онихолизис – у 7,4%. Срединная каналиформная дистрофия ногтей обнаружена у 0,8% больных, имел место наследственный путь передачи ониходистрофии.

Способствующими факторами развития ониходистрофий больные второй группы считали нарушение питания (83,0%), стрессовые ситуации (76,0%), курение (60,0%), постоянный контакт с моющими средствами (50,0%), частое

использование лака для ногтей (20,0%), частое наращивание ногтей (20,0%), травмирование при маникюре (9,0%), травмы дистальных фаланг пальцев (5,0%), наследственный тип передачи отмечен у 0,8% человек.

Сопутствующей патологией у больных второй группы явились: хронический гастрит (77,0%), дискинезия желчевыводящих путей (18,0%), хронический панкреатит (13,0%), хронический холецистит (11,0%), гипертиреоз (3,2%), хронический дуоденит и узловой токсический зоб (по 1,6% человек), диффузным токсическим зобом, аутоиммунным тиреоидитом и сахарным диабетом страдали по 0,8% больных.

В третьей возрастной группе было 117 человек, из них мужчин – 32,5%, женщин – 67,5 %. Средний возраст пациентов составлял 55,4 года.

Ногти в форме ракетки наблюдались у 12,0% человек, онихогрифоз – у 23,0%, онихошизис – в 29,0% случаев. Борозда Бо выявлена у 12,0% больных, продольная борозда – также у 12,0% обследованных. Онихолизис наблюдался у 12,0% человек.

Способствующими факторами развития неспецифических ониходистрофий больные считали стрессовые ситуации (88,0%), постоянный контакт с моющими средствами (82,1%), нарушения питания (47,0%), ношение неудобной обуви (24,0%), курение (18,0%), частое использование лака для ногтей (12,0%), травмирование при маникюре и травмы дистальных фаланг пальцев (по 6,0%).

Сопутствующей патологией в третьей возрастной группе явились артериальная гипертензия (41,0%), холецистит (24,0%), хронический гастрит (18,0%), хронический гастродуоденит (18,0%), хронический панкреатит (12,0%), сахарный диабет (12,0%), гипертиреоз и узловой токсический зоб (по 6% соответственно).

Вывод. Таким образом, основными факторами, способствующими развитию неспецифических ониходистрофий, являлись нарушения питания, стрессовые ситуации, частое использование лака для ногтей, курение, частый контакт с моющими средствами, ношение неудобной обуви. Из сопутствующей патологии внутренних органов большое значение имели хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни сердечно-сосудистой системы и эндокринные нарушения.

Список литературы

1. Дерматовенерология: национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1024 с.
2. Кожные и венерические болезни: справочник / под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 2007. – 336 с.
3. Мерцалова, И.Б. Ониходистрофии / И.Б. Мерцалова // Лечащий врач. – 2010. – № 5. – С. 32–33.
4. Prevalence and nature of nail alteration in pediatric patients / A. Iglesias, L. Tamayo, C. Sosa-de-Martinez [et al.] // Pediatr. Dermatol. – 2001. – № 18 (2). – P. 107–109.

УДК 616.517-07

Е.В. Файзуллина

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОНИХОМИКОЗА

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Файзуллина Елена Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Изучена заболеваемость населения Республики Татарстан микозами стоп с поражением ногтевых пластинок. Среди репрезентативной группы (2968 человек) было выявлено истинное число заболевших микозами стоп и онихомикозом. Проведено комплексное клинико-социальное исследование 948 больных с онихомикозами, в результате которого были вычислены прогностические коэффициенты успешности терапии и проверены соответствия исходов лечения ожидаемым результатам.

Ключевые слова: микозы стоп, онихомикоз, комплексное клинико-социальное исследование.

E.V. Faizullina

THE MODERN TENDENCIES IN EPIDEMIOLOGY OF ONYCHOMYCOSIS

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Faizullina Elena Vladimirovna – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article is devoted to studying the incidence of mycoses of feet and onychomycoses in Tatarstan Republic. In the representative group of 2968 people we revealed the true number of cases of dermatomycoses of feet and onychomycoses. Integrated clinical and social research on 948 patients with onychomycosis was carried out, therapy prognostic accomplishment quotients were calculated, correlations between treatment outcomes and the expected results were evaluated.

Key words: mycoses, onychomycoses, complex clinical and social research.

Отмечается значительное увеличение распространения онихомикоза среди населения различного возраста. Ситуация приобретает еще более острый характер в связи со способностью грибов сенсibilизировать организм, провоцировать и вызывать серьезную эпидемиологическую опасность.

Онихомикоз снижает качество жизни и социальную адаптацию больного. Не вызывает

сомнения тот факт, что микозы, представляя длительно существующий очаг инфекции, приводят к ее широкому распространению в обществе. Нелеченные больные представляют собой постоянный источник заражения для членов семьи и сотрудников по работе.

У самих заболевших онихомикозом наблюдается высокая вероятность алергизации организма, имеется существенный риск развития острых и хронических заболеваний, различных осложнений со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем организма, нарушения адаптации в новых социальных условиях [3].

Цель исследования: установление и оценка современных тенденций распространенности онихомикоза; разработка рекомендаций по совершенствованию системы организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости.

Материал и методы. Изучена заболеваемость населения Республики Татарстан микозами стоп с поражением ногтевых пластинок. Среди репрезентативной группы (2968 человек) было выявлено истинное число заболевших микозами стоп и онихомикозом. Проведено комплексное клинико-социальное исследование 948 больных с онихомикозами. Исследование распространенности онихомикоза среди населения на основе принципов доказательной медицины (клинической эпидемиологии, «evidence-based medicine») показало, что 3,7% населения имеет грибковые заболевания ногтевых пластинок; среди детского населения этот показатель составляет 0,8%.

Обращались за помощью к дерматологам только 16,8% из числа опрошенных пациентов с онихомикозом. При этом более 70% заболевших лиц не рассматривали изменения на ногтях как заболевание. Более половины (65,3%) респондентов являются членами одной семьи.

Не лечили деформированные ногти 83,2% заболевших людей. Низкая санитарная грамотность, недостаточная медицинская активность населения являются теми факторами, которые оказывают решающее влияние на сохранение грибов как биологических видов и поддерживают заболеваемость онихомикозом в популяции. В то же время из-за бытовых и финансовых трудностей больные не лечили ногти, причем 78,4%

из них не верили в успех лечения и считали терапию недоступной по цене, в 62,3% не были удовлетворены качеством наблюдения врачами. Благоустроенное, со всеми удобствами жилье имеется у 58,8% больных онихомикозом, тогда как лица здоровые являются владельцами благоустроенного жилья в 81,0% случаев. Бытовые неудобства являются сильным сдерживающим фактором, препятствующим осуществлению регулярных гигиенических мероприятий [1, 2].

Важной особенностью при изучении трудовой деятельности пациентов с онихомикозом явилось преобладание тяжелых и среднетяжелых условий труда в 73,9% случаев (58,5% в группе здоровых, $p < 0,05$), а наличие вредных профессиональных факторов – почти в 2 раза больше по сравнению со здоровыми лицами (36,7% и 19,5% соответственно, $p < 0,001$). При этом в структуре профессиональной вредности у больных преобладали холод, сырость (17,5%), работа в ночное время (8,8%) и нервно-психические нагрузки (18,2%).

Пациенты с онихомикозом в большинстве случаев (65,8%) обращались за медицинской помощью для получения больничного листа или при осложнении заболевания. В группе здоровых этот показатель составил 52,0%. Все вышеперечисленные факты свидетельствуют о том, что пациенты с онихомикозом имели более низкую медицинскую активность по сравнению со здоровыми лицами (65,8% и 52,0% соответственно), в большей степени подвержены влиянию профессиональных факторов и в целом мало обращали внимание на состояние своего здоровья.

Так, курили 35,2% больных онихомикозом; среди здоровых лиц число курящих составило 24,5% ($p < 0,05$). Алкоголь употребляли чаще одного раза в неделю 22,6% больных с патологией ногтей и 6,5% здоровых опрошенных лиц ($p < 0,001$).

При исследовании гигиенических установок населения выяснилось, что для больных с онихомикозом характерно более частое несоблюдение гигиенических рекомендаций (38,7%), отягощенный наследственный анамнез в отношении онихомикоза (34,2%), травмы пальцев рук (29,6%), ношение тесной обуви (27,6%) и др. В то же время применение антибиотиков для лечения заболеваний, не связанных с болезнями ногтей, в обеих группах было одинаковым (48,7% и 46,5% соот-

ветственно). Таким образом, антибиотики употребляли более половины населения, что является одной из ведущих причин грибковой сенсibilизации организма. Актуальной проблемой онихомикоза видят 63,0% населения, что согласуется с данными других исследователей [4, 5].

Результаты и их обсуждение. При изучении результатов лечения антимикотическими препаратами в зависимости от вида возбудителя выяснилось, что у больных онихомикозами, вызванными грибами рода *Trichophyton rubrum*, эффект от системных препаратов в целом составил 85,7%. У пациентов с онихомикозами, вызванных грибами рода *Candida albicans*, наибольшая клиническая эффективность выявлена при назначении препарата итраконазольного ряда – 91,0%, тогда как при лечении системными средствами в целом равнялась 88,5%.

Наибольший процент излечения достигнут в группе больных, получавших итраконазол, и все 26 пациентов, его применяющие, имели положительный результат. При лечении тербинафинами терапевтический эффект составил 92,0%, что значительно эффективнее лечения без применения системных антимикотиков ($p < 0,001$). Таким образом, необходимо особо отметить, что при поражении более 10 ногтей препаратами выбора являются системные антимикотические средства – тербинафин и итраконазол, эффективность которых составляет 90,5% и 94,0%, а не общепринятая терапия, имеющая низкий (45,8%) терапевтический эффект. Излечено полностью 71,7% больных. При сборе анамнеза ни у кого из пациентов через два года болезнь не рецидивировала. Изучена зависимость положительных результатов лечения от возраста пациентов. Так, лучший результат достигнут в группе больных до 21 года – в 89,6% случаев ($p < 0,001$) по сравнению с пациентами старших возрастных групп: от 21 до 30 лет – 75,9%, от 31 до 40 лет – 78,2%, от 41 до 50 лет – 74,2%, от 51 до 60 лет – 63,5%, от 61 до 70 лет – 68,8%, а свыше 70 лет – 45,8%. У лиц в возрасте 31–40 лет ОТЭ от лечения достоверно выше, чем в группах 51–60 лет ($p < 0,01$), 61–70 лет ($p < 0,05$) и более 70 лет ($p < 0,001$). В возрастном промежутке от 30 до 40 лет вероятность излечения от онихомикоза является наиболее реальной. При этом это пациенты трудоспособного возраста, которые могут позволить себе любые виды лечения.

Вывод. Эффективность лечения при четырех клинических формах онихомикозов оказалась следующей: наилучший результат достигнут в лечении поверхностного белого онихомикоза, что составляет 80,4%. Удовлетворительные результаты отмечаются при проксимальном онихомикозе (72,6%) и дистально-латеральном типе поражения ногтей (79,2%), что свидетельствует о правильности выбора тактики лечения. Наиболее низкий процент излечения был при тотально-дистрофическом онихомикозе (60,9%), что вполне укладывается в этиопатогенетические механизмы болезни.

Список литературы

1. Котрехова, Л.П. Этиология, клиника, лечение дерматомикозов у больных сахарным диабетом / Л.П. Котрехова, К.И. Разнатовский // Проблемы медицинской микологии. – 2005. – № 4. – С. 13–15.
2. Сергеев, А.Ю. Эпидемиология и этиология онихомикоза: опыт зарубежных исследований / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев, Е.В. Мокина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 4. – С. 10–15.
3. Файзуллина, Е.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование онихомикоза (распространенность, факторы риска, пути оптимизации медицинской помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Файзуллина. – Казань, 2001. – 39 с.
4. Шевяков, М.А. *Candida spp.* в кишечнике: клинические аспекты / М.А. Шевяков, Е.Б. Авалуева, Н.В. Барышникова // Проблемы медицинской микологии. – 2007. – Т. 9. – № 4. – С. 4–11.
5. Robbins, J.M. Treatment of onychomycosis in the diabetic patients population / J.M. Robbins // Journal of Diabetes and its complications. – 2003. – V. 17. – P. 98–104.

УДК 616.993.162-036.2(251)

В.Ю. Дядькин, Э.Р. Бердникова

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Дядькин Владимир Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии

Лейшманиоз кожный – заболевание кожи, вызванное Leishmania tropica, встречающееся в странах с жарким и теплым климатом. В последние годы в Центральной части России лейшманиоз встречается достаточно редко, что привело к снижению настороженности врачей в отношении этого заболевания. Представлен клинический случай поздней диагностики лейшманиоза кожи. Для дифференциальной диагностики длительно существующих воспалительных элементов и язв на открытых участках кожи следует помнить о таком заболевании, как лейшманиоз, и проводить специальное исследование – микроскопию мазка с поверхности язв.

Ключевые слова: кожный лейшманиоз, диагностика.

V.Yu. Dyadikin, E.R. Berdnikova

A CASE OF THE LATE DIAGNOSIS OF LEISHMANIASIS OF THE SKIN

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Dyadikin Vladimir Yurievich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Department of Dermatology and Venereology

Leishmaniasis of the skin is a skin disease, caused by Leishmania tropica, it occurs in the countries with hot and warm climate. In recent years leishmaniasis rarely occurs in the central part of Russia that has brought about the decrease of doctors' attention to this disease. The article presents a clinical case of the late diagnosis of leishmaniasis of the skin. For differential diagnosis of long lasting inflammatory elements and cankers on the open areas of the skin it is necessary to remember about such disease as leishmaniasis and conduct a special study – microscopy of the smear from the surfaces of the cankers.

Key words: leishmaniasis of the skin, diagnosis.

Лейшманиоз кожный – трансмиссивное заболевание кожи, вызванное лейшманиями (*Leishmania tropica*), эндемичное для стран с жарким и теплым климатом [2, 3, 4].

Заболевание распространено в основном на территориях Средиземноморья, Ближнего и Среднего Востока, на полуострове Индостан, где отмечаются эпидемии этого заболевания. Очаги антропонозного лейшманиоза наблюдаются в Закавказье, Средней Азии. В последние годы в Центральной части России лейшманиоз встречается достаточно редко, что привело к снижению настороженности врачей в отношении этого заболевания [2, 4].

Инкубационный период антропонозного лейшманиоза кожи продолжается в среднем 2–8 месяцев. Первичная лейшманиома в виде гладкого медленно увеличивающегося буровато-красного бугорка через 6 месяцев достигает 1–2 см в диаметре. Затем его поверхность начинает шелушиться и через 5–10 месяцев изъязвляется. Язвы имеют округлую или овальную форму. Размер поражений колеблется от 1 до 10 см. Их поверхность в части случаев покрывается плотно сидящей коркой, в большинстве же случаев язвы открытые, с умеренным, а в осложненных случаях – обильным гнойным отделяемым, несколько возвышающиеся над уровнем кожи и имеющие уплотненный, достаточно четко выраженный инфильтративный валик по периферии.

Характерной чертой большинства наблюдаемых поражений кожи является отсутствие зна-

чительных воспалительных явлений в виде выраженной гиперемии или отека вокруг язвенного дефекта. Субъективные ощущения сводятся к умеренной болезненности при пальпации, которая более выражена в случаях, осложненных вторичной инфекцией. В то же время на начальных этапах формирования лейшманиозного поражения, особенно крутозной формы, высыпания могут не иметь характерных клинических признаков и в результате симулировать стрептостафилококковое поражение кожи [2, 3, 4, 5].

Диагноз в большинстве случаев основывается на анамнестических данных пребывания пациента в условиях эндемичного района, а также анамнестических сведениях о торпидности течения кожного язвенного поражения, длившегося от 4 недель до 2 с лишним месяцев, наличии язвенного дефекта с характерным инфильтративным периферическим валиком и бугорками обсеменения, а также отсутствии выраженных воспалительных явлений и субъективных ощущений [4, 5].

Представляем клинический случай лейшманиоза. В марте 2013 г. в ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» г. Казани на прием обратился пациент Ш., 23 лет, студент (житель Афганистана), с жалобами на наличие двух узлов на коже левой височной области и незначительную болезненность при пальпации. На момент осмотра считает себя больным 3 месяца, когда заметил появление двух воспалительных элементов красного цвета на коже лица. Впервые обратился к дерматовенерологу по месту жительства через месяц от начала заболевания. Врач назначил лечение по поводу пиодермии кожи лица, что положительного эффекта не принесло. Обратился к дерматовенерологу повторно через 3 месяца от начала заболевания, поскольку узлы стали увеличиваться в размерах и появилось изъязвление одного элемента. Дополнительно из анамнеза удалось выяснить, что за 6–7 месяцев до момента первичного обращения к дерматовенерологу был в Иране в гостях у родственников.

При осмотре кожи пациента: патологический процесс носит ограниченный асимметрич-

ный характер и локализуется на коже левой височной области в виде двух элементов. Один узел красного цвета с синюшным оттенком размером 5–10 мм, плотный, болезненный при пальпации, покрытый серозно-кровянистой коркой. Вторым элементом представляет собой язву с краями, несколько возвышающимися над уровнем кожи, имеющую уплотненный, достаточно четко выраженный инфильтративный валик по периферии, свободного отделяемого нет, но имеется серозно-геморрагическое отделяемое при сдавливании очага. При исследовании регионарных лимфатических узлов выявлен увеличенный одиночный лимфатический узел в левой подчелюстной области размером примерно 10 мм, при пальпации плотно-эластической консистенции и незначительно болезненный, не спаянный с окружающими тканями и кожей. При осмотре кожи туловища и конечностей, видимых слизистых оболочек патологических высыпаний не выявлено.

Проведены лабораторные исследования: общие анализы крови, мочи без патологических изменений. Серологические реакции на сифилис отрицательные. В мазках с поверхности язвы с последующим окрашиванием по Романовскому – Гимзе выявили лейшманию.

Вывод. Таким образом, в практике дерматовенеролога для дифференциальной диагностики длительно существующих воспалительных элементов и язв на открытых участках кожи следует помнить о таком заболевании, как лейшманиоз, и проводить такие специальные исследования, как микроскопия мазка с поверхности язв или биопсия язвы с окрашиванием по Романовскому – Гимзе.

Список литературы

1. **Владимиров, В.В.** Диагностика и лечение кожных болезней / В.В. Владимиров. – М.: ТОО «Медтехтурсервис», 1995. – 192 с.
2. **Иванов, О.Л.** Кожные и венерические болезни / О.Л. Иванов. – М.: Шико, 2002. – 478 с.
3. Кожные и венерические болезни: справочник / О.Л. Иванов, В.А. Молочков, С.С. Кряжева [и др.]; под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997. – 350 с.
4. **Родякин, Н.Ф.** Кожный лейшманиоз [Эпидемиология, клиника, лечение и профилактика] / Н.Ф. Родякин. – Ашхабад, 1982. – С. 138.
5. **Фицпатрик, Т.** Дерматология: атлас-справочник / Т. Фицпатрик. – М.: Практика, 1999. – 1044 с.

УДК 616.98:616.5-053.2.8(470.51)

Э.А. Коробейникова¹, Н.В. Курина²,
М.В. Фомичева¹, А.В. Вавилова¹

ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

²БУЗ «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Коробейникова Эмилия Александровна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии

Изложены результаты обследования 144 пациентов (100 взрослых и 44 ребенка), БУЗ «Центр СПИД МЗ УР» на кожные проявления, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией. Проведена сравнительная характеристика встречаемости и особенностей дерматозов у взрослых и детей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, особенности клиники, дети, взрослые.

E.A. Korobeinikova¹, N.V. Kurina², M.V. Fomicheva¹,
A.V. Vavilova¹

THE CHARACTERISTICS OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF HIV INFECTION IN ADULTS AND CHILDREN

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

² Udmurt Republic Centre for Disease Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Izhevsk, Udmurt Republic

Korobeinikova Emily Aleksandrovna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology

The article presents the results of the examination of 144 patients of Udmurt Republic AIDS center (100 adults and 44 children) to reveal cutaneous manifestations associated with HIV infection. The comparative characteristics of the occurrence and features of dermatoses in adults and children are given.

Key words: HIV infection, clinical picture, adults, children.

ВИЧ-инфекция является одной из важнейших проблем современной медицины. Разнообразие клинической картины, трудности в диагностике, лечении способствуют распространению этого тяжелого заболевания среди населения. Наиболее частыми индикаторами ВИЧ-инфекции являются ВИЧ-ассоциированные кожные заболевания.

В Российской Федерации на 31 ноября 2012 г. зарегистрировано 703 781 ВИЧ-инфицированных, в том числе 6193 ребенка в возрасте до 15 лет. Показатель распространенности составил 357,5 на 100 тыс. населения. В Удмуртской Республике по состоянию на 31 ноября 2012 г. выявлено 5239 ВИЧ-инфицированных, из них 44 ребенка. Показатель

распространенности составил 256,5 на 100 тыс. населения. ВИЧ-инфекция зарегистрирована во всех городах и районах Удмуртской Республики.

Цель исследования: оценить кожные проявления ВИЧ-инфекции у детей и взрослых в Удмуртской Республике.

Материал и методы. Были изучены 144 амбулаторные карты (100 взрослых и 44 детей в возрасте от 0 до 55 лет) больных БУЗ «Центр СПИД МЗ УР» за период 2007–2012 гг.

Результаты и их обсуждение. Девочек было 24 (54,5%), мальчиков – 20 (45,5%). В группе взрослых ВИЧ-инфицированных: женщин – 42%, мужчин – 58%. Из сельской местности было 40% пациентов, 60% – из городов республики, в браке состояло 65% больных, одного полового партнера имели 69%. Постоянное место работы имели лишь 48% пациентов. Половой путь инфицирования выявлен у 58%, парентеральный – у 39%, профессиональный – у 3%. Злоупотребляли алкоголем 48% пациентов, курили 74%, принимали наркотики (парентеральный путь) 23%.

Из 44 детей в полной семье (мама, папа) воспитывались 19 детей (43%), в неполной – 21 ребенок (47%), 4 ребенка (9%) воспитывались опекунами. Организованных детей (посещающих детские дошкольные учреждения и школу) было 32 (72%).

Внутриутробный путь инфицирования отмечался у 28 детей (63,6%), 16 детей (36,4%) заразились при вскармливании грудным молоком. Частота дерматозов, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, у детей имела место в 38 (86%) случаях, у взрослых – в 97 (97%). Кожные проявления во всех возрастных подгруппах (0–5 лет, 5–10 лет, 10–15 лет) у детей встречались одинаково часто.

Были диагностированы следующие кожные проявления у детей: ксероз (14,7%), буллезная и генерализованная формы ветряной оспы (13,2%), атопический дерматит (11,7%), герпетическая инфекция (12,5%), кандидоз (8,8%), пиодермия (7,3%), контактный дерматит (3,6%), токсикодермия (1,5%), себорейный дерматит (0,7%), чесотка (0,7%), вульгарные бородавки (0,7%).

Таким образом, наиболее частыми ВИЧ-ассоциированными кожными проявлениями у детей явились: ксероз (14,7%), ветряная оспа осложненная (13,2%), герпетическая инфекция (12,5%), кандидоз (8,8%), пиодермии (7,3%), сифилис (0,7%).

Самой уязвимой в плане возникновения дерматозов у взрослых явилась группа в возрасте 25–35 лет (50%).

В группе взрослых пациентов наблюдались следующие ВИЧ-ассоциированные дерматозы: кандидоз (14,4%), пиодермия (12,0%), атопический дерматит (11,3%), себорейный дерматит (10,4%), остроконечные кондиломы (9,9%), герпетическая инфекция (5,9%), лейкоплакия (5,8%), онихомикоз (3,5%), акне (3,1%), экзема (2,2%), чесотка (1,3%), отрубевидный лишай (0,5%), алопеция (0,8%), вульгарные бородавки (0,8%), ксероз (0,5%), нейродермит (0,5%).

Таким образом, наиболее частыми кожными ВИЧ-ассоциированными проявлениями у взрослых явились: кандидоз (14,0%, из них ротовой полости – 12,9%), пиодермия (12,0%), атопический дерматит (11,3%), себорейный дерматит (10,4%), остроконечные кондиломы (9,9%), герпетическая инфекция (5,9%), лейкоплакия (5,8%). В таблице приведено соотношение ВИЧ-ассоциированных кожных проявлений у взрослых и детей.

Представленные в таблице данные показывают, что наиболее частыми поражениями кожи, ассоциированными с ВИЧ, как у детей, так и взрослых, были воспалительные (себорейный и атопический дерматит), инфекционные (герпесвирусные, грибковые, бактериальные, паразитарные) заболевания.

Соотношение ВИЧ-ассоциированных кожных проявлений у взрослых и детей (на 100 пациентов)

Заболевание	Дети	Взрослые
Атопический дерматит	10,2	11,3
Герпесвирусная инфекция	12,5	5,9
Кандидоз полости рта	8,8	14,4
Ксероз	14,7	0,5
Пиодермия	5,1	12,0
Себорейный дерматит	0,7	10,4
Контагиозный моллюск	3,6	-
Чесотка	0,7	1,3
Вульгарные бородавки	0,7	0,8
Лейкоплакия	-	5,8
Остроконечные кондиломы	-	9,9
Онихомикоз	-	3,5
Акне	-	3,1
Экзема	-	2,2
Отрубевидный лишай	-	0,5
Алопеция	-	0,8

Для них было характерно: нередко атипичная локализация, обширность поражений, склонность к изъязвлению и частым рецидивам, резистентность к проводимой специфичной терапии, что совпадает с данными других авторов [1, 2]. Следует отметить, что у детей обнаружены проявления, не встречающиеся у взрослых: осложненная ветряная оспа, контагиозный моллюск. У взрослых встречались остроконечные кондиломы, онихомикоз, экзема, лейкоплакия, акне и алопеция, которые не были диагностированы у детей. У детей чаще встречались герпетическая инфекция, ксероз. Значительно реже у детей наблюдался себорейный дерматит.

Вывод. Поражения кожи, связанные с ВИЧ-инфекцией, встречаются весьма часто как у детей, так и у взрослых (84% и 97% соответственно), что свидетельствует о важности тщательного и целенаправленного обследования пациентов, особенно входящих в группы риска, часто болеющих вирусными, грибковыми и бактериальными заболеваниями и имеющими резистентность к проводимой терапии.

Список литературы

1. **Владимиров, В.В.** Заболевания, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией / В.В. Владимиров, Б.И. Зудин. – М.: Медицина, 2000.
2. **Рахманова, А.Г.** ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова. – М.: Медицина, 2004. – С. 34–41.

УДК 616.5-005

М.А. Иванова, Е.В. Огрызко, Н.С. Розит

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ФГБУ «ЦНИИОИЗ МЗ РФ», г. Москва

Иванова Маиса Афанасьевна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в Удмуртской Республике на основании отчетных форм федерального статистического наблюдения за 2002–2011 гг. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о неблагоприятной эпидемиологической ситуации по злокачественным новообразованиям кожи, как в целом по Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике. Данные статистического анализа свидетельствуют о необходимости усиления профилактики в рамках специальных скрининговых программ по выявлению злокачественных новообразований, особенно кожной локализации.

Ключевые слова: злокачественные новообразования кожи, статистика, заболеваемость, эпидемиология.

M.A. Ivanova, E.V. Ogrizko, N.S. Rozit

THE INCIDENCE OF MALIGNANT GROWTHS IN THE UDMURT REPUBLIC

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Ivanova Maisa Afanasyevna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Organisation of Treatment-and-Prophylactic Care

The retrospective analysis of the incidence of malignant growths of skin in the Udmurt Republic is carried out on the basis of the forms of federal statistical supervision in 2002–2011. The results of the analysis testify an unfavourable epidemiological situation concerning malignant growths of skin, in the country in general and in the Udmurt Republic in particular. Data of the statistical analysis testify the necessity of strengthening prevention within special screening programs of detection of malignant growths, especially of skin localization.

Key words: malignant growths of the skin, statistics, incidence, epidemiology.

Онкологические заболевания составляют одну из основных проблем как научных исследований, так и практического здравоохранения. В структуре онкологической заболеваемости РФ злокачественные опухоли кожи занимают второе место по частоте, составляя 11–12% [2, 4]. По данным ВОЗ, как причина смерти, они занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний [2]. В этой связи приоритетным направлением является изучение частоты распространения данной патологии, особенно эпидемиологической ситуации, установление основных тенденций эпидемиологического процесса для совершенствования профилактических мероприятий и прогнозирования расходов на оказание медицинской помощи населению.

Морфологические, клинические проявления опухолей и пороков развития кожи разнообразны [1]. Опухолевые процессы кожи составляют обширный раздел патологии, особенности которой важно учитывать в организации лечебно-профилактической, научно-исследовательской, кадровой, учебной работы в системе дерматовенерологической службы [3]. К сожалению, в формах федерального статистического наблюдения не предусмотрена отчетность по доброкачественным образованиям кожи, хотя частота их распространения также велика. В связи с этим анализ эпидемиологической ситуации на территории УР, как части РФ, является чрезвычайно актуальным.

Целью исследования явилось установление основных тенденций заболеваемости злокаче-

ственными новообразованиями кожи в Удмуртской Республике за последние 10 лет.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи населения УР в сравнении с данными по Приволжскому федеральному округу (ПФО) и РФ за 2002–2011 гг., на основании сведений из формы федерального статистического наблюдения № 17 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», утвержденной постановлением Госкомстата России от 29.06.99 г. № 49 и приказом Росстата от 29.12.2011 г. № 520.

Результаты и их обсуждение. В 2012 г. в УР показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи составил 99,5 на 100 тыс. населения, несколько ниже среднестатистических данных по округу и в стране в целом. Относительно предыдущего года показатель заболеваемости незначительно уменьшился, как и в целом по округу, в то время как в РФ несколько вырос (с 98,8 до 99,0 на 100 тыс. населения).

Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи за последние 10 лет на территории Удмуртской Республики показал незначительную тенденцию к росту. Подобная тенденция прослеживалась и в среднем на территории Приволжского федерального округа (с 97,2 до 98,8 на 100 тыс. населения). В РФ за последние 10 лет показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи также имел тенденцию к росту (с 98,4 до 99,0 на 100 тыс. населения) — табл. 1.

Выявлена нестабильность эпидемиологической ситуации по злокачественным новообразованиям кожи как в Удмуртии, так и Приволжском федеральном округе: за периодом снижения следовал рост. Наиболее резкие скачки в показателях наблюдались на территории республики. Максимальные значения показателей заболеваемости прослеживались в 2004, 2006, 2009 и 2010 гг. Относительно предыдущего года в 2011 г. в Удмуртии показатель заболеваемости незначительно уменьшился. За последние 10 лет он незначительно вырос. В целом по округу, как относительно предыдущего года, так и в сравнении с 2002 г., наблюдается незначительный рост показателя.

Таблица 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Удмуртской Республике и Приволжском федеральном округе за период с 2002 по 2011 г. (на 100 тыс. населения)

Годы	Регион	
	Удмуртская Республика	ПФО
2002	98,3	97,2
2003	98,9	97,0
2004	100,0	96,9
2005	99,1	97,4
2006	100,0	98,2
2007	99,4	98,1
2008	99,8	98,5
2009	100,0	98,4
2010	100,0	98,2
2011	99,5	98,8

Следует отметить, что на всем протяжении анализируемого периода показатели заболеваемости в республике оставались выше среднестатистических значений по округу.

В сравнении с данными по заболеваемости в стране в целом, показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в Удмуртии на всем протяжении исследуемого периода также превышали среднестатистические показатели в стране в целом. В то же время тенденция в динамике совпадала с общероссийской: в целом по стране заболеваемость также незначительно выросла (с 98,4 до 99,0 на 100 тыс. населения).

Сравнительный анализ заболеваемости новообразованиями кожи в субъектах Приволжского федерального округа показал, что в числе лидирующих по уровню заболеваемости в 2011 г. были Республика Мордовия, Ульяновская и Самарская области, на втором месте – Республика Башкортостан и Нижегородская область. Удмуртия в 2011 г. заняла четвертое место по уровню заболеваемости, в ранговой таблице – шестое, так как на первом месте в равных соотношениях были Республика Мордовия, Самарская и Ульяновская области, в то время как в предыдущем году по уровню заболеваемости на первом месте были Удмуртия и Самарская область. Заболеваемость на различных территориях Приволжского федерального округа в порядке убывания показателей представлена в табл. 2. В Приволжском федеральном округе относительно предыдущего года произошел рост заболеваемости, также как и в целом по РФ. Из 14 территорий Приволжского федерального округа на 8 прослеживается рост показателей заболеваемости, на 3 – показатели стабильно высокие.

Таблица 2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи на территориях Приволжского федерального округа в 2010 и 2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Территория	2010 г	2011 г	+/-
РФ	98,9	99,0	+
ПФО	98,2	98,8	+
Республика Мордовия	92,4	100	+
Самарская область	100	100	-
Ульяновская область	97,3	100	+
Нижегородская область	99,9	99,9	-
Республика Башкортостан	99,9	99,9	-
Оренбургская область	98,4	99,7	+
Удмуртская Республика	100	99,5	-
Пензенская область	99,3	99,4	+
Кировская область	98,7	99,3	+
Чувашская Республика	98,3	99,1	+
Саратовская область	99,8	99,1	-
Республика Татарстан	99,2	98,3	-
Пермский край	88,9	91,1	+
Республика Марий Эл	87,5	90,4	+

Вывод. Таким образом, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи на территории Удмуртской Республики, как и в целом по округу, остается высоким. На большинстве территорий округа прослеживается рост заболеваемости, на 11 из 14 территорий показатели заболеваемости превышают среднестатистический показатель по округу.

Полученные результаты анализа свидетельствуют о необходимости разработки региональной программы профилактики онкологических заболеваний в республике, уделив значительное внимание мероприятиям по лечению и профилактике заболеваний кожи.

Список литературы

1. **Вавилов, А.М.** Клинико-морфологическая диагностика болезни Педжета / А.М. Вавилов, О.Р. Катунина // Альманах клинической медицины. – 2006. – Т. IX. – С. 25–28.
2. **Волгин, В.Н.** Клинико-эпидемиологический мониторинг базально-клеточного рака кожи. Совершенствование методов диагностики и лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Н. Волгин. – М., 2009. – 48 с.
3. **Молочков, В.А.** Дерматоонкология: проблемы и перспективы / В.А. Молочков, В.И. Шумский // Альманах клинической медицины. – 2006. – Т. IX. – С. 13–20.
4. **Чисов, В.И.** Злокачественные новообразования в России в 2011 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чисов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2013. – 289 с.

УДК 616.973-07-08-053.2

М.В. Корепанова, В.А. Мерзляков,
М.С. Алексеева

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Представлены результаты обследования 41 ребенка с диагнозом гонококковой инфекции. Описаны жалобы, клинические проявления, результаты диагностики и лечения этого контингента пациентов.

Ключевые слова: гонококковая инфекция, дети.

M.V. Korepanova, V.A. Merzlyakov, M.S. Alekseeva

CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GONORRHEA IN CHILDREN

Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk,
Udmurt Republic

The article presents the results of a study involving 41 children diagnosed with Gonorrhea. It describes complaints, clinical manifestations, diagnostic results and treatment of these patients.

Key words: gonorrhea, children.

Гонококковая инфекция – одна из актуальных не только медицинских, но и социальных проблем. Заболевание гонореей взрослого населения приводит к появлению его и у детей [1]. Показатели заболеваемости в Удмуртской Республике превосходят общероссийские: в 2012 г. она составила среди взрослых 63,0 на 100 тыс. населения, среди детей – 1,9 на 100 тыс. населения.

Целью исследования являлось изучение современных особенностей клинической картины гонококковой инфекции у детей.

Материал и методы. Проведен анализ форм государственной статистической отчетности № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями» и № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно

половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 2008–2012 гг. Проанализированы медицинские карты (форма № 065/у) детей, больных гонококковой инфекцией. В работе использовались статистический, эпидемиологический методы и текущее наблюдение за пациентами.

Результаты и их обсуждение. Удельный вес гонококковой инфекции в возрасте от 0 до 14 лет в г. Ижевске и Удмуртской Республике в течение последних 5 лет составляет 0,7% по отношению к общей заболеваемости гонореей и не имеет тенденции к росту.

Всего за 5 лет (2008–2012 гг.) в Удмуртской Республике зафиксирован 41 случай гонореи у детей: 85% больных гонореей – девочки, 15% – мальчики. Половой путь заражения у детей произошел в 13 случаях (возраст от 5 до 14 лет): из них двое мальчиков – в возрасте 14 лет. Клиническая картина заболевания у них не отличалась от таковой у взрослых. Течение гонококковой инфекции у девочек зависело от возраста, общего состояния здоровья, формы болезни и локализации. Так, анатомические и биологические условия для развития гонококка в мочеполовых органах новорожденных девочек неблагоприятные: кислая реакция секрета, эпителий влагалища многослойный, внутренние половые органы недоразвиты. Среди больных новорожденных девочек не было. У двух мальчиков (4,9%) наблюдалась бленнорея новорожденных.

В возрасте до 3 лет было 24,4% больных, с 4 до 7 лет – 36,6%, от 8 до 14 лет – 34,1%. Следовательно, более половины детей заболели в возрасте до 7 лет. Среди больных гонореей девочки в возрасте от нескольких месяцев до 14 лет, острое течение было у 97% больных. Заболевание было локализованным, с одновременным поражением вульвы, влагалища и уретры у 96,4% де-

тей. Системный процесс не наблюдался. У одной девочки 5 лет, страдавшей острой гонореей, возникла бленнорея в результате аутоинокуляции.

Общее состояние детей было нарушено незначительно. Лишь у некоторых наблюдалось недомогание, раздражительность, вялость, снижение аппетита, бледность кожи и слизистых. Дети младшего возраста жалоб не предъявляли, так как не могли высказать своих ощущений. В старшем возрасте дети жаловались на жжение и зуд в области гениталий. У 17% девочек отмечалось частое и болезненное мочеиспускание. Острая гонорея у всех больных проявлялась воспалительными изменениями вульвы и влагалища. Из половой щели вытекали густые слизистогнойные выделения, которые засыхали в корки (у 14%) и располагались в области гребней больших половых губ и промежности. У 3 больных отмечался дерматит внутренней поверхности бедер, паховых складок. У одной больной выявилась мацерация эпителия на фоне незначительной гиперемии вокруг анального отверстия. Бессимптомное течение выявлено у одной больной. При бимануальном ректальном исследовании у всех девочек выявили изменения в матке, яичниках (болезненность и некоторое увеличение органов) и тазовой брюшине (болезненность сводов).

У всех больных имелись изменения в клинических анализах крови. У половины детей отмечались явления анемии и лейкопении. У 20% детей отмечено увеличение СОЭ – от 15 до 30 мм/ч; у 15% наблюдалась эозинофилия. Очевидно, это связано со снижением иммунитета и некоторыми явлениями интоксикации. При бактериоскопическом исследовании гонококк был обнаружен у 99% во влагалище, у 71% – в уретре, у 3% – в прямой кишке. Рост культуры получен у всех обследованных детей.

Лечение детей проводилось цефтриаксоном согласно существующим схемам, преимущественно в условиях стационара. Излечение было отмечено в 100% случаев, рецидивов не было. Для выявления источника заражения подвергались клинико-лабораторному обследованию родители ребенка и родственники, имеющие непосредственное отношение к воспитанию и уходу (бабушки, дедушки, тети, дяди), а также другие, обычно знакомые лица, подозреваемые при сборе

анамнеза на возможность заражения от них. В 50% случаев заражение происходило при попытке полового контакта. В 15% случаев инфицирование детей произошло вследствие нарушения санитарно-гигиенических правил в семье. В трети всех случаев источник заболевания установлен не был. При регистрировании случая гонореи у ребенка обязательно составляется информационное письмо в правоохранительные органы.

Вывод. Гонококковая инфекция у детей, как правило, протекает с ярко выраженными клиническими проявлениями. Анализ причин возникновения гонореи среди детей показывает, что для снижения заболеваемости необходима комплексная работа с участием многих звеньев здравоохранения, прежде всего педиатров, школьных врачей, акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека. Необходимо постоянно проводить санитарно-просветительную работу среди населения. Разъяснительная работа должна вестись не только с матерями в детских лечебных учреждениях, но и с беременными женщинами в консультациях. Персонал в дошкольных организованных коллективах должен быть хорошо знаком с причинами возникновения детской гонореи и ее клиническими проявлениями.

Список литературы

1. Workowski, K.A. Gonorrhoea among children / K.A. Workowski, W.C. Livine // Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology. – 2012. – № 2. – P. 37.

УДК 616.98-07:618.3 «20»

Р.Ю. Газизулин¹, Э.А. Коробейникова²,
В.А. Мерзляков¹, Е.А. Стерляева²

ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ МЕТОДОМ ПЦР У БЕРЕМЕННЫХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹ БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика;

² ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Газизулин Руслан Юрсанович – заместитель главного врача по диагностике и медицинской технике, врач клинической лабораторной диагностики, высшей квалификационной категории; Мерзляков Владимир Анатольевич – главный врач, главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии и косметологии МЗ УР, главный внештатный специалист Экспертного совета в сфере здравоохранения

ранения МЗ РФ по специальности «дерматовенерология»; **Коробейникова Эмилия Александровна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; **Стерляева Елена Александровна** — интерн кафедры дерматовенерологии

Проведен анализ обследования беременных женщин на хламидийную и микоплазменную инфекции методом полимеразной цепной реакции в УР в период с 2009 по 2012 г. Превалентность хламидийной инфекции за этот период снизилась, микоплазменной — остается на прежнем уровне. Соотношение хламидийной инфекции к микоплазменной в большинстве районов в УР составило 1,8:1.

Ключевые слова: ИППП, ПЦР, беременные.

R.Yu. Gazizulin¹, E.A. Korobeinikova²,
V.A. Merzlyakov¹, E.A. Sterlyadeva²

PCR METHOD OF DIAGNOSING CHLAMYDIA AND MYCOPLASMAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN OF THE UDMURT REPUBLIC

¹ Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk, Udmurt Republic;

² Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Gazizulin Ruslan Yursanovich — Deputy Head doctor for Diagnosis and Medical Technology, a Doctor of Clinical Laboratory Diagnostics, the Highest Qualification Category; **Merzliakov Vladimir Anatolevich** — Head Doctor, Out-of-Staff Expert-Leading Authority on Dermatology, Venereology and Cosmetology of the Ministry of Public Health of the Udmurt Republic, Out-of-Staff Leading Authority on Dermatology and Venereology of the Council of Experts in Public Health; **Korobeinikova Emily Aleksandrovna** — Candidate of Medical Sciences, Lecture of the Department of Dermatology and Venereology; **Sterlyadeva Elena Aleksandrovna** — Intern of Department of Dermatology and Venereology

The article analyses pregnant women examination for chlamydia and mycoplasmal infections by the polymerase chain reaction method (PCR) in the Udmurt Republic over the period 2009 - 2012. The prevalence of chlamydia infection has decreased during this period, and the prevalence of mycoplasmal infection remains at the same level. Chlamydia to mycoplasmal infections ratio was 1.8:1 in the most districts of Udmurtia.

Key words: sexually transmitted diseases, PCR, pregnant women.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются актуальной проблемой общественного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно во всем мире более 340 млн. мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет заболевают ИППП. *Chl. trachomatis*, *M. genitalium* — наиболее часто встречающиеся возбудители ИППП. Они неблагоприятно влияют на течение и исход беременности, перинатальные потери, способствуют распространению ВИЧ-инфекции [2, 3, 5, 6].

В настоящее время, согласно «Клиническим рекомендациям по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и уро-

генитальными инфекциями» (Москва, 2012 г.), наиболее чувствительным и специфичным методом (96% и 98% соответственно) является метод мультиплексной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией. Данная технология позволяет проводить исследование в режиме реального времени, сокращает время анализа и дает возможность проводить количественную оценку исследуемой мишени в пробе и снижает риск контаминации.

Вместе с тем, по данным литературы, данных по обследованию беременных на ИППП методом ПЦР нами выявлено недостаточно.

За последние годы отмечено увеличение числа беременных, больных хламидийной инфекцией. Частота инфицирования беременных колеблется от 3 до 40%, достигая 70% при хронических воспалительных заболеваниях урогенитального тракта, отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе. Риск передачи инфекции новорожденному составляет до 70% [1, 5, 6].

Микоплазменная инфекция у здоровых сексуально активных женщин выделяется в 11,5–41,7%. Во время беременности частота обнаружения микоплазм увеличивается в 1,5–2 раза [3, 4].

Среди пациентов с негонококковым уретритом распространенность *M. genitalium* составляет 19,3%, а *Chl. trachomatis* — 27,7%. При этом *M. genitalium* выявляется чаще у пациентов без *Chl. trachomatis*, чем у пациентов, инфицированных ими. Таким образом, соотношение хламидийной инфекции к микоплазменной инфекции составляет 1,5:1 [7].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и динамику выявления ИППП (хламидийная и микоплазменная инфекции) методом ПЦР у беременных из сельских районов Удмуртской Республики в период с 2009 по 2012 г.

Материал и методы. Ретроспективно сплошным методом оценивались данные лабораторных исследований на ИППП беременных из сельских районов УР в 2009–2012 гг. Определение ДНК микроорганизмов в исследуемом материале осуществляли с помощью ПЦР-диагностики.

Результаты и их обсуждение. На хламидийную инфекцию в 2009 г. в БУЗ УР «РКВД МЗ УР» обследовано 7490 беременных из районов УР, в 2010 г. — 7943, в 2011 г. — 6384, в 2012 г. — 7839 женщин. *Chl. trachomatis* в 2009 г. выявлена

в 10,8% случаев (809 больных), в 2010 г. – 10,5% (831), в 2011 г. – 9,7% (620), в 2012 – 9,8% (771). Таким образом, наблюдается тенденция к снижению выявления *Chl. trachomatis* при увеличении количества женщин, обследованных на данную инфекцию (превалентность хламидийной инфекции у беременных в период 2009–2012 гг. снизилась). Наибольшее количество больных выявлено в Дебесском (15%), Кизнерском (13,9%) и Увинском (13%) районах, наименьшее – в Алнашском (7,7%) районе.

В 2009 г. в БУЗ УР «РКВД МЗ УР» на микоплазменную инфекцию обследованы 8041 беременная из районов УР, в 2010 г. – 8349, в 2011 г. – 7083, в 2012 г. – 7748. *M. genitalium* выявлена в 5,5% случаев (443 больных) в 2009 г., в 2010 г. – 6,4% (519), в 2011 г. – 5,4% (380), в 2012 г. – 5,6% (436). Таким образом, выявление *M. genitalium* остается на прежнем уровне (превалентность микоплазменной инфекции у беременных в период 2009–2012 гг. на прежнем уровне). Наибольшее количество больных выявлено в Увинском (9,3%), Сюмсинском (8,0%), Дебесском (8,0%) и Игринском (8,1%) районах; наименьшее – в Воткинском (4,0%) и Можгинском (4,2%) районах.

Соотношение хламидийной инфекции к микоплазменной инфекции в 2009 г. составляет 2:1, в 2010 г. – 1,7:1, в 2011 г. – 1,8:1, в 2012 г. – 1,75:1.

Выводы. 1. Отмечается снижение выявления *Chl. trachomatis* при увеличении количества беременных женщин, обследованных на данную инфекцию в УР в период с 2009 по 2012 г. (превалентность хламидийной инфекции среди беременных в период 2009–2012 гг. снизилась).

2. Выявление *M. genitalium* у беременных в УР в период с 2009 по 2012 г. остается на прежнем уровне (превалентность микоплазменной инфекции у беременных в период 2009–2012 гг. на прежнем уровне).

3. Соотношение хламидийной инфекции к микоплазменной инфекции составило в 2009 г. 2:1, в 2010 г. – 1,7:1, в 2011 г. – 1,8:1, в 2012 г. – 1,75:1.

Список литературы

1. Евсюкова, Н.Н. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии / Н.Н. Евсюкова, Н.Г. Кошелева, М.М. Башлякова. – СПб., 1995. – 168 с.
2. Кисина, В.И. Урогенитальный хламидиоз / В.И. Кисина, Г.Л. Колиева // Гинекология. – 2004. – Т. 5. – № 2. – С. 82–86.
3. Мальцева, Л.И. Клиническое значение микоплазменной инфекции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом / Л.И. Мальцева // Казанский медицинский журнал. – 1996. – № 5. – С. 345–348.
4. К вопросу о роли микоплазм в урогенитальной патологии / В.Н. Прилепская, В.И. Кисина, Е.В. Соколовский [и др.] // Гинекология. – 2007. – № 1. – С. 22–27.
5. Тихомиров, А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 6. – С. 289–292.
6. Хламидиоз у женщин: сопоставление разных методов диагностики, факторы риска и клинические проявления / А.А. Хрянин, О.В. Решетников, Н.А. Кривенчук [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 2. – С. 40–43.
7. Comparison of first void urine and urogenital swab specimens for detection of *Mycoplasma genitalium* and *Chlamydia trachomatis* by polymerase chain reaction in patients attending a sexually transmitted disease clinic / J.S. Jensen, E. Bjornelius, B. Dohn [et al.] // Sex. Transm. Dis. – 2004. – V. 31. – P. 499–507.

УДК 616.33-002.446-002.2-071-08:61

Р.М. Загртдинова¹, А.Ю. Малков²

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

²БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Загртдинова Ризид Миннесагитовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Малков Александр Юрьевич – кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог

Хламидии, наряду с наиболее изученной Helicobacter pylori, могут играть определенную роль при возникновении некоторых форм воспалительных и эрозивных поражений желудка, устойчивых к традиционной терапии. Обследовано 1200 больных с урогенитальным хламидиозом и гастроэнтерологическими жалобами, у 392 из них найдены хронические эрозии желудка. Изучены особенности клинической и эндоскопической картины данной патологии, обосновано назначение при хронических эрозиях желудка схем, применяемых для лечения хламидийной инфекции, и проведена оценка эффективности этого метода терапии.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, хронические эрозии желудка.

R.M. Zagrtdinova¹, A.Yu. Malkov²

CLINICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC EROSIONS OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH UROGENITAL CHLAMYDIA INFECTIONS

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

²Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk, Udmurt Republic

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; Malkov Aleksandr Yurievich – Candidate of Medical Sciences, Dermatovenereologist

Chlamydia trachomatis together with *Helicobacter pylori* (which is better studied) play a certain role in the appearance of some forms of inflammatory and erosive lesions of the stomach resistant to conventional therapy. 1200 patients with urogenital chlamydia infections and gastroenterologic complaints were examined, 392 of them were found to have chronic erosions of the stomach. The peculiarities of clinical and endoscopic picture of this condition were studied. The study gave proof that treatment regimens used for chlamydia infections can be applied in cases of chronic erosions of the stomach. The effectiveness of this method of therapy was assessed.

Key words: urogenital chlamydiosis, chronic gastric erosions.

Топическая диагностика и лечение экстрагенитальной хламидийной инфекции в настоящее время является одной из актуальных проблем медицины. Это связано с ростом хламидийной инфекции в целом и экстрагенитальных форм в частности [2, 3, 5], определенными трудностями диагностики и лечения, частыми осложнениями [1, 7]. Симптомы хламидиоза приводят к снижению качества жизни, снижают работоспособность. В результате вопросы диагностики и лечения хламидийной инфекции приобретают не только медицинское, но и социальное значение [4].

Цель исследования: изучение особенностей клиники и течения хронических эрозий желудка у больных урогенитальным хламидиозом, а также разработка эффективных методов лечения с учетом микрофлоры, выявленной в биоптатах эрозий желудка.

Материал и методы. Обследовано 1200 больных с диагностированным урогенитальным хламидиозом (УГХ) и гастроэнтерологическими жалобами (болевой, диспепсический синдромы), при дальнейшем обследовании которых у 392 (32,7%) человек были выявлены хронические эрозии желудка. В исследование включались пациенты, не получавшие антибактериальные препараты с антихламидийной активностью, в анамнезе которых было предшествующее лечение с использованием традиционной противоязвенной терапии (антациды, H₂-блокаторы, ингибиторы протонного насоса, прокинетики), либо с впервые выявленными эрозиями желудка. Не включались в исследование больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, наличием беременности или противопоказаний для проведения антибактериальной терапии.

Всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия и прицельная биопсия слизистой оболочки желудка с исследованием биоптатов

эрозий на наличие *Helicobacter pylori* (Hр) и хламидий. Хламидии выявляли методом полимеразной цепной реакции. Для обнаружения Hр применялись: уреазный тест, цитологическое исследование мазка-отпечатка, иммуноферментный анализ для выявления общих антител к Hр. В результате нашего исследования хламидии в биоптатах хронических эрозий желудка выявлялись в 32,7% случаев.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования биоптатов на патогенную микрофлору всех больных мы разделили на 4 репрезентативные группы: I группа – пациенты, у которых выявлены только хламидии, – 68 человек; II группа – пациенты, у которых выявлены только Hр, – 182 человека; III группа – пациенты, у которых выявлены хламидии и Hр (обе инфекции), – 60 человек; IV группа – пациенты, у которых хламидии и Hр не выявлены, – 82 человека.

У больных УГХ, в биоптатах эрозий желудка которых выявлялись хламидии или сочетание хламидий и Hр, в большем проценте случаев выявлялись болевой (100%) и диспепсический (95,3%) синдромы, по сравнению с больными, в биоптатах эрозий желудка которых хламидии не выявлялись (90,2% и 77,3% случаев соответственно), наблюдалось достоверное повышение среднего показателя интенсивности болевого ($2,9 \pm 0,08$ балла) и диспепсического ($3,33 \pm 0,24$ балла) синдромов ($p < 0,01$) по сравнению с больными группы наблюдения ($2,4 \pm 0,10$ и $1,42 \pm 0,11$ балла соответственно). Выявлена корреляционная зависимость: между давностью заболевания и наличием осложненных форм хламидийной инфекции ($r = 0,61$); между частотой сопутствующих заболеваний и пораженностью слизистой оболочки желудка хламидиями и Hр ($r = 0,83$).

У больных с хроническими эрозиями желудка, ассоциированными с хламидийной инфекцией, преобладали группы эрозий (от 1 до 5), крупные (более 5 мм) эрозии с локализацией в антральном отделе желудка. Определена корреляционная зависимость между размером эрозий желудка и интенсивностью болевого синдрома ($r = 0,50$).

У пациентов с эрозивными поражениями желудка наблюдались неоднородные изменения иммунного статуса. У больных УГХ, в биоптатах хронических эрозий желудка которых выявлялись

хламидии, наблюдалось достоверное, по сравнению с контрольной группой, снижение показателей клеточного иммунитета: $CD3+$ ($59,5 \pm 1,4$, контроль $64,5 \pm 1,8$), $CD4+$ ($45,2 \pm 1,2$, контроль $46,2 \pm 1,6$; $p < 0,001$); гуморального иммунитета: снижение уровня $CD19+$ ($11,1 \pm 1,2$, контроль $12,4 \pm 1,1$), $Ig A$ ($1,9 \pm 0,2$, контроль $2,1 \pm 0,2$) и $Ig M$ ($2,2 \pm 0,1$, контроль $2,5 \pm 0,2$), увеличение уровня $Ig G$ ($9,9 \pm 0,3$, контроль $9,6 \pm 0,2$); изменение неспецифических факторов резистентности организма: фагоцитарной активности нейтрофилов ($23,3 \pm 1,3$, контроль $28,2 \pm 1,3$; $p < 0,001$), фагоцитарного числа ($3,2 \pm 0,2$, контроль $4,1 \pm 0,2$; $p < 0,001$); естественных киллеров – NK-клеток: $CD3-CD56+16$ ($11,9 \pm 1,1$, контроль $16,2 \pm 1,2$; $p < 0,001$). Таким образом, у больных с диагностированной хламидийной инфекцией мы наблюдали признаки преимущественного поражения клеточного и дисбаланс гуморального звеньев иммунитета, что соответствует данным литературы [6].

Вывод. Включение в схемы лечения пациентов с хроническими эрозиями желудка, в биоптатах которых найдены хламидии, препаратов с противохламидийной активностью (азитромицин, юнидокс соллютаб) приводило к купированию основных клинических проявлений и эпителизации хронических эрозий желудка в 87,7% случаев. При изучении отдаленных результатов лечения через 2 года рецидивы эрозий мы наблюдали в 13,9% случаев, в отличие от катамнестических данных результатов традиционной терапии за тот же период, когда рецидивы эрозий наблюдались в 29,7% случаев. Полученные данные подтверждают то, что присутствие хламидийной инфекции при эрозивных поражениях желудка ведет к длительному персистированию эрозий и устойчивости их к традиционной терапии.

Список литературы

1. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем / А.А. Кубанова, Н.В. Фриго, С.В. Роганов [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 5. – С. 54–63.
2. Летьева, О.И. Вопросы эффективности и безопасности иммуномодулирующей терапии в лечении хламидийно-герпетической инфекции урогенитального тракта / О.И. Летьева, О.А. Гизингер, О.Р. Зиганшин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 3. – С. 65–70.
3. Анализ результатов клинико-лабораторного обследования пациенток с неосложненными и осложненными формами урогенитальной хламидийной инфекции / К.И. Плахова, М.Р. Рахматуллина, Н.В. Фриго [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 6. – С. 35–40.
4. Рахматуллина, М.Р. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: итоги работы и перспективы развития / М.Р. Рахматуллина, М.Ю. Васильева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 5. – С. 32–40.
5. Лабораторная диагностика урогенитальной хламидийной инфекции: методические рекомендации для врачей / сост. А.М. Савичева, Е.В. Шипицина, Е.В. Соколовский [и др.]. – СПб.: Н-Л, 2009. – 55 с.
6. Фидаров, А.В. Современные аспекты патогенеза и терапии инфекций, передаваемых половым путем [Клинико-иммунологическое исследование]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Фидаров. – М., 2006. – 50 с.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. // MMWR Morb Mortal Weekly Rep. – 2010. – V. 59 (RP-12). – P. 1–114

УДК 616.36-002.14 (063)

М.А. Иванова¹, М.В. Воробьев²

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ МЗ РФ», г. Москва;

²МУЗ «Вторая городская клиническая больница» г. Иваново

Воробьев Виктор Михайлович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением; Иванова Маиса Афанасьевна — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи

Проведен анализ заболеваемости вирусным гепатитом В, который показал тенденцию к снижению показателей. По социальной характеристике заболеваемости основную часть практически на всем протяжении исследования занимали учащиеся. Одним из основных путей передачи инфекции является парентеральный.

Ключевые слова: гепатит В, заболеваемость, инфицирование, пути передачи, социальный состав.

М.А. Ivanova¹, М.В. Vorobyov²

FREQUENCY OF DETECTING VIRUS B HEPATITIS IN VARIOUS SOCIAL AND AGE GROUPS OF THE POPULATION OF THE IVANOV REGION

¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow;

²City Clinical Hospital № 2, Ivanovo

Vorobyov Victor Mikhaylovich — Candidate of Medical Sciences, the manager of hospital unit; Ivanova Maisa Afanasyevna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Organisation of Treatment-and-Prophylactic Care

We carried out the analysis of the incidence of virus B hepatitis which showed a tendency for indices to decrease. According to the social characteristic of the incidence students prevailed through almost all the period. One of the main ways of infection transmission is parenteral way.

Key words: virus B hepatitis, incidence, infection, ways of transmission, social structure.

Вирусные гепатиты относятся к инфекциям, передаваемым половым путем; это большая группа антропонозных заболеваний, протекающих с поражением печени, имеющих различные этиологические, эпидемиологические и патогенетические характеристики [2]. Высока заболеваемость вирусными гепатитами среди наркозависимых пациентов [1, 3].

Известно, что высокую долю среди больных вирусными гепатитами занимает молодежь. В этой связи проблема распространения вирусных гепатитов является чрезвычайно актуальной для разработки профилактических мероприятий в данной среде.

Цель исследования: установление путей инфицирования и основных тенденций заболеваемости вирусным гепатитом В в Ивановской области.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев заболевания вирусным гепатитом В, выявленных при обращении за медицинской помощью в учреждения здравоохранения Ивановской области за период 2005–2012 гг.

Результаты и их обсуждение. В 2005 г. в Ивановской области зарегистрировано 185 случаев вирусного гепатита В (ВГВ), показатель заболеваемости составил 16,2 на 100 тыс. населения, что ниже предыдущего года на 21,0%.

На 4 территориях области показатели заболеваемости были выше среднеобластных: от 42,0 в Тейковском районе до 26,0 в г. Иваново. В г. Иваново в 2005 г. зарегистрировано 114 случаев вирусного гепатита В, что составило 61,2% от всех случаев.

По социальной принадлежности наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдались среди учащихся техникумов, СПТУ (0,44 на 1000), студентов вузов – 0,47, медицинских работников – 0,24.

Инфицирование за счет парентерального введения наркотиков в 2005 г. составило 0,42 на 100 тыс. (против 0,34 в 2004 г.).

В 2006 г. в общей структуре вирусных гепатитов удельный вес ВГВ составил 30,9%, гепа-

тита С – 8,9%. Показатель заболеваемости ВГВ – 11,83 на 100 тыс., что ниже уровня 2005 г. на 27,2% (2005 г. – 16,24 на 100 тыс.).

Сохраняется тенденция к снижению заболеваемости гепатитом В на большинстве территорий области. На 7 территориях показатели заболеваемости были выше среднеобластных: от 30,0 в Лухском районе до 17,4 на 100 тыс. в г. Иваново. На 2006 г. в г. Иваново приходилось 56,0% случаев заболевания от числа зарегистрированных в области.

По социальной характеристике наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдался среди учащихся техникумов, СПТУ – 0,15 на 1000, студентов вузов – 0,41 на 100 тыс., медицинских работников – 0,34 на 100 тыс. В 2006 г., как и в предыдущие годы, наибольший удельный вес в общей структуре причин заболеваемости гепатитом В составил парентеральный путь передачи – 32,5% (2005 г. – 24,5%).

В 2007 г. в общей структуре вирусных гепатитов удельный вес ВГВ составил 37,3%. В области всего зарегистрировано 94 случая ВГВ, показатель заболеваемости составил 8,55 на 100 тыс., что ниже уровня 2006 г. на 27,7% (2006 г. – 11,83 на 100 тыс.). Как и в предыдущие годы, максимальный удельный вес в общей структуре причин инфицирования заболеваний гепатитом В составил парентеральный путь – 36,2% (2006 г. – 32,5%).

За 2008 г. зарегистрировано 274 случая, показатель – 25,25 на 100 тыс. населения (2007 г. – 22,93). Наблюдается снижение заболеваемости гепатитом В на 31,0% (5,9 на 100 тыс.) и гепатитом С на 36,1% (2,21 на 100 тыс.).

В общей структуре вирусных гепатитов удельный вес ВГВ – 23,4%, ВГС – 8,7%. В структуре острых вирусных гепатитов доля гемоконтактных составляет 32,1%, среди которых доминирует гепатит В (72,7%).

В 2008 г. в области было зарегистрировано 64 случая ВГВ, показатель заболеваемости составил 5,9 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2007 г. на 30,6% (2007 г. – 94 случая, 8,5 на 100 тыс.), в то же время выше общероссийского показателя на 47,5% (РФ – 4,0 на 100 тыс.).

На 4 административных территориях показатели заболеваемости ВГВ превысили среднеобластной уровень: Ивановский район – 11,5; Южский – 14,7; г. Иваново – 7,1; г. Шуя – 8,4.

Более 45% всех случаев вирусного гепатита *B* зарегистрировано в г. Иваново.

Как и в предыдущие годы, максимальный удельный вес в общей структуре причин заболеваемости гепатитом *B* составил парентеральный путь передачи – 34,4% (2007 г. – 25,6%). В 2008 г. прослеживалось дальнейшее снижение случаев заболеваний гепатитом *B* за счет парентерального введения наркотиков. Всего зарегистрирован 1 случай, показатель 0,1 на 100 тыс. (2007 г. – 5 случаев, показатель – 0,4 на 100 тыс., 2006 г. – 4 случая, показатель 0,31, 2005 г. – 5 случаев, показатель 0,32 на 100 тыс.). Всего в 2008 г. в области обследовано 63 883 человека, выявлено 168 носителей *HBsAg*.

При анализе заболеваемости острыми вирусными гепатитами в 2009 г. отмечается их рост на 7,5% и составляет 294 случая (показатель – 27,2 на 100 тыс. населения), 2008 г. – 25,3. На фоне увеличения заболеваемости гепатитом *C* на 9% (2,4 на 100 тыс.) наблюдалось снижение заболеваемости гепатитом *B* на 32,2% (4,0 на 100 тыс.).

В общей структуре вирусных гепатитов доля ВГВ составила 14,6%, ВГС – 8,8%. В 2009 г. зарегистрировано 13 случаев заболеваний вирусным гепатитом неустановленной этиологии (4,4%). Уровень суммарной заболеваемости острыми парентеральными гепатитами ежегодно продолжал снижаться, и в отчетном году доля гемоконтактных гепатитов составила 23,5% (2008 г. – 32,1%), среди которых доминировал вирусный гепатит *B* (62,3%).

В 2009 г. в области зарегистрировано 43 случая ВГВ, показатель заболеваемости составил 4,0 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2008 г. на 32,2%. (2008 г. – 5,9 на 100 тыс., 2007 г. – 8,6 на 100 тыс.). Несмотря на то, что количество ежегодно выявляемых случаев гепатита *B* уменьшается, показатели заболеваемости превышают общероссийский уровень.

В 2009 г. наибольший удельный вес среди установленных причин заболеваний гепатитом *B* по-прежнему составляют внутривенное введение наркотиков – 23,3%, а также медицинские манипуляции – 9,3%. В 58,1% случаев путь передачи вируса гепатита *B* не установлен.

В 2010 г. снижение заболеваемости гепатитом *B* произошло на 13,1%. В общей структуре

вирусных гепатитов доля гепатита *B* составила 34,3% (2009 г. – 14,6%), гепатита *C* – 16,4% (2009 г. – 8,8%). На долю вирусных гепатитов неустановленной этиологии в 2010 г. пришлось 7,9% (2009 г. – 4,4%). Отмечается подъем уровня суммарной заболеваемости острыми парентеральными гепатитами, который составил в отчетном году 50,7% против 23,5 % в 2009 г., среди которых доминировал гепатит *B* (67,6%).

В 2010 г. в Ивановской области уровень ВГВ вырос на 13,1% в сравнении с предыдущим годом, показатель заболеваемости составил 4,49 на 100 тыс. населения (против 3,97 в 2009 г.). В целом же по стране в 2010 г. зарегистрировано снижение заболеваемости острым гепатитом *B* на 17,2%. Среди выявленных форм острого вирусного гепатита доля гемоконтактных гепатитов в текущем году выросла в 2,2 раза по сравнению с предыдущим годом, из них доля заболевших гепатитом *B* возросла с 14,6 до 34,3.

Выше среднеобластного уровня заболеваемости регистрировалась в городах Иваново (6,18 на 100 тыс.), Кинешма (5,36 на 100 тыс.), Тейково (5,53 на 100 тыс.), в Вичугском (17,95 на 100 тыс.), Тейковском (8,73 на 100 тыс.) и Савинском (7,68 на 100 тыс.) районах. Более 50% всех случаев гепатита *B* приходится на областной центр (6,18 на 100 тыс.). Все случаи вирусного гепатита *B* зарегистрированы среди взрослого населения.

Основную часть составили лица в возрасте от 20 до 30 лет – 64,6%.

Отмечено 3 случая инфицирования при внутривенном введении наркотиков (6,25%).

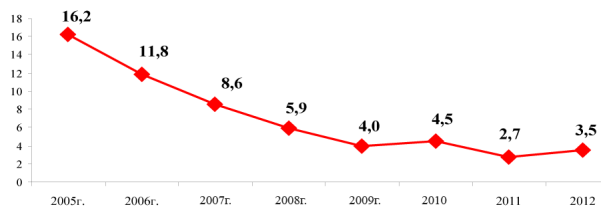
В 2011 г. заболеваемость вирусными гепатитами увеличилась на 14,5%, составив 14,99 на 100 тыс. населения (2010 г. – 13,09). Всего зарегистрировано 160 случаев вирусных гепатитов, причем на долю гепатита *B* приходилось 18,1% (2010 г. – 34,3%), гепатита *C* – 15,0% (2010 г. – 16,4%). Вирусные гепатиты неустановленной этиологии составили 7,5% (2010 г. – 7,9%).

ВГВ зарегистрирован на 6 административных территориях области из 28. Более 60% всех случаев гепатита *B* приходилось на областной центр, в том числе и 2 случая среди детей в возрасте 17 лет.

За счет парентерального введения наркотиков произошло инфицирование 1 человека –

3,4% (2010 г. – 6,3%), проведения татуировок, пирсинга – 13,8%. В 14 случаях из 29 источник инфицирования *HBs*-вирусной инфекцией не установлен.

В 2012 г. на долю гепатита *B* приходилось 26,1% (2011 г. – 18,1%), гепатита *C* – 12,3% (2011 г. – 15,0%). По области уровень ВГВ вырос на 28,3% в сравнении с предыдущим годом; выявлено 37 случаев гепатита *B*, показатель заболеваемости ВГВ составил 3,5 на 100 тыс. населения против 2,72 в 2011 г. ВГВ зарегистрирован на 7 административных территориях области из 28. Более 70,0% всех случаев гепатита *B* приходилось на областной центр, где уровень заболеваемости превышает средний показатель по области в 1,9 раза. Наиболее неблагополучной в эпидемиологическом плане являлась возрастная группа от 20 до 39 лет – 60%, что является фактором риска дальнейшего распространения инфекции (рис.).



Заболеваемость вирусным гепатитом *B* в Ивановской области за период 2005–2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Вывод. Таким образом, тенденция снижения заболеваемости вирусным гепатитом *B* в последние годы несколько замедлилась. Тем не менее проблема остается актуальной. По социальной принадлежности наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдались среди учащейся молодежи.

Список литературы

1. Иванова, М.А. К вопросу об организации медицинской помощи больным с наркотической зависимостью / М.А. Иванова, Т.М. Павлова, О.Ж. Бузик // Вопросы наркологии. – 2010. – № 4. – С. 117–122
2. Вирусные гепатиты / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико [и др.] // Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. – С. 177–188.
3. High prevalence of hepatitis C infection among patients receiving hemodialysis at an urban dialysis center / S. Sivapalasingam, S.F. Malak, J.F. Sullivan [et al.] // Infekt. Control Hosp. Epidemiol. – 2002. – V. 23, №6. – P. 319–324.

УДК 616.36-002-07.616.98 (063).

М.В. Воробьев

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ *C* В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

МУЗ «Вторая городская клиническая больница» г. Иваново

Воробьев Виктор Михайлович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением

*Анализ заболеваемости вирусным гепатитом *C* за последние 8 лет показал тенденцию к снижению показателей как в целом по стране, так и в Ивановской области. Основная часть больных регистрировалась среди пациентов наркологических и дерматовенерологических учреждений. Продолжаются случаи инфицирования при введении внутривенных наркотиков.*

Ключевые слова: гепатит *C*, заболеваемость, инфицирование, внутривенные наркотики.

M.V. Vorobyov

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION CONCERNING THE INCEDENCE OF VIRUS *C* HEPATITIS IN THE IVANOV REGION

City Clinical Hospital № 2, Ivanovo

Vorobyov Victor Mikhaylovich — Candidate of Medical Sciences, Head of the Department

*The analysis of the incidence of virus *C* hepatitis during the last eight years showed a tendency for indices to decrease in the country in general and in the Ivanovo region in particular. The majority of cases were registered among the patients of narcological and dermatovenereologic clinics. Cases of infecting through intravenous introduction of narcotics continue to occur.*

Key words: virus *C* hepatitis, incidence, infection, intravenous narcotics.

Известно, что главная опасность гепатита *C* заключается в его, в большинстве случаев, позднем и часто случайном выявлении, в связи с длительным бессимптомным течением [1], что повышает риск инфицирования окружающих, в том числе через медицинские инструменты при их многократном использовании. Более частое формирование хронических форм гепатита *C*, по сравнению с гепатитом *B*, подтвердили значительно более высокие показатели заболеваемости хроническим гепатитом *C*, несмотря на то, что заболеваемость острыми формами, обусловленными данными гепатитами, отмечается в прямо противоположном соотношении [2, 3]. В современных условиях подобный эпидемиологический процесс отмечен и в США [4].

Цель исследования: установление путей инфицирования и основных тенденций забо-

леваемости вирусным гепатитом *C* в Ивановской области.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев заболевания вирусным гепатитом *C*, выявленных при обращении за медицинской помощью в учреждения здравоохранения Ивановской области.

Результаты и их обсуждение. В 2005 г. в Ивановской области было зарегистрировано 32 случая вирусного гепатита *C*, показатель заболеваемости составил 2,8 на 100 тыс., что выше уровня 2004 г. на 7,7% (2004 г. – 2,6 на 100 тыс.).

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости гепатитом *C* в 2005 г., как и в предыдущие годы, наиболее неблагоприятной являлась в возрастной группе 15–19 лет, где показатель заболеваемости составил 0,13 на 1000 (уровне 2004 г.).

В 2005 г. зарегистрировано 7 случаев заболевания из-за парентерального введения наркотиков – 21,8% (2004 г. – 3,0%). По-прежнему высокий удельный вес выявленных носителей анти-*HCV* наблюдается среди обследованных пациентов наркологических и кожно-венерологических диспансеров – 18 человек (56,3%).

В 2006 г. в области зарегистрировано 38 случаев вирусного гепатита *C*, показатель заболеваемости составил 3,4 на 100 тыс., что выше уровня 2005 г. на 21% (2005 г. – 2,8 на 100 тыс.). Зарегистрировано 7 случаев заболевания за счет парентерального введения наркотиков – 18,4% (2005 г. – 21,8%). При обследовании 79 082 человек выявлено 462 носителя анти-*HCV*. По-прежнему, как и в предыдущие годы, высокий удельный вес выявленных носителей анти-*HCV* наблюдается среди обследованных пациентов наркологических и кожно-венерологических диспансеров.

В 2007 г. в области зарегистрировано 38 случаев вирусного гепатита *C*, показатель заболеваемости составил 3,5 на 100 тыс., что на уровне 2006 г. (2006 г. – 3,4 на 100 тыс. – 38 случаев). Зарегистрировано 7 случаев заболевания за счет парентерального введения наркотиков – 18,4% (на уровне 2006 г.).

В 2008 г. в области зарегистрировано 24 случая вирусного гепатита *C*, показатель заболеваемости составил 2,21 на 100 тыс., что ниже уровня 2007 г. на 36,1%. Отмечается снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом *C* в большинстве районов области.

За счет парентерального введения наркотиков зарегистрировано 2 случая заболевания – 8,3% (2007 г. – 18,4%).

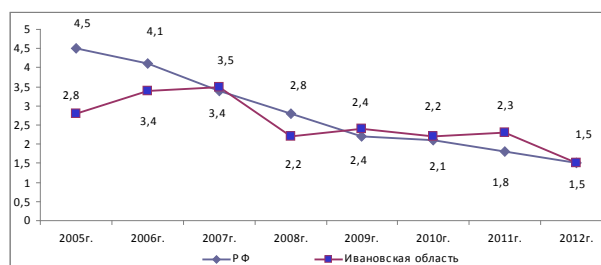
Уровень заболеваемости вирусным гепатитом *C* в 2009 г. в сравнении с предыдущим годом увеличился на 9%, при показателе заболеваемости 2,4 на 100 тыс. населения (2008 г. – 2,2 на 100 тыс.). Наиболее высокая заболеваемость наблюдалась в г. Тейково (13,5 на 100 тыс.), Ивановском (8,8 на 100 тыс.) и Южском (7,4 на 100 тыс.) районах.

Заболеваемость вирусным гепатитом *C* в 2010 г. по сравнению с предыдущим годом уменьшилась на 10,4% (2,15 на 100 тыс.). Наиболее высокие уровни заболеваемости гепатитом *C*, превышающие среднеобластной показатель в 3 и более раз, наблюдались в г. Фурманово (8,0 на 100 тыс.), в Тейковском (8,7 на 100 тыс.) и Лухском (22,8 на 100 тыс.) районах.

Заболеваемость вирусным гепатитом *C* в 2005–2010 гг. регистрировалась на уровне 2,5–3,5 на 100 тыс. населения, как и в целом по России. В отчетном году выявлено 24 случая, что составило 2,25 на 100 тыс. населения (2010 г. – 2,2 на 100 тыс.). Наиболее высокие показатели зафиксированы в г. Кохма (7,0 на 100 тыс.), г. Кинешма (4,3 на 100 тыс.), г. Иваново (3,4 на 100 тыс.) и Родниковском районе (5,4 на 100 тыс.).

Заболеваемость острым вирусным гепатитом *C* в Ивановской области за 2005–2011 гг. регистрировалась на уровне 2,5–3,5 на 100 тыс. населения, как и в целом по России.

В 2012 г. заболеваемость гепатитом *C* снизилась по сравнению с 2011 г. на 32,9%, показатель заболеваемости составил 1,51 против 2,3 на 100 тыс. населения в 2011 г. (2010 г. – 2,2 на 100 тыс.). По России заболеваемость гепатитом *C* снизилась на 17,8%, составив 1,5 на 100 тыс. населения (рис.).



Заболеваемость вирусным гепатитом *C* в Ивановской области и Российской Федерации за период 2005–2012 гг. (на 100 тыс. населения)

В общей структуре хронических вирусных гепатитов на долю хронического вирусного гепатита *C* приходится 76,3%. Хронический вирусный гепатит *B* составляет 22,1% (в 2011 г. – 26,6%, в 2010 г. – 34,1%).

В 2012 г. показатель заболеваемости хроническим гепатитом *C* в 3,5 раза превысил показатель заболеваемости хроническим гепатитом *B* и составил 22,5 на 100 тыс. населения при показателе заболеваемости хроническим гепатитом *B* – 6,5 (в 2011 г. – 20,2 и 8,0, в 2010 г. – 17,3 и 10,0 соответственно).

В последнее время в Ивановской области наблюдался рост регистрации заболеваемости хроническим вирусным гепатитом *C* в 2 раза (2006 г. – 10,8%, 2012 г. – 22,5%), а заболеваемость хроническим гепатитом *C* в 2012 г. превзошла показатель острого гепатита *C* в 15 раз. Зарегистрировано 238 случаев хронического гепатита *C*, что выше предыдущего года на 11,2%. Неблагополучная ситуация складывается в г. Вичуга, Родниковском и Фурмановском районах, а в г. Кохма показатель заболеваемости хроническим гепатитом *C* превышает среднеобластной в 5,7 раза (сосредоточена основная масса наркопотребителей).

Вывод. Таким образом, в Ивановской области за период 2005–2012 гг. прослеживается наиболее неблагоприятная ситуация по заболеваемости вирусным гепатитом *C* среди пациентов наркологических и дерматовенерологических учреждений. Продолжаются случаи инфицирования при введении внутривенных наркотиков. В целом в динамике за последние 8 лет в Ивановской области наблюдается снижение заболеваемости вирусным гепатитом *C*, как и в целом по стране.

Список литературы

1. Проблемы подготовки вакцинных штаммов живой гриппозной вакцины на основе потенциально пандемических вирусов гриппа / Е.А. Баженова, Н.В. Ларионова, Е.А. Федорова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6. – С. 16–20.
2. **Мукомолов, С.Л.** Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов в Российской Федерации в 1999-2009 гг. / С.Л. Мукомолов, И.А. Левакова // Инфекция и иммунитет. – 2011. – № 1 (3). – С. 255–262.
3. Эволюция эпидемиологического процесса хронических гепатитов в Санкт-Петербурге / В.В. Нечаев, С.Л. Мукомолов, В.Ю. Назаров [и др.] // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2011. – № 1. – С. 21–24.
4. **Daniels, D.** Surveillance for acute viral hepatitis – United States, 2007 / D. Daniels, S. Grytdal, A. Wasley // MMWR Surveill. Summ. – 2009. – № 58 (3). – P. 1–27.

КОСМЕТОЛОГИЯ / COSMETOLOGY

УДК 616.529.1(470.51)

Р.М. Загртдинова

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Загртдинова Ризид Миннесагитовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Под наблюдением находились 24 женщины в возрасте от 48 до 56 лет. Большинство пациенток предъявляли жалобы на снижение настроения и самооценки, повышение АД и загрудинные боли, боли в суставах, учащение позывов к мочеиспусканию и снижение либидо. У пациенток, практиковавших заместительную гормональную терапию, за период наблюдения заметно улучшилось здоровье и качество жизни. «Анжелик» — препарат, отвечающий современным требованиям заместительной гормональной терапии в постменопаузе у женщин.

Ключевые слова: заместительная гормональная терапия, постменопауза, препарат «Анжелик».

R.M. Zagrtdinova

HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN IMPROVING THE LIFE QUALITY OF PATIENTS IN MENOPAUSE

Ishvsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology

We observed 24 women aged 48 to 56 years. Most of the patients complained of low mood and self-esteem, increased blood pressure and retrosternal pain, pain in the joints, frequent urination and loss of libido. In patients undergoing hormone replacement therapy health and quality of life improved significantly during the observation period. "Angelique" is a preparation that meets the modern requirements of hormone replacement therapy in postmenopausal women.

Key words: hormone replacement therapy, postmenopausal, "Angelique".

Женщины почти всю вторую половину жизни проживают в постменопаузе, когда качество и ощущение общего благополучия могут резко снижаться по многим причинам: появление ва-

зомоторных симптомов, отрицательное отношение к повышению веса и изменению его распределения, развитие соматических заболеваний и резкое усиление признаков старения кожи.

До сих пор вопросам негативного влияния изменения уровня половых стероидов на кожу в переходный период уделяется мало внимания, хотя возрастные нарушения кожи и ее придатков являются, как правило, самыми ранними и отчетливыми признаками старения организма. Ухудшение внешнего вида, снижение настроения и чувства собственного достоинства снижают мотивацию и способность женщины противостоять возрастным изменениям, создавая порочный «замкнутый круг» [3, 4, 5].

Еще большему снижению качества жизни способствуют повышение артериального давления, головные боли, нарушение углеводного обмена, боли в суставах, частые позывы к мочеиспусканию, недержание мочи, снижение либидо. Кроме того, для некоторых женщин в данный период характерны депрессивные состояния, чувство страха перед чем-то непредвиденным.

Заболеваемость ишемической болезнью сердца в данный период увеличивается приблизительно до 3–5 случаев на 1000 женщин в год даже в группах низкого риска [1], что свидетельствует о снижении защитного влияния эстрогенов на сердечно-сосудистую систему по мере угасания эстрогенной функции яичников [1].

Заместительная гормональная терапия смягчает проявления старения и даже может способствовать обратному развитию многих неблагоприятных изменений. Одним из признанных препаратов, используемых для заместительной гормональной терапии (ЗГТ), является препарат «Анжелик», содержащий 2 мг дроспиренона (ДРСП) и 1 мг эстрадиола. Преимуществами препарата «Анжелик» перед другими ЗГТ

закljučается в следующем: низкая доза эстрогенного компонента в препарате (всего 1 мг эстрадиола); гестаген (дроспиренон – 2 мг) по фармакологическим свойствам приближен к естественному прогестерону, а также обладает антиминералокортикоидным и антиандрогенным свойствами. ДРСП позволяет поддерживать стабильный вес, что в свою очередь способствует улучшению общего самочувствия и самооценки. Антиандрогенный эффект ДРСП оказывает дополнительное положительное влияние на кожу. Кроме того, доказанный антиандрогенный эффект препарата «Анжелик» позволяет назначать его пациенткам с повышенным давлением. В то же время при нормальном уровне АД его показатели не меняются [2].

Целью исследования являлась оценка клинической эффективности препарата «Анжелик» в коррекции климактерического синдрома.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 24 пациентки в возрасте от 48 до 56 лет (12 из них получали препарат «Анжелик» – основная группа, а другие 12 отказались от ЗГТ – группа сравнения).

Результаты и их обсуждение. Период отсутствия менструаций до исследования у наблюдаемых женщин составил от 10 до 13 месяцев. Срок клинического наблюдения каждой пациентки составил 2,5 года. Все пациентки были недовольны своим внешним видом (отмечали старение кожи, набор веса за последние 3–4 года в среднем на 6,2 кг). Половина исследуемых жаловалась на повышение АД и периодические загрудинные боли, 18 женщин отмечали частые позывы к мочеиспусканию, 10 – эпизоды недержания мочи при кашле и чихании. Тринадцать женщин отмечали боли в суставах, усиливающиеся при физической нагрузке (подъем по лестнице) и в осенне-весенний период. При лабораторном обследовании было выявлено повышение уровня холестерина у 17, повышение показателей при исследовании сахара крови у 9 наблюдаемых женщин. Средний показатель снижения качества жизни у наблюдаемых пациенток (по данным разработанной нами шкалы) составил 34 ед., при возможности максимальных значений 40 ед.

К концу наблюдения пациентки основной группы отметили улучшение самочувствия, бо-

лее позитивное отношение к окружающим и к себе, проявление большего интереса к противоположному полу; в группе сравнения еще больше упал интерес к жизни. Потеря в весе в основной группе составила в среднем 4 кг, тогда как в группе сравнения напротив средний набор веса составил 5,2 кг. Женщины, получавшие препарат «Анжелик», отметили нормализацию АД, уменьшение и даже исчезновение загрудинных болей, а среди женщин, не получавших ЗГТ, наметился еще больший подъем АД, 3 женщины за период наблюдения госпитализировались по поводу гипертонических кризов и 1 по поводу микроинфаркта миокарда. У 1 женщины основной группы значительно уменьшились суставные боли, стали хорошо купироваться соответствующими препаратами, а остальные 6 забыли о таковых. В группе сравнения отмечалось прогрессирование заболеваний суставов. Пациентки основной группы отметили уменьшение позывов к мочеиспусканию и эпизодов недержания мочи, что не было замечено в группе сравнения. У всех женщин на фоне приема препарата «Анжелик» уровни холестерина и сахара крови при исследовании в период окончания наблюдения были в пределах нормы, а в группе сравнения выявилась тенденция к повышению данных показателей. Средний показатель снижения качества жизни женщин, практиковавших ЗГТ, снизился до 22 ед., тогда как у женщин, отказавшихся от нее, напротив, повысился до 38 ед.

Вывод. ЗГТ способствует улучшению психоэмоционального состояния и здоровья женщин в период постменопаузы, в целом повышая качество их жизни. Препарат «Анжелик» может быть рекомендован для ЗГТ как наиболее отвечающий современным требованиям для выполнения данной задачи.

Список литературы

1. Заместительная гормональная терапия как средство первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / И.В. Кузнецова, В.Б. Мычка, М.Ю. Кириллова [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 5. – С. 12–15.
2. Юцковская, Я.А. Комплексная коррекция качества жизни женщин в период менопаузы / Я.А. Юцковская, И.Е. Дворянинова, О.И. Золотова // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. – № 4. – С. 24–25.
3. Gilchrest, B.A. Age associated changes in the skin: overview and clinical relevance / B.A. Gilchrest // J. Am. Geriatr. Soc. – 1982. – № 30. – P. 139–142.

4. Risks and benefits of estrogen plus progestin postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial / J.E. Rossouw, G.L. Anderson, R.L. Prentice [et al.] // JAMA. – 2002. – № 3. – V. 288. – P. 321–333.

5. **Teixera, P.J.** Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women / P.J. Teixeira, S.B. Going, L.B. Houtkeeper // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2009. – V. 28. – № 9. – P. 1124–1133.

УДК 612.79.67:615.357

*М.В. Бабушкина¹, Р.М. Загртдинова¹,
Т.Г. Емельянова²*

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² БОУ СПО «Ижевский медицинский колледж им. Героя Советского Союза Ф.А. Пушиной МЗ УР», Удмуртская Республика

Бабушкина Мария Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии; **Загртдинова Ризид Миннесагитовна** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; **Емельянова Татьяна Геннадьевна** — заместитель директора

Под наблюдением находилось 19 женщин в возрасте от 44 до 56 лет с диагнозом старения кожи лица на фоне дефицита эстрогена. Заместительная гормонотерапия позволила повысить эффективность косметологической коррекции менопаузального старения кожи. Уменьшение клинических признаков старения сопровождалось положительной динамикой функциональных параметров кожи.

Ключевые слова: старение кожи лица, менопауза, заместительная гормонотерапия, фемостон.

*M.V. Babushkina¹, R.M. Zagrtdinova¹,
T.G. Emelyanova²*

MODERN OPPORTUNITIES OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY FOR CORRECTING AGE-RELATED CHANGES IN THE SKIN

¹Ishevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

²Izhevsk Medical College, Udmurt Republic

Babushkina Maria Viktorovna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology; **Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Emelyanova Tatiana Gennadievna** — Deputy Director

We observed 19 women aged 44 to 56 years with the aging of the face skin associated with estrogen deficiency. Hormone replacement therapy improved the effectiveness of cosmetic correction of menopausal skin aging. Decrease in clinical signs of aging was accompanied by the positive dynamics of the functional parameters of the skin.

Key words: face skin aging, menopause, hormone replacement therapy, femoston.

В последние годы достигнуты значительные успехи в области геронтологии. Увеличилась общая продолжительность жизни человека, вследствие чего более трети жизни современной женщины приходится на период пери- и постменопаузы, сопровождающийся постепенным истощением функции яичников и снижением уровня половых гормонов [1, 3, 5].

В женском организме нет ни одного органа, на который бы не действовали половые гормоны. Кожа также является эстрогенчувствительным и реактивным органом, поэтому уменьшение содержания половых стероидов в климактерический период негативно отражается на ее состоянии, при этом нарушаются процессы кератинизации и десквамации, угнетается синтез коллагена и гидрофильных гликозаминогликанов, нарушается синтез эпидермальных липидов, атрофируются сальные железы, происходит утолщение рогового слоя, снижение эластичности и гидратированности кожи [2–4]. Поэтому нередко именно в этот период женщина впервые приходит на прием к косметологу и предъявляет жалобы на появление морщин, сухости, стянутости, шелушения, тусклый безжизненный цвет лица, возникновение гиперпигментаций, телеангиэктазий, вследствие относительной гиперандрогении может развиваться гирсутизм.

Косметолог при оказании помощи данной категории пациенток должен помнить, что косметические процедуры и средства домашнего ухода на фоне гипоестрогении будут малоэффективны. Восполнение дефицита эстрогенов в пери- и постменопаузе успешно решается посредством назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Целью исследования являлась оценка эффективности косметологических процедур у женщин, находящихся в климактерическом периоде, на фоне коррекции дефицита эстрогенов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 19 женщин в возрасте от 44 до 56 лет с диагнозом старения кожи лица на фоне дефицита эстрогена. Средний возраст составлял 51,7 года. Все пациентки страдали различными проявлениями климактерического синдрома и были консультированы гинекологом-эндокринологом. Наибольшее количество женщин находились в перименопаузе — 14 человек, постменопауза наблюдалась у 5 пациентов. Средняя продолжительность

постменопаузы составляла 2,3 года. Диагностировано значительное повышение фолликулостимулирующего гормона и снижение уровня эстрадиола у всех участниц исследования.

У 7 женщин имелись противопоказания для заместительной гормонотерапии, в связи с чем пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 12 (63,2%) женщин, которым была назначена ЗГТ. У женщин в перименопаузе препараты использовались в циклическом режиме перорально (фемостон 1/10), по 1 таблетке в сутки каждый день; у женщин в постменопаузе – в непрерывном комбинированном режиме перорально (фемостон 1/5 конти), ежедневно по 1 таблетке в сутки. Во вторую группу вошли 7 (36,8%) женщин, не получавших ЗГТ.

Для объективной оценки выраженности кожных изменений и эффективности проводимой терапии использовался индекс шкалы симптомов (ИШС) старения кожи лица [3]. ИШС учитывает 7 симптомов старения кожи лица: сухость и стянутость кожи, шелушение, снижение упругости и эластичности кожи, морщины, изменение цвета и тона кожи, телеангиэктазии, гирсутизм. Выраженность каждого симптома оценивалась по 4-балльной шкале: 0 – отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – резко выражен.

Результаты лечения оценивали по изменениям ИШС. Отличному результату соответствовало уменьшение ИШС на 75–100%, значительному улучшению – регресс симптомов на 50–75%, улучшению – 25–50%, отсутствию выраженного эффекта – 0–25% [3].

Для оценки функционального состояния кожных покровов проводили корнеометрию, себуметрию и кутометрию с помощью электронного анализатора состояния кожи (*Lark International Development LTD, China*). Прибор определяет степень увлажненности, жирности и тургор кожи по шкале от –5 до +5 баллов.

Наблюдение за женщинами проводилось в течение 6–8 месяцев. Участницы получали комбинированную терапию: биоревитализация (*Ial-system, Ial-system ACP*) и химические пилинги (гликолевый 5–70%, *Premium*, ретиноевый 4%, *Mediderma*).

Результаты и их обсуждение. До лечения морщины различной степени выраженности отмечались у всех пациенток. После проведенного курса терапии у 7 (58,3%) женщин, получавших фемостон, и лишь у 2 (28,6%) из группы срав-

нения наблюдалось значительное улучшение состояния в виде сглаженности морщин и уменьшения появления новых.

Сухость и стянутость кожи до лечения беспокоили 9 (75,0%) женщин из группы наблюдения и 6 (85,7%) человек из группы сравнения. К контрольному сроку исследования симптомы регрессировали у 7 (58,3%) женщин, получавших фемостон, у 2 (16,7%) пациенток этой же группы и 4 (57,1%) из группы сравнения удалось добиться лишь улучшения состояния кожи.

На шелушение и грубость кожи до лечения жаловались 7 (58,3%) женщин первой группы и 5 (71,4%) человек из группы сравнения. У 6 (50%) пациенток, получавших фемостон, произошло разрешение данных симптомов, у 1 (8,3%) женщины из группы наблюдения и 2 (28,6%) из группы сравнения уменьшилась площадь участков кожи с шелушением.

До лечения снижение тургора кожи отмечалось у 7 (58,3%) человек первой группы и 4 (57,1%) – второй. У 3 (25%) женщин группы наблюдения и 1 (14,3%) пациентки из группы сравнения удалось добиться значительного улучшения состояния кожи.

Тусклый цвет лица и гиперпигментация беспокоили 5 (41,7% и 71,4%) женщин из каждой группы. У всех пациенток, получавших фемостон, и 3 женщин из второй группы симптомы разрешились. Участницы отмечали значительное улучшение тона кожи и уменьшение выраженности гиперпигментаций.

После проведенной коррекции у 2 (16,7%) из 3 женщин группы наблюдения регистрировалось уменьшение проявлений телеангиэктазий, чего не отмечалось в группе сравнения. Явления гирсутизма регрессировали в связи с устранением относительной гиперандрогении у пациентки, принимавшей фемостон.

У женщин группы наблюдения ИШС уменьшился с 14,6 до 3,5 балла, во второй группе – с 14,8 до 7,2 балла. Отличный эффект наблюдался у 5 (41,7%) женщин, принимавших фемостон, значительное улучшение – у 6 (50%), улучшение – у 1 (8,3%) пациентки. В группе сравнения – отличный результат – у 2 (28,6%), значительное улучшение – у 1 (14,3%), улучшение – у 3 (42,9%), незначительный эффект – у 1 (14,3%) женщины, которая находилась в более поздней постменопаузе.

Уменьшение клинических признаков старения кожи сопровождалось положительной динамикой функциональных параметров кожи. Так, в группе пациенток, получавших фемостон, наблюдалось восстановление гидролипидной мантии кожи – уровень увлажненности увеличился с –4,2 до 1,7 балла, в группе сравнения – с –4,1 до 0,3 балла. Показатель себуметрии повысился с –3,7 до 0,9 балла в группе наблюдения, и с –3,8 до –0,4 балла – в группе пациенток, не получавших ЗГТ. Показатель эластичности кожи увеличился с –3,8 до 1,1 балла в группе наблюдения и с –3,6 до 0,2 балла – в группе сравнения.

Вывод. Таким образом, заместительная гормонотерапия позволяет повысить эффективность косметологической коррекции менопаузального старения кожи.

Список литературы

1. **Калинченко, С.Ю.** Индивидуализация выбора заместительной гормональной терапии с учетом разных типов климактерических расстройств (с преимущественным дефицитом эстрогенов и андрогенов, по смешанному типу) / С.Ю. Калинченко, С.С. Апетов // *Consilium medicum*. – 2012. – № 6. – С. 88–92.
2. **Кузнецова, И.В.** Метаболические эффекты гидрогестерона в составе препаратов для заместительной гормональной терапии / И.В. Кузнецова // *Consilium medicum*. – 2010. – № 6. – С. 6–12.
3. **Мирзоева, П.Н.** Топические фитоэстрогены в коррекции инволютивных изменений кожи / П.Н. Мирзоева, Е.В. Матушевская, Я.З. Зайдиева // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2009. – № 3. – С. 87–92.
4. **Сметник, В.П.** Красота зрелого возраста / В.П. Сметник // *StatusPraesens*. – 2011. – № 2 (5). – С. 50–54.
5. Meta-analysis: effects of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women / S.R. Salpeter, J.M.E. Walsh, T.M. Ormiston [et al.] // *Diab Obes Metab*. – 2006. – № 8. – P. 538–554.

УДК 616-007.17:616.5-083.4

*Р.М. Загртдинова¹, Н.Ю. Кононова²,
О.В. Данилова¹*

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ КОЖИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

¹ БООУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика;

² ОАО «Санаторий «Металлург», г. Ижевск, Удмуртская Республика

Загртдинова Ризид Миннесагитовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии; **Кононова Наталья Юрьевна** — кандидат медицинских наук, заведующий Медицинским центром красоты и здоровья

Представлены результаты лечения преждевременного старения кожи при дисплазии соединительной ткани различными методами.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, преждевременное старение, микротоковая терапия, гиалуроновая кислота.

R.M. Zagrtidinova¹, N.Yu. Kononova², O.V. Danilova¹

METHODS OF CORRECTING PREMATURE SKIN AGING IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic;

² JSC sanatorium «Metallurg», Izhevsk, Udmurt Republic

Zagrtidinova Rizida Minnesagitovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatology and Venereology; **Kononova Natalia Yurievna** — Candidate of Medical Sciences, Head of the Medical Centre of Beauty and Health

This paper presents the results of the treatment of premature skin aging in connective tissue dysplasia using different methods.

Key words: connective tissue dysplasia, premature aging, microcurrent therapy, hyaluronic acid.

Дисплазией соединительной ткани (ДСТ) называют генетически детерминированное нарушение ее развития, характеризующееся дефектами ее основного вещества и волокон, приводящее к расстройству гомеостаза на всех уровнях организма [1]. Неповторимость структуры и функций соединительной ткани (СТ) является предпосылкой для возникновения огромного числа ее аномалий, вызванных генными дефектами или вследствие мутагенных воздействий неблагоприятных факторов внешней среды [6, 8].

В настоящее время среди основных причин ДСТ выделяют изменения темпов синтеза и сборки коллагена и эластина, синтез незрелого коллагена, нарушение структуры коллагеновых и эластиновых волокон вследствие их недостаточной поперечной сшивки [6, 1, 8]. Для оценки кожного поражения при ДСТ была создана единая шкала фенотипических признаков [2]. Основной характеристикой этих признаков является широкий спектр клинических проявлений без определенной четкой клинической картины. Клинико-морфологические проявления ДСТ могут включать признаки преждевременного старения кожи: раннее формирование морщин, деформацию овала лица, сухость кожи вследствие нарушения эпидермального барьера, истончение из-за уменьшения выра-

ботки коллагена и гиалуроновой кислоты (ГК). В дерме уменьшается количество сосудов, нарушается микроциркуляция. При этом эпидермис наоборот утолщается за счет рогового слоя, что приводит к тусклому цвету лица [2].

В то время как вопросы поражения кожи при ДСТ описаны многими исследователями [1, 2], принципы коррекции этих состояний до настоящего момента изучены недостаточно. С этих позиций интересно изучение воздействия микротоковой терапии (МТТ) и ГК на кожу лица и шеи при преждевременном старении.

МТТ – метод электротерапии, в котором используется комплексное воздействие на организм человека слабым модулированным импульсным электрическим током в диапазоне от 10 до 600 мкА с частотой 0,1–300 Гц с инверсией полярности импульсов и частотной интерференцией. Ток небольшой силы способен проникать непосредственно в патологический очаг (травма, воспаление, хроно- и фотостарение), восстанавливая поляризацию клеточных мембран и правильное соотношение потенциалов покоя и действия, нормализуя работу клеток. В фазе потенциала действия под влиянием микротоков интенсифицируется работа ионных каналов. За счет стимуляции регенерации эпидермиса и восстановления барьерных свойств наблюдается выраженное снижение трансэпидермальной потери воды, повышается увлажненность кожи. На уровне дермы наблюдается эффект активизации фибробластов, повышение синтеза гиалуроновой кислоты и коллагена на фоне утилизации «старых» волокон. В коже при ДСТ отмечаются морфологические сдвиги, являющиеся следствием изменений содержания белково-полисахаридных комплексов, функциональными компонентами которых выступают гликозаминогликаны (ГАГ) [2, 4]. Поэтому представляется возможным проводить восполнение ГК в коже для коррекции этих изменений [7, 4].

Цель исследования: изучить эффективность разных методов лечения преждевременного старения кожи у женщин с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы. В Медицинском центре красоты и здоровья мы наблюдали 46 женщин

в возрасте от 28 до 42 лет с признаками недифференцированной ДСТ (раннее формирование морщин, гиперрастяжимость кожи, тонкая просвечивающая кожа, широкие атрофические рубцы, келоидные или гипертрофические рубцы, множественные стрии, вялая, рыхлая кожа, ломкие, расщепляющиеся ногтевые пластинки, тонкие, ломкие, тусклые волосы), обязательным было наличие пролапса митрального клапана. Преобладали женщины с мелкоморщинистым типом старения кожи, сухой, атоничной, тонкой чувствительной кожей лица и шеи с сетью мелких периорбитальных морщин и выраженными носогубными складками. Критериями исключения из исследования были: возраст старше 45 лет, наличие сопутствующих соматических заболеваний, наличие кожных заболеваний в стадии обострения, предшествующая косметологическая коррекция в течение года, беременность и лактация, прием антикоагулянтов, НПВП, ретиноидов.

Все пациентки были разделены на 3 группы. Средний возраст в 1-й группе составил $31,4 \pm 5,8$ года, во 2-й – $36,7 \pm 4,1$ года, в 3-й группе – $34,9 \pm 6,0$ года. В 1-й группе провели курс МТТ № 10 через день, во 2-й группе – инъекции 1% ГК внутрикожно № 3 1 раз в 2 недели, в 3-й группе сочетали курс МТТ № 10 через день + инъекции 1% ГК внутрикожно № 3 1 раз в 2 недели.

Для объективной оценки выраженности кожных изменений и эффективности проводимой терапии мы использовали индекс шкалы симптомов (ИШС) старения кожи лица и шеи [3]. Отличному результату соответствовало уменьшение ИШС на 75–100%, значительному улучшению – регресс симптомов на 50–75%, улучшению – 25–50%, отсутствию выраженного эффекта – 0–25%. В крови женщин до и после курса лечения определяли уровни свободного гидроксипролина (СГП), гиалуронидазной активности (ГА) и содержание суммарных ГАГ [5]. Статистическую обработку данных выполняли с помощью *Statistica 6.0* для *Windows*.

Результаты и их обсуждение. Распределение пациенток по клиническим признакам до и после лечения представлено в таблице.

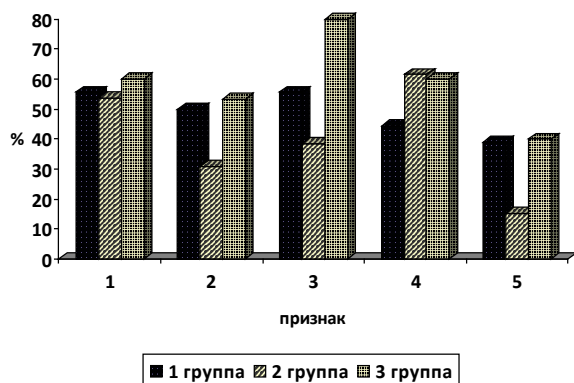
Распределение пациенток по клиническим признакам до и после лечения, %

Клинический признак	1-я группа (n=18)		2-я группа (n=13)		3-я группа (n=15)	
	до	после	до	после	до	после
1. Сухость, стянутость, шелушение кожи	77,8	22,2	76,9	23,1	73,3	13,3
2. Снижение эластичности, упругости кожи	100,0	50,0	100,0	69,2	93,3	40,0
3. Морщины	100,0	44,4	100,0	61,5	100,0	20,0
4. Изменения цвета и тона кожи	66,7	22,2	69,2	7,7	66,7	6,7
5. Телеангиоэктазии	50,0	11,1	30,8	15,4	73,3	33,3

В результате был достигнут выраженный клинический эффект в виде регресса сухости, стянутости кожи, уменьшения выраженности морщин, повышения упругости кожи и выравнивания цвета кожи во всех группах исследования. Основным параметром эффективности проводимой терапии было определение динамики изменения ИШС старения кожи лица и шеи по 5 клиническим признакам, описанным в таблице, результаты представлены на рисунке.

Как показывают данные на рисунке, отличный результат по коррекции выраженности морщин был получен в 3-й группе женщин, что наиболее их удовлетворило. Значительное улучшение показателей было получено по 3 признакам (сухость, стянутость, шелушение кожи; снижение эластичности, упругости кожи; изменения цвета и тона кожи).

В 1-й группе женщин после процедур уровень СГП вырос на 15% ($p<0,05$), уровень ГА не изменился, а уровень суммарных ГАГ увеличился на 10% ($p<0,05$). Во 2-й группе уровень СГП повысился незначительно ($p>0,05$), ГА и суммарные ГАГ увеличились на 30% и 25% соответственно ($p<0,05$). В 3-й группе вырос уровень СГП ($p<0,05$), в 2 раза повысилась ГА сыворотки крови ($p<0,05$) и уровень суммарных ГАГ ($p<0,05$).



Динамика изменения ИШС после окончания лечения

Подобное повышение ГА и ГАГ в крови свидетельствует и о повышении ГАГ в коже. Увеличение уровня СГП говорит нам о распаде зрелого, неполноценного коллагена и, как следствие, увеличении гидратации кожи, способности к стимуляции фибробластов, что в результате ведет к неокollaгенезу.

Вывод. Таким образом, через 6 недель терапии у пациентов всех групп исследования наблюдалась динамика ИШС с достоверным преимуществом у женщин 3-й группы, которые получали комбинированное лечение признаков старения кожи: курс МТТ и инъекции 1% ГК. Патофизиологические механизмы, происходящие в коже с признаками ДСТ при насыщении ее ГК и при воздействии МТТ, уточняются.

Список литературы

1. **Кадурина, Т.И.** Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 271 с.
2. Дисплазии соединительной ткани в практике врача-дерматолога и косметолога: учебно-методическое пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Б.И. Ляховецкий, Л.К. Глазкова, Т.Ф. Перетолчина [и др.]. – Екатеринбург, 2012. – 48 с.
3. **Середенко, Н.В.** Субъективная эффективность эстетических процедур / Н.В. Середенко, Е.И. Губанова // ВЭМ. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 89–94.
4. **Хабаров, В.Н.** Гиалуроновая кислота: получение, свойства, применение в биологии и медицине / В.Н. Хабаров, П.Я. Бойков, М.А. Селянин. – М.: Практическая медицина, 2012. – 224 с.
5. Методы лабораторных исследований биополимеров соединительной ткани: учебное пособие / П.Н. Шараев, В.Г. Иванов, Т.О. Толстоуцкая [и др.]. – Ижевск, 2009. – 44 с.
6. **Шляхто, Е.В.** Наследственные нарушения соединительной ткани. Проблемы и возможности их решения / Е.В. Шляхто, Э.В. Земцовский // Клиническая медицина. – 2010. – № 5. – С. 63–65.
7. Методы эстетической медицины в косметологии: инъекционные методы эстетической коррекции, пилинги / Е.И. Эрнандес, Е.И. Губанова, Е.З. Парсагашвили [и др.]. – М.: ООО «ИД «Косметика и медицина», 2010. – 320 с.
8. **Persicov, A.V.** Unstable molecules form stable tissues // A.V. Persicov, B. Brodsky // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2002. – V. 99(3). – P. 1101–1103.

УДК 616.5-003.829.5

Т.С. Воронцова, Н.Ю. Кононова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАЗМЫОАО «Санаторий «Металлург», г. Ижевск,
Удмуртская Республика

Воронцова Татьяна Сергеевна — врач-дерматовенеролог; **Кононова Наталья Юрьевна** — кандидат медицинских наук, заведующий Медицинским центром красоты и здоровья

Обсуждается эффективность сочетанного использования отбеливающего средства «Меланатив» с внутривенными инъекциями гиалуроновой кислоты для лечения мелазмы.

Ключевые слова: мелазма, крем «Меланатив», гиалуроновая кислота.

T.S. Vorontsova, N.Yu. Kononova

EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF MELASMA

JSC sanatorium «Metallurg», Izhevsk, Udmurt Republic

Vorontsova Tatiana Sergeevna — dermatovenereologist; **Kononova Natalia Yurievna** — Candidate of Medical Sciences, Head of the Medical Centre of Beauty and Health

This paper discusses the effectiveness of the combined use of bleach "Melanativ" and intradermal injections of hyaluronic acid for the treatment of melasma.

Key words: melasma, "Melanativ", hyaluronic acid.

Различные виды гиперпигментаций кожи, встречающиеся у женщин, — это серьезный косметический дефект, который приводит к преждевременному старению кожи и значительно ухудшает качество жизни [1, 2]. Гиперпигментация (гиперхромия) — усиление пигментации кожи, обусловленное избыточным и неравномерным отложением в коже пигмента меланина [3].

На современном этапе эстетическая медицина располагает огромным арсеналом средств, позволяющих избавиться практически от любого вида гиперпигментации, независимо от ее причины [1, 2, 3]. Косметологическая коррекция гиперпигментации обязательно должна проводиться в двух направлениях: отшелушивание рогового слоя кожи и уменьшение продукции меланина, а также обеспечение надежной защиты кожи от агрессивного воздействия ультрафиолета при помощи косметики с УФ-фильтрами. В настоящее время существует множество препаратов лечебной косметики для домашнего

ухода, однако их эффективность менее выражена, чем у аппаратных методик и профессиональных процедур [1, 3].

Данных о сочетании инъекций гиалуроновой кислоты и отбеливающего средства в литературе недостаточно, между тем гиалуроновая кислота уменьшает пигментпродуцирующую активность меланоцитов, ускоряет деградацию меланина [4]. Крем от пигментных пятен «Меланатив» содержит гликолевую кислоту, альфа-арбутин, дипальмитат койевой кислоты, для усиления отбеливающего эффекта мы решили совместить его с инъекциями гиалуроновой кислоты.

Цель работы: сравнить эффективность применения отбеливающего средства и отбеливающего средства в сочетании с инъекциями гиалуроновой кислоты у женщин, наблюдающихся в Медицинском центре красоты и здоровья ОАО «Санаторий «Металлург».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 16 женщин, средний возраст $36,9 \pm 5,2$ года со II фототипом кожи по классификации Т. Фицпатрика, всем был поставлен диагноз мелазмы.

Первая группа, состоящая из 9 пациентов с площадью гиперпигментации $3,4 \pm 0,4$ см², использовала отбеливающее средство «Меланатив. Крем от пигментных пятен» (Glenmark) на ночь.

Вторая группа, состоящая из 7 пациентов с площадью гиперпигментации $3,8 \pm 0,6$ см², сочетала отбеливающее средство «Меланатив. Крем от пигментных пятен» (Glenmark) на ночь с 4 инъекциями 1% гиалуроновой кислоты внутривенно папульным методом по всей поверхности кожи лица и шеи 1 раз в 2 недели. Женщины обеих групп в дневное время применяли фотопротекцию. Продолжительность исследования в обеих группах составила 45 дней.

Результаты и их обсуждение. При сравнении площади гиперпигментации до и после лечения в обеих группах была отмечена положительная динамика ($p < 0,05$). Во второй группе у пациентов значительно уменьшилась площадь гиперпигментации ($p < 0,05$) по сравнению с первой группой. Плотность гиперпигментации стала значительно меньше, яркость снизилась, эпидер-

мальная гиперпигментация исчезла. Субъективно пациентки обеих групп отмечали улучшение эстетического вида лица. Кожа приобрела живой, здоровый вид. Положительный эффект во 2-й группе наступил раньше на 2 недели, чем у пациентов 1-й группы.

Известно, что при воздействии УФ-лучей на кожу (частая причина мелазмы) происходит повышенная деградация гиалуроновой кислоты в дерме, что в дальнейшем приводит к преждевременному старению кожи. Между тем восполнение дефицита гиалуроновой кислоты запускает механизмы репарации дермы.

Вывод. Таким образом, использование отбеливающего средства «Меланатив. Крем от пиг-

ментных пятен» (*Glenmark*) в сочетании с инъекциями 1% гиалуроновой кислоты позволяет значительно эффективнее и быстрее корректировать гиперпигментацию на лице.

Список литературы

1. **Касихина, Е.И.** Гиперпигментация: современные возможности терапии и профилактики / Е. И. Касихина // Лечащий врач. – 2011. – № 9. – С. 31–34.
2. **Марголина, А.А.** Новая косметология / А.А. Марголина, Е.И. Эрнандес, О.Э. Зайкина. – М.: Косметика и медицина, 2000. – 204 с.
3. **Аравийская, Е.Р.** Руководство по дерматокосметологии / Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский. – СПб: Фолиант, 2008. – 631 с.
4. **Хабаров, В.Н.** Гиалуроновая кислота: получение, свойства, применение в биологии и медицине / В.Н. Хабаров, П.Я. Бойков, М.А. Селянин. – М.: Практическая медицина, 2012. – 224 с.

ИСТОРИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

HISTORY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

УДК 616.5 (092)

Э.А. Коробейникова

К 105-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЛЕОНИДА ИВАНОВИЧА ФАНДЕЕВА

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Коробейникова Эмилия Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии

Изложены данные о научной, педагогической и врачебной деятельности профессора кафедры кожных и венерических болезней Ижевского медицинского института Л.И. Фандеева.

Ключевые слова: профессор Л.И. Фандеев, научная, педагогическая, врачебная деятельность.

E.A. Korobeinikova

THE 105TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR LEONID FANDEEV

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Korobeinikova Emilia Aleksandrovna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer of the Department of Dermatology and Venereology

The article is about scientific efforts, educational work and medical practice of L.I. Fandeev, the professor of Dermatology and Venereology Department in the Izhevsk State Medical Academy.

Key words: Professor L.I. Fandeev, scientific efforts, educational work and medical practice.

В 2013 г. исполнилось 105 лет со дня рождения профессора Л.И. Фандеева, который в течение 10 лет (1956–1966 гг.) возглавлял кафедру кожных и венерических болезней Ижевского медицинского института.

Л.И. Фандеев родился 23 января 1908 г. в г. Муроме в семье учителя. В 1931 г. закончил 2-й Московский медицинский институт. Затем в течение 5 лет работал дерматовенерологом в сельской больнице Кировской области. Как на-

учный работник он сформировался, работая в кожно-венерологическом и медицинском институтах г. Горького. Прошел путь от врача-ординатора биохимического отделения до старшего научного сотрудника и затем заместителя директора НИКВИ по научной работе.

В годы Великой Отечественной войны служил в качестве врача эвакогоспиталя в г. Хабаровске. После окончания войны Леонид Иванович работал старшим научным сотрудником Центрального кожно-венерологического института, затем заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Каунасского института.

Научное наследие ученого — около 100 печатных работ. Кандидатская диссертация «Глютацион крови у сифилитиков и влияние на него противосифилитического лечения» была защищена Л.И. Фандеевым в 1939 г. Вместе с тем большое количество работ было посвящено вопросам этиологии, патогенеза и лечения различных кожных заболеваний: экземы, псориаза, красной волчанки, пиодермии, грибковых болезней, профессиональных дерматозов.

Исключительное внимание он уделял различным вопросам истории дерматовенерологии. К этой области его интересов относится, в частности, докторская диссертация «История отечественной дерматомикологии», защищенная в 1963 г.

Профилактика кожных и венерических болезней занимала также большое место в практической и научной деятельности Л.И. Фандеева. Так, значительное число его работ посвящено специальным вопросам организации борьбы с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными заболеваниями.

Впервые в нашей стране им был описан такой дерматоз, как энтеропатический акродерматит.

Это редкое заболевание детей грудного и раннего детского возраста, проявляющееся поражением кожи, расстройством функции кишечника, жидким учащенным стулом, блефаритом и светобоязнью, облысением, задержкой роста и веса тела и истощением.

Профессор Л.И. Фандеев был прекрасным педагогом, опубликовал ряд работ по вопросам преподавания дерматовенерологии в медицинских институтах. Он являлся автором учебника для медицинских училищ «Кожные и венерические болезни», выдержавшего 3 издания.

Леонид Иванович Фандеев умер в 1966 г. в расцвете творческих сил и энергии, полный замыслов и планов. Им была создана целая школа высококвалифицированных дерматовенерологов Удмуртии, которая продолжила его дело. Память об этом талантливом ученом, педагоге и враче навсегда останется в сердцах его благодарных учеников.

Список литературы

1. Дерматовенерология в Удмуртии: вчера, сегодня, завтра / Р.М. Загратдинова, Э.А. Коробейникова, В.А. Мерзляков [и др.] / Актуальные проблемы дерматовенерологии, иммунологии, педиатрии и косметологии: материалы межрегиональной конференции, посвященной 75-летию кафедры дерматовенерологии и 65-летию кожно-венерологического диспансера Министерства здравоохранения Удмуртской Республики // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2011. – № 2. – С. 13–18.

2. Масеткин, И.И. Леонид Иванович Фандеев (1908–1966) / И.И. Масеткин // Труды Пермского государственного медицинского института: научные записки кафедры кожных и венерических болезней. – 1968. – Т. 77 (4). – С. 3–4.

УДК 616.5

В.А. Шамов

АЛЕКСАНДР ГЕНРИХОВИЧ ГЕ — ОСНОВАТЕЛЬ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Республика Татарстан

Шамов Булат Альфредович – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии

Посвящается доктору медицины, профессору Александру Генриховичу Ге — основателю и руководителю кафедры и клиники кожных и венерических заболеваний Казанского университета, казанской школы дерматовенерологии.

Ключевые слова: Александр Генрихович Ге, казанская школа дерматовенерологии, кафедра кожных и венерических заболеваний Казанского университета.

В.А. Шамов

ALEXANDER GENRIKHOVICH GE — THE FOUNDER OF THE KAZAN SCHOOL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan

Shamov Bulat Alfredovich — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Dermatology and Venereology

The article is dedicated to the doctor of medicine, Professor Alexander Genrikhovich Ge — the founder and the head of the department and clinic of skin and venereal diseases of the Kazan University, the founder of the Kazan school of dermatology and venereology.

Key words: Alexander Genrikhovich Ge, Kazan school of dermatology and venereology, department of skin and venereal diseases of the Kazan University.

Александр Генрихович Ге (26.10.1842, Казань — 1.07.1907, Казань) родился в семье учителя французского языка. В 1853–1860 гг. А.Г. Ге получил среднее образование в первой Казанской городской гимназии.

В 1860 г. А.Г. Ге поступил на медицинский факультет Казанского императорского университета, по окончании которого в 1865 г. он получает право на представление диссертации на степень доктора медицины.

По ходатайству медицинского факультета с 15 августа 1865 г. Александр Генрихович в течение года изучает кожные и венерические болезни при университете. Осенью 1866 г. он принимается на службу врачом-ординатором Казанской губернской земской больницы, а затем и заведующим женским сифилитическим отделением.

5 мая 1868 г. А.Г. Ге защитил диссертацию на степень доктора медицины «О физиологическом действии хинина на организм высших животных».

В 1870 г. Александр Генрихович был командирован за границу «для усовершенствования в знаниях». Обучение было за счет министерства народного просвещения с казенным содержанием в 1500 рублей в год.

В течение двух лет А.Г. Ге слушал лекции, занимался в известных клиниках и лабораториях Европы. В Вене он учился у известных профессоров и врачей: Гебры, Зигмунда, Цейсля, Поллитцера, Штрикера, Опольтцера, Брюкке Шреттера, Кундрата, а также у Беклинсгаузена и Бомбергера из Вюрцбурга.

Находясь в Европе, Александр Генрихович уделял внимание не только кожным и венерическим

ческим болезням, но и гистологии, физиологии, общей патологии. В результате им был приобретен теоретический, практический опыт в дисциплине и началась его научная деятельность.

Первые три работы были опубликованы именно в этот период (1870–1872 гг.). Они были изданы в известном европейском журнале «Архив дерматологии и сифилиса», их также перевели на русский язык, и они были опубликованы в русских журналах Руднева: «*Zür Casuistik der Gehirnsyphilis*» («*Archiv. f. Derm. u. Syphilis*», 1870, III); «*Beiträge zur Anatomie der pruriginösen Haut*» («*Archiv f. Derm. u. Siphilis*», 1871, I, на русском языке в журнале «Нормальной и патологической гистологии и пр.» Руднева); «*Zur Pathologie der Schweissdrüsen*» («*Archiv f. Derm. u. Syphilis*», 1871, IV, на русском языке в «Журнале гистологии» Руднева).

После возвращения из заграничной командировки весной 1872 г. Александр Генрихович прочитал две пробные лекции. 25 мая 1872 г. он был утвержден в звании приват-доцента. Совет Казанского императорского университета в августе 1872 г. поручил приват-доценту А.Г. Ге создать на медицинском факультета первый обязательный курс учения о кожных и венерических болезнях.

Рождение кафедры кожных и венерических болезней в Казанском императорском университете произошло именно в этот период времени.

Несмотря на значительное распространение венерических болезней, их изучение и преподавание с выделением отдельных специальностей не проводилось. Во второй половине XIX в. первая кафедра кожных и сифилитических болезней в России появилась в Медико-хирургической академии в С.-Петербурге в 1869 г., затем в Московском университете в 1870 г. (госпитальная клиника при Императорской Екатерининской больнице). До этого времени преподавание этих болезней совмещалось с другими медицинскими науками и поручалось адъюнкту какой-либо кафедры. Вполне естественно, что в Казанском императорском университете до назначения А.Г. Ге также отсутствовало регулярное обучение студентов этой дисциплине. Преподавание велось крайне нерегулярно, нередко в качестве факультативного предмета.

А.Г. Ге пришлось организовать преподавание кожных и венерических болезней в крайне тяжелых условиях, так как университет не мог обеспечить обучение студентов в специальной клинике. Несмотря на трудности, А.Г. Ге начал активную учебную и организационную работу на кафедре дерматовенерологии.

Еженедельно студентам 3-го курса им читались двухчасовые лекции по кожным болезням и сифилису. Практические занятия по 4 часа со студентами 3–4-х курсов проводились в сифилитическом отделении Казанской губернской земской больницы, где демонстрировались тематические пациенты.

А.Г. Ге был сторонником самостоятельной работы студента у постели больного. Это направление в дальнейшем прочно вошло в систему обучения студентов на кафедре и в последующем в построенной им «Клинике сыпных болезней».

10 февраля 1873 г. А.Г. Ге был избран штатным доцентом и пробыл в этой должности до 1 октября 1884 г.

В апреле 1873 г. А.Г. Ге просит медицинский факультет принять меры к созданию клиники для больных кожными болезнями и сифилисом в связи с возбуждением ходатайства о включении сифилидологии и дерматологии в число обязательных предметов экзамена для студентов и желающих получить степень доктора медицины. Администрация университета в свою очередь обращается с ходатайством в министерство народного просвещения с просьбой учредить клинику «сыпных болезней» и ассигновать на это из казны по 1000 руб. в год. Ходатайство по открытию клиники было отклонено.

В 1882–1883 гг. в распоряжение А.Г. Ге временно были предоставлены 6 коек в терапевтической и акушерской клиниках. Новоявленная кафедра оказалась в беднейшем положении: отсутствовал полный набор инструментов, не было отдельных комнат для амбулатории и кабинета, не говоря уже о клинике для обучения студентов и лечения больных. К тому же со временем правление университета обратило внимание, что в зданиях терапевтической и акушерской клиник, да еще по соседству с квартирами должностных лиц, не могут находиться «помещения для сып-

ных и сифилитических больных». В конце концов 6 кроватей было решено перевести в подвальное помещение университетской клиники (впоследствии ее стали называть «старой клиникой»).

С этого момента – начала 1886–1887 учебного года – амбулатория и временное пристанище 6 коек в отдельном помещении получили название «Клиника сыпных болезней».

В 1886–1900 гг. клиника кожных болезней помещалась в подвальном помещении старого клинического здания, в комнатах, перестроенных из прачечной и бани.

Согласно университетскому уставу 1884 г., для преподавания кожных и венерических болезней предусматривается самостоятельная кафедра, и А.Г. Ге избирают экстраординарным профессором по кафедре «накожных и сифилитических болезней», а в 1888 г. – ординарным профессором. С 1 сентября 1892 г. по 1 сентября 1896 г. он находился в должности декана медицинского факультета.

22 августа 1888 г. на заседании медицинского факультета университета было принято решение просить министра народного просвещения Российской Империи о постройке новых клиник. 19 июня 1889 г. Казанская городская дума выделила для строительства университетских клиник место на Арском поле, в 1896 г. началось строительство, которое закончилось в январе 1900 г.

1 марта 1900 г. было торжественное открытие клиники, в которой имелись 4 отделения на 25 коек для больных кожными и венерическими болезнями, светолечебный кабинет для лечения по методу Финзена, амбулатория, процедурные комнаты, аудитории для чтения лекций и проведения практических занятий, лаборатория, вспомогательные помещения. Для наглядности преподавания кожных и венерических болезней были созданы муляжная и фотографическая мастерские.

Организация новой клиники создала необходимые условия для преподавания, лечения больных и научно-исследовательской деятельности. Плодом многолетнего клинического преподавания, личных наблюдений и исследований явился учебник А.Г. Ге «Курс венерических болезней» (1880). В нем подробно излагаются отделы, в то время мало разработанные и наиболее трудные

в сифилидологии. Этот учебник с последующими дополнениями до 1903 г. переиздавался 8 раз.

Значительная часть работ и научных трудов А.Г. Ге посвящена различным вопросам сифилидологии. Он выдвинул ряд организационных мероприятий, направленных на улучшение борьбы с сифилисом, рекомендовал введение статистики венерических болезней, устройство центрального бюро для обязательного медицинского осмотра фабричных рабочих, медицинский осмотр отпускных солдат и крестьян, возвращающихся с отхожих промыслов, надзор и регламентацию проституции. А.Г. Ге являлся пионером учения о профессиональных заболеваниях кожи. Его работа, посвященная мерам предупреждения профессионального заболевания полости носа у рабочих, готовящих двуххромовокислый калий на Кокшанском и Бондюжском химических заводах (1882), была первой по данной проблеме в отечественной литературе.

А.Г. Ге принимал активное участие в работе первого международного дерматологического конгресса, который состоялся в Париже 5–10 августа 1889 г., был участником VII секции по дерматологии XII международного медицинского конгресса, проведенного в Москве 7–14 августа 1897 г., где выступил с докладом «История дермато-сифилографии в России». Несколько раз он был участником Пироговских съездов, одним из председателей кожно-венерической секции этих съездов, в том числе и разогнанной полицией Пироговского съезда в 1904 г. В 1887–1907 гг. – гласный Казанской городской думы.

За время заведования кафедрой А.Г. Ге опубликовал 20 научных работ, а его сотрудники выполнили 24 научных работы. Три ученика защитили докторские диссертации (И.М. Гиммель, В.Ф. Бургсдорф, М.С. Пильнов).

На клинической базе, организованной А.Г. Ге, была создана и развивалась казанская дерматологическая школа. Воспитанниками этой школы являлись профессора И.М. Гиммель, В.Ф. Бургсдорф, А.Г. Хитрово, М.Г. Пильнов, Н.Н. Яснитский, М.П. Батунин, А.И. Дмитриев, Г.Г. Кондратьев, Н.Н. Чумаков, В.П. Сергеев, Г.Г. Нуреев и др. Из них кафедру казанского медицинского института возглавляли профессор В.Ф. Бургсдорф, М.С. Пильнов, И.Н. Олесов, Н.Н. Яснит-

ский, Г.Г. Кондратьев, Г.Г. Нуреев, Р.З. Закиев. С 2006 г кафедру возглавляет профессор Р.М. Абдрахманов.

10 мая 2001 г. вышло постановление Кабинета министров Республики Татарстан № 271 «Об установлении мемориальной доски на доме № 4 по ул. Толстого г. Казани»: «Принять предложение Министерства культуры Республики Татарстан, администрации г. Казани, Казанского государственного медицинского университета об установлении мемориальной доски на здании клиники по ул. Толстого, д. 4 со следующими текстами на татарском и русском языках: «Бу клиникада 1900–1907 елларда куренекле профессор-дерматовенеролог Александр Генрихович Ге эшлэгэн» / «В этой клинике с 1900 по 1907 г. работал выдающийся профессор-дерматовенеролог Александр Генрихович Ге».

Торжественное открытие мемориальной доски памяти Александра Генриховича Ге состоялось 27 октября 2009 г. Доска была установлена у входа в здание Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера МЗ Республики Татарстан.

Список литературы

1. **Кубанова, А.А.** У истоков мировой дерматологии / А.А. Кубанова, А.В. Самцов, Д.В. Заславский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 3. – С. 162–173.
2. **Ге, Александр Генрихович** / Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 томах (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890–1907. – С. 787–788.
3. **Кондратьев, Г.Г.** 100-летие кафедры кожных и венерических болезней Казанского медицинского института / Г.Г. Кондратьев, Г.Г. Нуреев // Вестник дерматологии и венерологии. – 1973. – № 11. – С. 64–67.
4. 100 лет со дня смерти Александра Генриховича Ге // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 63.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты *hde_fu_journal@mail.ru*.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования 3-5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают: полужирным прописным начертанием название, в следующей строке – инициалы и фамилии авторов (курсив), учреждение в котором выполнена работа; затем фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, его почтовый и электронный адрес, телефон. Далее – аннотация к статье и ключевые слова. Ниже все вышеперечисленное на английском языке.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от руководителя учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168×250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit*, 600 dpi, *TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: по-

рядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка представлена в форматах *Corel Draw* 10-14; *Adobe Illustrator* 9–12.

7. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

8. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation* 3.0; *Math Type* 4.0.

9. Библиографические ссылки в тексте статьи приводятся цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

10. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1-2003. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

11. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

12. В случае поступления в редакцию двух или более статей одного автора (авторов) в одном номере журнала может быть напечатана только одна.

13. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Статьи направляются по адресу: 426034 Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, Ижевская государственная медицинская академия. Редакция журнала «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». Электронная почта: *hde_fu_journal@mail.ru*.

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

1. *The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde_fu_journal@mail.ru or presented on a disk.*

2. *The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3-5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).*

3. *The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.*

4. *The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.*

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 – 2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru.