

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

33
2015

*дерматовенерология
и дерматокосметология № 2*

Клинические исследования

Эффективность средств лечебной косметики Glatte в составе базовой терапии атопического дерматита

Клиническая практика

Возможности применения Стерокина при тяжелых формах акне

Медицинский форум

Ингибиторы интерлейкинов 12 и 23 – новые цели и возможности лечения псориаза и псориатического артрита

Рациональные подходы к терапии репродуктивно значимых инфекций



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ
РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Место проведения:

*Бизнес-центр отеля
«Парк Инн Пулковская»,
Санкт-Петербург, пл. Победы, 1,
ст. м. «Московская»*

Время работы конференции:

11 декабря с 9.00 до 18.00

12 декабря с 9.00 до 18.00

Регистрация участников конференции:

11 декабря с 8.30



11-12 декабря
2015 г.

VII РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ
И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2015»**

Организаторы конференции: общественное объединение «Союз педиатров России», Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», ФГБУ «Научный центр здоровья детей», комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, комитет по здравоохранению Ленобласти, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

www.pediatriya-spb.ru

Эффективная
фармакотерапия. 33/2015.
Дерматовенерология
и дерматокосметология. № 2

ISSN 2307-3586

Главный редактор
член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

Ответственный секретарь
докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия
докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ
докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА
докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ
докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА
докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ
докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС
докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН
докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН
докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ
докт. мед. наук, проф. О.Д. ОСТРОУМОВА
докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ
докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ
докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН
докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Научный редактор выпуска
докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

Редакционный совет направления
«Дерматовенерология и дерматокосметология»
А.Г. ГАДЖИГОРОВА, М.А. ГОМБЕРГ,
В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРОВА,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА,
С.А. МАСЮКОВА, В.А. МОЛОЧКОВ,
А.В. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
Е.С. СНАРСКАЯ, И.Б. ТРОФИМОВА,
А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор
А. СИНИЧКИН

Руководитель направления
«Дерматология и дерматокосметология»
А. КОЧЕТКОВА (a.kochetkova@medforum-agency.ru)

Выпускающий редактор Н. ФРОЛОВА
Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер С. НОВИКОВ
Фотосъемка И. ЛУКЪЯНЕНКО

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Тираж 15 000 экз.

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс
по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов
Любое воспроизведение материалов и их фрагментов
возможно только с письменного разрешения редакции
журнала. Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов

Авторы, присылающие статьи для публикации,
должны быть ознакомлены с инструкциями
для авторов и публичным авторским договором.
Информация размещена на сайте www.umedp.ru

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен
в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Содержание

Клинические исследования

Е.С. САВЧЕНКО, В.В. ВЕРДЕРЕНКО, В.Р. ХАЙРУТДИНОВ, А.В. СТАЦЕНКО,
А.В. САМЦОВ

Опыт применения наружного средства Glatte (крем-пена 5%-ной мочевины)
в терапии больных атопическим дерматитом

4

Клиническая практика

Л.Р. САКАНИЯ, К.Т. ПЛИЕВА, И.В. ГОЛЕМБИОВСКАЯ, И.М. КОРСУНСКАЯ
Новое в терапии тяжелых форм акне

10

Клиническая эффективность

М.С. КОРЯГИНА, Л.В. ПОСИСЕЕВА

Герпферон: опыт применения при герпесвирусной инфекции

14

Медицинский форум

Стероидочувствительные дерматозы: простые сложные пациенты

18

Биологическая терапия псориаза и псориатического артрита

26

Дискуссионные вопросы терапии урогенитальных инфекций

34

Небактериальные инфекции в практике врача-дерматолога.

Междисциплинарный взгляд на проблему

44

Effective Pharmacotherapy. 2015.
Issue 33. Dermatovenereology
and Dermatocosmetology.
Issue 2

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

L.V. LUSS, MD, DMSci, Prof.

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

O.D. OSTROUMOVA, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

Scientific Editor of the Issue

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

Editorial Council

N.I. CHERNOVA, A.G. GADZHIGOROYEVA,

M.A. GOMBERG, V.I. KISINA,

A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,

A.A. KHRYANIN, S.V. KLYUCHAREVA,

N.G. KOCHERGIN, Ye. V. LIPOVA,

S.A. MASYUKOVA, V.A. MOLOCHKOV,

A.V. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV, Ye.S.

SNARSKAYA, I.B. TROFIMOVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

A. KOCHETKOVA

a.kochetkova@medforum-agency.ru

Contents

Clinical Studies

- Ye.S. SAVCHENKO, V.V. VERDERENKO, V.R. KHAYRUTDINOV, A.V. STATSENKO,
A.V. SAMTSOV
Experience of Using Topical Agent Glatte (5%-urea Foaming Cream) in Therapy
of Patients with Atopic Dermatitis 4

Clinical Practice

- L.R. SAKANIYA, K.T. PLIYEVA, I.V. GOLEMBIOVSKAYA, I.M. KORSUNSKAYA
News in Therapy of Severe Acne 10

Clinical Efficacy

- M.S. KORYAGINA, L.V. POSISEYEVA
Herpferon: Experience of Its Administration during Herpesvirus Infection 14

Medical Forum

- Steroid-Sensitive Dermatoses: Simple Complex Patients 18
Biological Therapy of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 26
Debatable Issues in Therapy of Urogenital Infections 34
Non-Bacterial Infections in Practice of Dermatologist.
Interdisciplinary View on the Problem 44

XIV Конгресс детских инфекционистов России

«Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики»

10–12 декабря 2015 года

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), Москва, проспект Вернадского, д. 84, стр. 2, корп. 6

Организаторы:

Министерство здравоохранения РФ

Ассоциация педиатров-инфекционистов

Департамент здравоохранения г. Москвы

НП «Национальная медицинская палата»

Российская академия наук

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ (РНИМУ)

Союз педиатров России

Основные научные направления конгресса

1. Трудные вопросы ведения инфекционных больных. Разборы клинических случаев
2. Новые подходы к лечению респираторных вирусных инфекций у детей
3. Герпетические инфекции у детей
4. Поражение печени инфекционной этиологии
5. ВИЧ-инфекция — угроза здоровью нации
6. Нейроинфекции
7. Зооантропонозные инфекции
8. Туберкулез: диагностика и профилактика
9. Вирусные диареи
10. Фаготерапия и фагопрофилактика
11. Инфекционные заболевания у детей мигрантов
12. Вакцинопрофилактика в России: есть куда стремиться
13. Инфекционные заболевания у соматических больных: диагностика, лечение и профилактика
14. Иммунная терапия: настоящее и будущее
15. Инфекции, передаваемые половым путем
16. Инфекции кожных покровов

Научная программа конгресса будет включать лекции, пленарные доклады, научные симпозиумы, дискуссии, расширенную образовательную программу в виде лекций для практикующих врачей, клинических разборов, конкурсов научных работ молодых ученых и студентов, школ для практикующих врачей.

Регистрационный взнос в размере 1100,00 (Одна тысяча сто) рублей (включая НДС) должен быть переведен на расчетный счет Ассоциации педиатров-инфекционистов: Московский банк Сбербанка России (ОАО), г. Москва, ИНН 7715357788 КПП 771501001, р/с 40 703 810 038 250 119 984 в ОАО «Сбербанк России» г. Москва, к/с 30 101 810 400 000 000 225, БИК 044525225.

Копия платежного поручения об оплате регистрационного взноса должна быть выслана в адрес кафедры детских инфекций РНИМУ. В регистрационный взнос входит плата за присутствие на всех заседаниях, получение бейджа и портфеля участника конгресса, размещение тезисов в сборнике конгресса.

Тезисы принимаются до 30 октября 2015 года. Тезисы должны быть высланы по e-mail: chinf-tezis@mail.ru

Правила оформления тезисов: редактор: MS Word. Шрифт: Times New Roman 12, через 1,5 интервала. Отступы: сверху, снизу, слева, справа — 2,5 см. Объем — не более одной страницы. Параметры страницы: А4 (портрет). Название работы печатается в верхнем регистре жирным шрифтом без сокращений, далее надо обязательно указать фамилии авторов, организацию, город и страну. Тезисно: цель, материалы и методы, результаты, выводы.

Оплата тезисов: для публикации тезисов необходимо заплатить 450 рублей (в том числе НДС) на расчетный счет Ассоциации педиатров-инфекционистов, либо оплатить регистрационный взнос, куда уже входит сбор на публикацию тезисов. Фото или скан квитанции платежного поручения об оплате сбора за публикацию тезисов выслать по e-mail: chinf-tezis@mail.ru с указанием на бланке платежного поручения фамилии первого автора и названия мероприятия.

Конкурс молодых ученых: в рамках конгресса пройдет конкурс молодых ученых в виде постерной сессии. В конкурсе могут принять участие лица до 35 лет (студенты, ординаторы, аспиранты и др.). По всем вопросам обращаться в организационный комитет конгресса.

Выставка: параллельно с заседанием конгресса проводится международная медицинская выставка, в ходе которой российские и зарубежные компании представляют современное медицинское оборудование, новые лекарственные препараты, продукты питания для детей. Организатор выставки — Ассоциация педиатров-инфекционистов. 8 (499) 236-23-50, 8 (916) 516-22-57 Шамшева Ольга Васильевна, ch-infection@mail.ru. 8 (965) 289-12-27 Кан Нелли Юрьевна, chinf-tezis@mail.ru.

Гостиница: по вопросам размещения в гостинице обращаться к Кан Нелли Юрьевне.

Стоимость проживания в гостинице не входит в регистрационный взнос.



Опыт применения наружного средства Glatte (крем-пена 5%-ной мочевины) в терапии больных атопическим дерматитом

Е.С. Савченко, В.В. Вердеренко, В.Р. Хайрутдинов, А.В. Стаценко,
А.В. Самцов

Адрес для переписки: Владислав Ринаатович Хайрутдинов, haric03@list.ru

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в лечении атопического дерматита (АтД), его профилактика и реабилитация больных относятся к труднейшим задачам практической дерматологии. В связи с этим особый интерес представляют возможности применения лечебной дерматологической косметики. Опыт использования наружного средства Glatte (крем-пена 5%-ной мочевины) в комплексной терапии АтД показал, что на его фоне индекс SCORAD снизился с 38,2 до 10,4 балла ($p < 0,05$), интенсивность зуда по VAS – с 8,6 до 2,9 балла ($p < 0,05$), количество пациентов, на которых заболевание оказывало сильное и чрезвычайно сильное влияние, а также умеренное влияние, сократилось. При этом более чем в четыре раза увеличилось число пациентов, на которых болезнь не оказывала или оказывала незначительное влияние. Полученные результаты позволяют рекомендовать крем-пену Glatte для базового ухода за кожей при АтД.

Ключевые слова: атопический дерматит, системная и топическая терапия, лечебная дерматологическая косметика Glatte

Атопический дерматит (АтД) – хронический зудящий рецидивирующий воспалительный дерматоз, характеризующийся возрастной морфологией клинических проявлений. Заболевание развивается у пациентов с наследственной предрасположенностью.

В настоящее время АтД рассматривается как крупная медицинская и социальная проблема в связи с высокой распространенностью, хроническим рецидивирующим течением, возможностью формирования тяжелых форм с прогредиентным течением и торпидных к традиционной терапии [1–3].

В развитии АтД важную роль играет сочетание нарушений барьерных функций кожи и изменения иммунологической реактивности организма.

Нарушение целостности кожного барьера обусловлено дефектом генов структурных белков, участвующих в образовании рогового слоя эпидермиса (филагтрина и лорикрина), недостаточным синтезом липидов кожи (керамидов) и антимикробных пептидов. Дефицит жироподобных компонентов приводит к истончению гидролипидной пленки рогового слоя эпидермиса. Как следствие, повышается его проницаемость и увеличивается трансэпидермальная потеря влаги, что приводит к сухости кожи.

Снижение антимикробной защиты сопровождается повышенной колонизацией кожи условно-патогенными и патогенными бактериями (стафилококками) и грибами (*Candida*, *Malassezia*), что в свою

очередь увеличивает риск развития инфекционных заболеваний.

Проникающие в эпидермис раздражающие вещества (бытовая химия), аллергены (клещи домашней пыли, плесневые грибы) и микроорганизмы вызывают воспаление, появление зуда и высыпаний [4].

Иммунные нарушения у больных АтД обусловлены врожденной гиперчувствительностью к пищевым (белок коровьего молока, рыбы, яиц), аэроаллергенам (клещи домашней пыли, пыльца растений) и избыточным образованием реактивных антигенов класса IgE. Повышенное содержание IgE в крови обнаруживается более чем у 50% больных.

Указанные иммуноглобулины, адсорбируясь в коже, связываются своим Fc-фрагментом с тучными клетками и базофильными лейкоцитами, инициируя под воздействием аллергенов высвобождение этими клетками биологически активных веществ (гистамина, серотонина, простагландинов и лейкотриенов).

В эпидермисе IgE фиксируются на эпидермальных дендритных клетках (клетках Лангерганса), имеющих высокое сродство с IgE. Дендритные клетки реагируют на различные аллергены, микробные антигены, проникающие в эпидермис, длительное механическое воздействие (расчесывание), высвобождая главные медиаторы воспаления – фактор некроза опухоли альфа и интерлейкин 1 бета. Далее происходит накопление Т-лимфоцитов, усиливающих воспалительную реакцию за счет секреции провоспалительных цитокинов и хемокинов.



В начальной (острой) стадии воспаления отмечается преобладание Т-хелперов 2-го типа, продуцирующих интерлейкины 4, 5, 13, усиление синтеза IgE. В хронической стадии воспалительный процесс поддерживается Т-хелперами 1-го типа, которые в большом количестве синтезируют провоспалительный цитокин – интерферон гамма [2, 4, 5].

Следовательно, топическая терапия является обязательной частью комплексного лечения АтД. Она должна быть патогенетически обоснованной и проводиться с учетом патологических изменений кожи.

Базовая топическая терапия направлена на предупреждение развития воспаления кожи, вторичного инфицирования, восстановление поврежденного эпителия и улучшение барьерных функций кожи [6–8].

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в лечении АтД, его профилактика и реабилитация больных относятся к труднейшим задачам практической дерматологии. В связи с этим особое внимание уделяется средствам лечебной дерматологической косметики.

Правильно выбрать средство лечебной дерматологической косметики для пациента поможет знание основных его свойств, потенциальных возможностей и побочных эффектов.

Так, некоторые увлажняющие средства в виде эмульсий, кремов и мазей могут оказывать раздражающее воздействие из-за наличия в их составе стабилизаторов, растворителей и отдушек. Эмульсии содержат воду, и у некоторых пациентов их применение может привести к подсушиванию кожи (эффект испарения). Эмульсии и кремы, в состав которых входит спирт, способны вызывать обострение заболевания вследствие повышенной чувствительности кожи в местах воспаления. Именно поэтому увлажняющие и смягчающие средства, применяемые для ухода за кожей больных АтД, не должны содержать стабилизаторов, отдушек, спирта и других компонентов, растворяющих липиды, а также минеральных масел, вазелина, ланолина [6–8].

Сегодня в арсенале врача-дерматовенеролога появились новые топи-



Рис. 1. Пациент К. до лечения

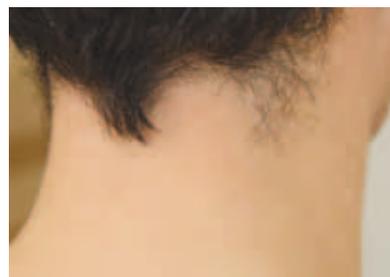


Рис. 2. Пациент К. после 28 дней терапии



Рис. 3. Пациент С. до лечения



Рис. 4. Пациент С. после 28 дней терапии

ческие агенты – средства лечебной косметики для атопичной кожи Glatte. Крем-пена Glatte предназначен для быстрого и длительного увлажнения кожи.

Средство содержит 5%-ную мочевины, масло авокадо, сквалан, молочную кислоту. Оно глубоко проникает во все слои кожи, сохраняет собственный гидролипидный слой эпидермиса, восстанавливает эластичные свойства кожи.

Крем-пена Glatte не содержит в качестве жировой основы вязких веществ, таких как вазелин, ланолин, воск, парафин. Следовательно, не обладает комедогенностью. Крем-пена Glatte гипоаллергенный: не содержит красителей, ароматических веществ и парабенов.

Благодаря уникальной форме – крем-пена – средство легко наносится на большие участки кожи и моментально впитывается.

Нами проведено открытое несравнительное исследование, целью которого стала оценка эффективности, безопасности и переносимости наружных средств Glatte в терапии больных АтД.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 35 больных АтД.

Критерии включения в исследование:

- желание больного участвовать в исследовании;
- пациенты мужского и женского пола старше 14 лет;
- АтД в анамнезе, подтвержденный медицинской документацией;
- отсутствие системной и топической терапии за месяц до начала исследования;
- возможность выполнять требования протокола исследования.

Критерии исключения:

- повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата;
- участие в других клинических исследованиях.

В случайном порядке больных разделили на две группы. Первая группа – 23 человека (из них 11 женщин, 12 мужчин), вторая – 12 (из них 5 женщин, 7 мужчин). Средний возраст пациентов первой группы – $21,4 \pm 4,2$ года, второй – $22,8 \pm 5,3$ года. Все пациенты получали системную и топическую патогенетическую терапию.

Системная терапия включала:

- ✓ раствор натрия тиосульфата 30%-ный – 10,0 мл внутривенно, струйно один раз в сутки, курс 10 дней;



Таблица 1. Динамика индекса SCORAD у больных АтД на фоне проводимой терапии

Группа	Значение индекса SCORAD, баллы (X (x _{0,25} -x _{0,75}))		p
	до лечения	после лечения	
Первая	38,2 (14,1–25,4)	10,4 (3,3–7,2) ¹	< 0,05
Вторая	37,9 (12,8–24,5)	17,1 (6,7–13,3) ¹	< 0,05

¹ Статистически значимые различия между группами.
Примечание. X – медиана, x_{0,25} – нижний квартиль, x_{0,75} – верхний квартиль.

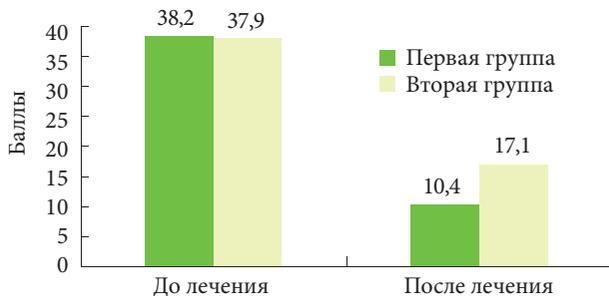


Рис. 5. Динамика SCORAD у больных АтД на фоне проводимой терапии

Таблица 2. Изменение интенсивности зуда по VAS у больных АтД на фоне лечения

Группа	Интенсивность зуда по VAS, баллы (X (x _{0,25} -x _{0,75}))		p
	до лечения	после лечения	
Первая	8,6 (3,2–6,3)	2,9 (1,1–1,9) ¹	< 0,05
Вторая	8,3 (3,0–6,2)	4,4 (1,3–2,7) ¹	< 0,05

¹ Статистически значимые различия между группами.
Примечание. X – медиана, x_{0,25} – нижний квартиль, x_{0,75} – верхний квартиль.

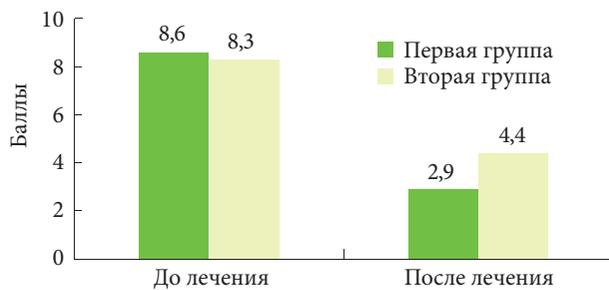


Рис. 6. Изменение интенсивности зуда по VAS у больных АтД на фоне проводимой терапии

- ✓ эбастин – 20 мг в сутки перорально, курс 14 дней;
- ✓ гидроксизина гидрохлорид – 12,5 мг два раза в сутки перорально, курс 28 дней.

В качестве топической патогенетической терапии использовали мометазона фууроат (крем 0,1%-ный) – 15 г два раза в сутки на очаги поражения.

Кроме топических глюкокортикостероидов пациенты использовали наружные увлажняющие средства: первая группа – крем-пену Glatte, вторая – индифферентный крем (кольд-крем: ланолин, персиковое масло, вода в равных пропорциях). Режим применения – два раза в день через 1–1,5 часа после нанесения глюкокортикостероидов.

Исследование предполагало шесть визитов: один скрининговый и пять в период лечения и наблюдения. Продолжительность исследования составила 28 дней.

До начала терапии и по ее окончании проводились оценка клинических проявлений заболевания, клинический и биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, глюкоза, мочевины, креатинин), общий анализ мочи.

Эффективность лечения АтД оценивалась по SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis – шкала атопического дерматита), интенсивность зуда – по VAS (Visual Analogue Scale – визуальная аналоговая шкала), изменение качества жизни больных – по DLQI (Dermatology Life Quality Index – дерматологический индекс качества жизни).

Начиная со второго визита анализировались изменения клинической картины заболевания и дерматологических индексов. Дерматологический статус устанавливался по следующим критериям:

- ✓ полное исчезновение первичных элементов сыпи – клиническое выздоровление;
- ✓ разрешение высыпаний не менее чем на 70% по сравнению с исходными данными – значительное улучшение;
- ✓ снижение выраженности патологического процесса не менее чем на 25% по сравнению с исходными данными – отсутствие эффекта;
- ✓ отрицательная динамика по сравнению с исходным состоянием – ухудшение.

Результаты

Исследование завершили все пациенты. Отклонение от нормы показателей крови и мочи у пациентов в обеих группах не зафиксировано. Не отмечено также побочных эффектов.

На фоне проводимой терапии наблюдалось улучшение состояния больных в группах (рис. 1–4). Так, индекс SCORAD снизился в первой группе в 3,8 раза, во второй – в 2,2 раза.

До начала терапии медиана значения SCORAD в обеих группах статистически значимо не различалась – 38,2 и 37,9 балла соответственно (p > 0,05) (табл. 1, рис. 5). По окончании комплексного лечения медиана значения SCORAD в первой группе составила 10,4 балла, во второй – 17,1 балла (p < 0,05). Таким образом, показатель в первой группе оказался ниже показателя во второй группе в 1,7 раза.

При оценке интенсивности зуда по VAS отмечено статистически значимое его снижение в обеих группах (p < 0,05) (табл. 2, рис. 6). При этом в первой группе снижение показателя было более выраженным – 2,9 против 4,4 балла соответственно (p < 0,05), то есть меньше в 1,5 раза.

Анализ результатов по DLQI в первой группе показал, что на фоне комплексной терапии уменьшилось количество пациентов, на которых заболевание оказывало сильное и чрезвычайно сильное влияние (11–30 баллов по DLQI), – с 6 (26,1%) до 1 (4,3%) (p < 0,05), а также количество пациентов, на которых заболевание оказывало умеренное влияние (6–10 баллов по DLQI), – с 14 (60,9%) до 8 (34,8%) (p > 0,05). Более чем в четыре раза увеличилось число больных, на которых АтД не оказывал или оказывал незначительное влияние (0–5 баллов по DLQI), – с 3 (13,0%) до 14 (60,9%) (p < 0,05) (табл. 3, рис. 7). Во второй группе отмечена аналогичная динамика: количество пациентов, на которых заболевание оказывало сильное и чрезвычай-

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОСМЕТИКА С МОЧЕВИНОЙ ПРИ СУХОСТИ КОЖИ

Ежедневный базовый уход за кожей
5% мочевины

Интенсивное увлажнение кожи
10% мочевины

Экстра-увлажнение для участков
с грубой и потрескавшейся кожей
15% мочевины



- Мочевина
- Глицерин
- Малеиновая кислота
- Лактат натрия
- Масло авокадо
- Масло ШИ
- Сквалан
- Стерилизованная вода



Крем-пена
для тела
Увлажняющая
для ухода
за сухой и
чувствительной
кожей



- Безопасно
0% парабенов
отдушек
красителей
- Некомедогенно
- Аквалонический
- Геликогенно

- Борется с сухостью и обезвоживанием
- Смягчает ороговевший слой
- Уменьшает шелушение
- Сохраняет собственный липидный слой
- Восстанавливает эластичность
- Рекомендовано для базового ухода
при частом применении кератолитиков

Фармацевтическая компания РИА «Панда»
196105, г. Санкт-Петербург, Московский пр-т, д. 135 лит. А,
тел. горячей линии: 8 (800) 333-10-33
www.riapanda.ru

Реклама

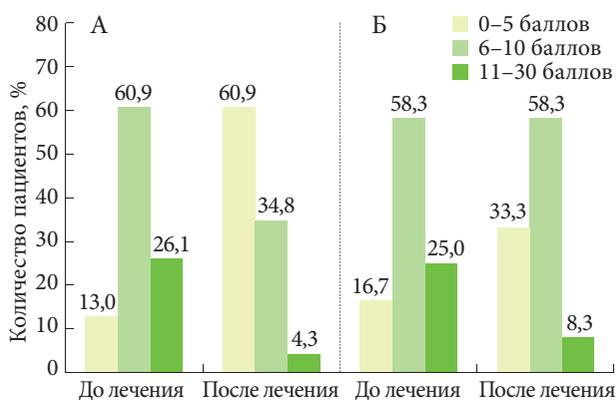


Рис. 7. Динамика DLQI у больных АтД на фоне терапии в первой (А) и второй (Б) группах

чайню сильное влияние, уменьшилось с 3 (25,0%) до 1 (8,3%) ($p > 0,05$). Не изменилось число больных, на которых АтД оказывал умеренное влияние, – 7 (58,3%) и 7 (58,3%) соответ-

Таблица 3. Динамика показателя DLQI у больных АтД на фоне терапии

Значение DLQI	Первая группа, абс. (отн.)		Вторая группа, абс. (отн.)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0–5 баллов	3 (13,0%)	14 ^{1,2} (60,9%)	2 (16,7%)	4 ² (33,3%)
6–10 баллов	14 (60,9%)	8 (34,8%)	7 (58,3%)	7 (58,3%)
11–30 баллов	6 (26,1%)	1 ¹ (4,3%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)

¹ Статистически значимые различия между группами.
² Статистически значимые различия в группе до начала лечения и после.

ственно ($p > 0,05$). При этом в два раза увеличилось количество тех, на кого болезнь не оказывала или оказывала незначительное влияние, – с 2 (16,7%) до 4 (33,3%) ($p > 0,05$). Однако по окончании лечения количество пациентов, на которых заболевание не оказывало или оказывало незначительное влияние, в первой группе было почти в два раза больше, чем во второй ($p < 0,05$).

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности крема-пены Glatte в комплексном лечении АтД, а также о высоком уровне его безопасности и хорошей переносимости. На фоне применения крема-пены Glatte значительно улучшились и значения DLQI. Таким образом, крем-пену Glatte можно рекомендовать для базового ухода за кожей при АтД. ●

Литература

1. Leung T.N.H., Chow C.M., Chow M.P.Y. et al. Clinical Guidelines on Management of Atopic Dermatitis in Children // H.K. J. Paediatr (new series). 2013. Vol. 18. P. 96–104.
2. Darsow U., Wollenberg A., Simon D. et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010. Vol. 24. № 3. P. 317–328.
3. Chiang C., Eichenfield L.F. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis // Pediatr. Dermatol. 2009. Vol. 26. № 3. P. 273–278.
4. Hradetzky S., Werfel T., Rosner L.M. Autoallergy in atopic dermatitis // Allergo J. Int. 2015. Vol. 24. № 1. P. 16–22.
5. Pyun B.Y. Natural history and risk factors of atopic dermatitis in children // Allergy Asthma Immunol. Res. 2015. Vol. 7. № 2. P. 101–105.
6. Lindh J.D., Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review // Am. J. Clin. Dermatol. 2015.
7. Pan M., Heinecke G., Bernardo S. et al. Urea: a comprehensive review of the clinical literature // Dermatol. Online J. 2013. Vol. 19. № 11. P. 20392.
8. Norrlid H., Hjalte F., Lundqvist A. et al. Cost-effectiveness of maintenance treatment with a barrier-strengthening moisturizing cream in patients with atopic dermatitis in Finland, Norway and Sweden // Acta Derm. Venereol. 2015. ID 10.2340/00015555-2221.

Experience of Using Topical Agent Glatte (5%-urea Foaming Cream) in Therapy of Patients with Atopic Dermatitis

Ye.S. Savchenko, V.V. Verderenko, V.R. Khayrutdinov, A.V. Statsenko, A.V. Samtsov

Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg

Contact person: Vladislav Rinatovich Khayrutdinov, haric03@list.ru

Despite progress in recent years, advances in the treatment of atopic dermatitis (AD), its prevention and rehabilitation of patients are the most difficult tasks of practical dermatology. In connection with this, opportunities of using dermatologic cosmetics are of particular interest. Experience of applying topical agent Glatte (5%-urea foaming cream) in a combination therapy of AD revealed that SCORAD index decreased from 38.2 down to 10.4 score ($p < 0.05$), itch intensity according to VAS – from 8.6 down to 2.9 score ($p < 0.05$), quantity of patients with severe, extremely severe and moderate impact was reduced, whereas quantity of patients with no/modest impact was reduced by more than 4-fold. The data obtained allow to recommend foaming cream Glatte for basal skin care during AD.

Key words: atopic dermatitis, systemic and topical therapy, Glatte therapeutic dermatologic cosmetics

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7–11 декабря 2015



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

25-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



 **ЭКСПОЦЕНТР**
МОСКВА

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
expocentr.pf



реклама



Организаторы:

- Государственная дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЗАО «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

12+



¹ Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук

² Российский университет дружбы народов

Новое в терапии тяжелых форм акне

Л.Р. Сакания¹, К.Т. Плиева¹, И.В. Голембиовская², И.М. Корсунская¹

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

Традиционные схемы лечения акне предусматривают применение системных и топических антибактериальных препаратов. Однако в ряде случаев тяжелых торпидных форм они оказываются неэффективными. Причинами этого, в частности, являются развитие резистентности к антибактериальным препаратам и иммунодефицит. Одним из возможных решений в такой ситуации может стать назначение иммуномодулирующей терапии, в частности препарата Стемокин.

Ключевые слова: тяжелые формы акне, резистентность к антибактериальным препаратам, иммунодефицит, иммуномодулирующие препараты, Стемокин

Традиционный подход к терапии тяжелых форм акне: нерешенные вопросы

Наиболее актуальными в последнее время являются вопросы терапии тяжелых форм акне. Традиционные схемы лечения предусматривают применение системных и топических антибактериальных препаратов. К часто используемым относятся доксициклин, эритромицин, левомицетин и линкомицин [1–3]. Отсутствие выраженного эффекта от их применения и развитие резистентности популяций микроорганизмов заставляют искать альтернативные схемы лечения. Комплексная терапия больных со средней и тяжелой формами акне в большинстве случаев эффективна [4, 5]. Однако при тяжелых торпидных формах она малоэффективна из-за наличия сопутствующих заболеваний, вторичных иммунодефицитов и побочных эффектов от применения ретиноидов. Способствуя нормализации дифференцировки кератиноцитов, последние тормозят гиперпролиферацию эпителия в устьях выводных протоков сальных желез. В настоящее время наиболее эффективным системным препаратом для лечения тяжелых форм акне является синтетический ретиноид

изотретиноин (Роаккутан, 13-цис-ретиноевая кислота). Для терапии акне он используется с 1979 г. Его широкое применение ограничено потенциальным риском развития побочных эффектов (артралгии, скованность суставов и тендинит, сухость слизистых оболочек и кожи, эритемы, конъюнктивит, головные боли, нарушение липидного обмена в печени). Кроме того, отмечен тератогенный эффект препарата.

Резистентность к антибактериальным препаратам

Последнее время ученые все больше внимания уделяют проблеме развития резистентности, в том числе перекрестной, к различным группам антибактериальных препаратов. Так, исследование чувствительности к антибиотикам микроорганизмов, полученных от больных акне, показало низкую чувствительность к линкомицину, эритромицину и доксициклину [6]. Установлена связь между количеством *Propionibacterium acnes*, резистентных к клиндамицину, тетрациклину и эритромицину, и ответом на терапию соответствующими антибиотиками [7–12]. Согласно данным ряда исследований при использовании несколь-

ких препаратов с разными, но взаимодополняющими механизмами действия наблюдается значительный биологический суммарный эффект [13, 14].

Резистентные штаммы *P. acnes* могут быть следствием недостаточного клинического ответа на применение топических антибиотиков. Так, по результатам двойного слепого исследования, увеличение количества резистентных *P. acnes* отмечалось уже через восемь недель после начала монотерапии клиндамицином [15].

По данным российского исследования (2013), средний возраст больных, от которых были выделены штаммы, устойчивые к ципрофлоксацину, оказался больше на 1,6 года среднего возраста пациентов, от которых были получены чувствительные штаммы. Разница в возрасте пациентов, рандомизированных по показателю «чувствительность к офлоксацину», составила более двух лет [16].

Доказана связь между чувствительностью к тетрациклину и сообщенным опытом использования антибиотиков разных групп в течение года перед началом исследования. Однако разница в доле устойчивых штаммов варьировала от 4,5 до 12,5%. Для доксицилина она оказалась выше (26,4% при использовании тетрациклина и 22,1% – других или неустановленных антибиотиков). Кроме того, от пациентов, использовавших эритромицин наружно, устойчивые к доксициклину штаммы стафилококков выделяли на 9,8% чаще [16].

Иммунный статус больных акне

У больных акне выявлены существенные изменения на уровне всех звеньев иммунитета: снижение активности Т- и В-лимфоцитов,



изменение количественного состава субпопуляций лимфоцитов, содержания иммуноглобулинов. Описаны изменения как в системе фагоцитоза, так и в цитокиновом профиле, что обуславливает формирование иммунодефицитного состояния и, как следствие, длительное, затяжное течение заболевания. Продолжительная интоксикация в результате бактериальной инфекции в свою очередь приводит к снижению неспецифической иммунологической реактивности организма. Однако анализ литературы показывает, что единого мнения о характере иммунных изменений при акне не существует – данные разрозненны и противоречивы [17].

При исследовании иммунного статуса больных акне выявлено снижение количества Т-лимфоцитов (CD3+ и CD8+). При этом содержание В-лимфоцитов оказалось повышено [18].

Установлено, что при первой и второй степени тяжести акне существует обратная связь между уровнями фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и эстрадиола, а при третьей – их синергетическое повышение. Последнее свидетельствует об усилении нарушений в эндокринной и иммунной системах. У больных акне выявлен дефицит интерлейкинов (ИЛ) 3, 4 и 10, интерферона гамма (ИФН-гамма), при достоверном повышении ФНО-альфа у пациентов с первой степенью тяжести заболевания. При третьей степени тяжести заболевания отмечены повышение концентрации ИЛ-12, ИЛ-2, ИФН-гамма, ИЛ-4 и ИЛ-13 и дефицит гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора, что является признаком развития иммунного ответа по смешанному Т-хелперному типу [19].

Иммуномодулирующая терапия

Активность *P. acnes* приводит к выработке большого количества провоспалительных цитокинов, миграции моноцитов, нейтрофилов и лимфоцитов в тканях, окружающих сальную железу. Устойчивость этих бактерий и дефект В-клеточного иммунного ответа обуславливают персистенцию возбудителя и выра-

ботку еще большего количества цитокинов. Возникает порочный круг, и интенсивное хроническое воспаление становится основным симптомом заболевания [20].

Для того чтобы повысить эффективность проводимой терапии, пациентам нередко назначают иммуномодулирующие препараты [19]. К данной группе относится препарат Стемокин. Стемокин – это натриевая соль синтетического пептида, состоящего из L-аминокислотных остатков изолейцила, глутаминовой кислоты и триптофана. Препарат обладает иммуномодулирующим действием, увеличивает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций, способствует нормализации иммунологических показателей.

В основе механизма действия лежит прямое воздействие на пролиферацию и дифференцировку ранних клеток – предшественников гемопоэза, регуляторное воздействие на реакцию клеточного и гуморального иммунитета и неспецифическую резистентность организма.

Препарат влияет на процессы дифференцировки лимфоидных клеток, индуцируя экспрессию дифференцировочных антигенов на лейкоцитах. Показанием к применению Стемокина является хронический фурункулез.

Опыт применения Стемокина

Под наблюдением находилось 14 пациентов, страдающих средне-тяжелой и тяжелой формами акне, с сопутствующим поражением гепатобилиарной системы. Возраст больных – от 21 до 37 лет. Длительное применение различных системных антибиотиков не привело к значимому эффекту. Ранее для топической терапии использовали ретиноиды и антибиотики, которые также не способствовали положительной динамике (рис. 1 и 2).

Проведенное микробиологическое исследование выявило резистентных к антибиотикам *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pantoea agglomerans* и т.д. В связи с этим в комплексную терапию был добавлен Стемокин в дозе 1 мл

внутримышечно ежедневно в течение 10 дней, затем интраназально в течение двух-трех недель (в зависимости от степени клинических проявлений). Кроме того, применялись косметические средства: гель для умывания и лосьон.

Через 10 дней терапии отмечалось отсутствие пустулезных высыпаний (рис. 3), к 21-му дню – отсутствие папулезных высыпаний (рис. 4).

К 21-му дню при микробиологическом исследовании выявлено уменьшение количества бактериальной



Рис. 1. Больной А. до лечения



Рис. 2. Больной Б. до лечения



Рис. 3. Больной А. после лечения



Рис. 4. Больной Б. после лечения

дерматокосметология



микрофлоры, в том числе антибиотикорезистентных штаммов.

По окончании терапии Стемокином больным рекомендовано продолжить использование косметических средств для проблемной кожи. В течение двух месяцев после

окончания лечения рецидивов заболевания не отмечалось.

Заключение

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что включение Стемокина в комплексную

терапию торпидных форм акне высокоэффективно и может быть рекомендовано в качестве альтернативного лечения у больных с соматической отягощенностью и при наличии резистентной к антибиотикам микрофлоры. ●

Литература

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М., 2003.
2. Аравийская Е.Р., Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Акне // Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная инфекция / под ред. Е.В. Соколового. СПб.: Сотис, 1998.
3. Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии) / под ред. Н.Г. Короткого. Тверь: Губернская медицина, 2001.
4. Адашкевич В.П. Акне и розацеа. СПб., 2000.
5. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Современные аспекты патогенетических механизмов и тактики лечения пациентов с акне // Пластическая хирургия и косметология. 2010. № 1. С. 73–80.
6. Каратаева Н.Н., Соркина И.Л., Сюч Н.И. и др. Проблемы резистентности к антибиотикам микрофлоры кожи лица у больных акне // Клиническая дерматология и венерология. 2013. Т. 11. № 2. С. 33–35.
7. Simonart T. Antibiotic-resistant acne: lessons from good sense // Br. J. Dermatol. 2004. Vol. 150. № 2. P. 369–370.
8. Ross J.I., Snelling A.M., Carnegie E. et al. Antibiotic-resistant acne: lessons from Europe // Br. J. Dermatol. 2003. Vol. 148. № 3. P. 467–478.
9. Cunliffe W.J. Propionibacterium acnes resistance and its clinical relevance // J. Dermatol. Treat. 1995. Vol. 6. Suppl. 1. P. S3–S4.
10. Eady E.A., Gloor M., Leyden J.J. Propionibacterium acnes resistance: a worldwide problem // Dermatology. 2003. Vol. 206. № 1. P. 54–56.
11. Thiboutot D., Gollnick H., Bettoli V. et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. Vol. 60. Suppl. 5. P. S1–S50.
12. Mills O.Jr., Thornsberry C., Cardin C.W. et al. Bacterial resistance and therapeutic outcome following three months of topical acne therapy with 2% erythromycin gel versus its vehicle // Acta Derm. Venereol. 2002. Vol. 82. № 4. P. 260–265.
13. Burkhardt C.N., Specht K., Neckers D. Synergistic activity of benzoyl peroxide and erythromycin // Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol. 2000. Vol. 13. № 5. P. 292–296.
14. Weiss J.S. Current options for the topical treatment of acne vulgaris // Pediatr. Dermatol. 1997. Vol. 14. № 6. P. 480–488.
15. Cunliffe W.J., Holland K.T., Bojar R., Levy S.F. A randomized, double-blind comparison of a clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel formulation and a matching clindamycin gel with respect to microbiologic activity and clinical efficacy in the topical treatment of acne vulgaris // Clin. Ther. 2002. Vol. 24. № 7. P. 1117–1133.
16. Бурцева Г.Н., Сергеев А.Ю., Арзуманян В.Г., Сергеев Ю.Ю. Перифолликулярная микробиота кожи при акне. Часть I. Общие характеристики колонизации и резистентность к системным антибиотикам // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2013. № 2. С. 84–93.
17. Донецкая С.В. Обоснование тактики лечения вульгарных угрей на основании изучения индивидуальных особенностей корреляции общего и местного иммунитета: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.
18. Головач Н.А. Иммунологические нарушения у пациентов с акне и патологией органов пищеварения // Вестник Московского государственного областного гуманитарного института. Серия: Медико-биологические науки. 2014. № 2. С. 30–37.
19. Метляева Н.Б. Состояние системы цитокинов у женщин с угревой болезнью и обоснование комплексной патогенетической терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2007.
20. Zaenglein A.L., Thiboutot D.M. Expert committee recommendations for acne management // Pediatrics. 2006. Vol. 118. № 3. P. 1188–1199.

News in Therapy of Severe Acne

L.R. Sakaniya¹, K.T. Pliyeva¹, I.V. Golembiovskaya², I.M. Korsunskaya¹

¹ Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences

² Russian Peoples' Friendship University

Contact person: Irina Markovna Korsunskaya, marykor@bk.ru

Traditional protocols for treating acne envisage administration of systemic and topical antibacterial agents. However, in some severe torpid acne such therapy is ineffective. In particular, it results from developing antimicrobial resistance and immunodeficiency. In this case, use of immunomodulatory therapy may be one of potential solutions. In our paper we present the data regarding administration of Stemokine in patients suffering from modest and severe acne accompanied by hepatobiliary disorders.

Key words: severe acne, antimicrobial resistance, immunodeficiency, immunomodulatory agents, Stemokine

Главное медицинское управление
Управления делами Президента РФ
ФГБУ ДПО «Учебно-научный медицинский центр» УДП РФ

Научно-практическая конференция

Актуальные вопросы лечения и профилактики социально значимых заболеваний в терапевтической и общеврачебной практике

22 октября 2015, Москва

Председатели

А. И. Мартынов – академик РАН, президент Российского научного медицинского общества терапевтов

С. А. Чорбинская – профессор, д.м.н., заведующая кафедрой семейной медицины ФГБУ «УНМЦ» УДП РФ

В программе конференции:

- Новые терапевтические возможности в лечении сердечно-сосудистых заболеваний
- Клиника, диагностика, лечение и профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций
- Рациональная антибактериальная терапия в общеврачебной практике
- Суставной синдром
- Современные алгоритмы диагностики и лечения сахарного диабета
- НПВП-гастропатии. Факторы риска развития гастропатий, лечение и профилактика
- Новые возможности в диагностике и лечении туберкулеза

Конференция предназначена для врачей кардиологов, инфекционистов, эндокринологов, гастроэнтерологов, фтизиатров, терапевтов, врачей общей практики Москвы, Московской области и других регионов РФ.

Начало регистрации и работа выставки с 09.00

Начало научной программы конференции в 10.00

Регистрация и подробная информация

на сайте www.eecmedical.ru, по эл. почте: info@eecmedical.ru
или по тел.: +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29



¹ Медицинский
центр
«Ивастремед»,
г. Иваново

² Российский
университет
дружбы народов

Герпферон: опыт применения при герпесвирусной инфекции

М.С. Корягина¹, Л.В. Посисеева²

Адрес для переписки: Марина Станиславовна Корягина, MariyaStK@mail.ru

Вирусы герпеса широко распространены в популяции. Они вызывают различные заболевания кожи, слизистых оболочек, глаз, центральной нервной системы и внутренних органов. Использование местных противовирусных препаратов обосновано большим количеством активных форм возбудителя в местах высыпаний, болезненностью очагов поражения и недостаточностью местного иммунитета и эндогенного интерферона. Комбинированный препарат Герпферон® помимо двойного противовирусного (интерферон альфа-2b + ацикловир) обладает также обезболивающим и противозудным эффектами (лидокаин). Результаты исследований и собственный клинический опыт показывают высокую эффективность и безопасность препарата, что в свою очередь способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: герпес, комбинированный лекарственный препарат, интерферон альфа-2b, Герпферон, местное применение

Герпесвирусные инфекции – группа антропонозных заболеваний, вызываемых вирусами семейства *Herpesviridae* и характеризующихся хроническим рецидивирующим течением и пожизненным персистированием возбудителя в организме [1]. Вирусы герпеса широко распространены в популяции. Они вызывают разнообразные заболевания кожи, слизистых

оболочек, глаз, центральной нервной системы и внутренних органов [2–6, 7].

Применение местных противовирусных препаратов как в сочетании с системной терапией [3], так и отдельно при локализованных кожно-слизистых формах [8] обусловлено большим количеством активных форм возбудителя в местах высыпаний, болезненностью очагов поражения

и недостаточностью местного иммунитета и эндогенного интерферона [9]. Одним из лекарственных препаратов, сочетающих противовирусное и иммуномодулирующее действие и применяемых местно и наружно, является мазь Герпферон® (ЗАО «Фирн М», Россия).

Фармакологические свойства Герпферона определены его составом:

- ✓ интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный 20 000 МЕ/г – противовирусное и иммуномодулирующее средство;
- ✓ ацикловир 30 мг/г – противовирусное средство;
- ✓ лидокаина гидрохлорид 10 мг/г – анестетик местного действия, противозудное средство.

Указанная комбинация способствует усилению фармакотерапевтического эффекта и расширению спектра применения препарата по сравнению с однокомпонентными интерфероном и ацикловиром в виде мази. Кроме того, включение в качестве вспомогательных веществ полиэтиленоксидов обеспечивает стабилизацию активных веществ, длительность действия препарата и лучшее проникновение в кожу [10, 11].



Герпферон® выпускается в алюминевых тубах, содержащих 5, 10 и 30 г мази.

В ходе проведенных в Институте инженерной иммунологии доклинических испытаний на лабораторных животных и культурах клеток не отмечено симптомов острой и хронической токсичности, местнораздражающего действия. При этом показана высокая эффективность препарата на модели экспериментального герпеса [7, 10, 12].

Клинические исследования на базе Нижегородской государственной медицинской академии и Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (2003) убедительно доказали безопасность и хорошую переносимость препарата, установили его высокую эффективность, особенно при рецидивирующем течении заболевания [7, 10, 12].

Многолетний опыт применения Герпферона подтвердил его эффективность и безопасность в терапии первичных и рецидивирующих поражений кожи и слизистых оболочек при генитальном и опоясывающем герпесе [1, 7, 12–15].

Так, в 2012–2013 гг. кафедрой дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии на базе клинического кожно-венерологического диспансера проведено прямое открытое исследование эффективности и безопасности препарата Герпферон®. В исследовании участвовали 40 пациентов с рецидивирующим орофациальным (первая группа) или генитальным (вторая группа) герпесом легкой или средней степени тяжести в фазе обострения [13]. Пациенты первой группы применяли только Герпферон®. Мазь наносили на пораженные участки кожи и слизистых оболочек тонким слоем пять раз в сутки в течение пяти – десяти дней до исчезновения клинических признаков заболевания. Вторая группа использовала препарат, содержащий валацикло-

вир (перорально в дозе 500 мг два раза в день в течение трех – пяти дней), и Герпферон® на пораженные участки кожи и слизистых оболочек (тонким слоем четыре – пять раз в сутки в течение пяти – десяти дней) до исчезновения клинических признаков заболевания. Пациентка с локализацией очага на коже бедра получила монотерапию Герпфероном в аналогичном режиме.

На основании полученных результатов и анализа опыта применения Герпферона авторы сделали обоснованный вывод о высокой эффективности данного препарата. Так, на фоне монотерапии Герпфероном рецидивов орофациального герпеса клиническое выздоровление наступило в 100% случаев на пятый – седьмой день, повторных высыпаний и присоединения вторичной инфекции не наблюдалось. На фоне терапии препаратом Герпферон® в комплексе с другими противовирусными и иммуномодулирующими препаратами рецидивов генитального герпеса клиническое выздоровление наступило в 100% случаев на седьмой – десятый день, повторных высыпаний и присоединения вторичной инфекции не зафиксировано.

При этом уже на второй день терапии практически все пациенты отметили выраженное уменьшение боли.

Немаловажной оказалась и экономическая составляющая – одной тубы (5 г) было достаточно для лечения эпизода герпетической инфекции.

Получены данные об эффективности препарата Герпферон® (пять раз в день на протяжении десяти дней) в комплексе с противовоспалительными и иммуномодулирующими средствами и при герпетической экземе Капоши в результате осложнения атопического дерматита [14]. Собственный клинический опыт применения препарата Герпферон® у 40 больных в возрасте от 17 до 50 лет с герпетической инфекцией

(орофациальный, генитальный, опоясывающий герпес), наблюдавшихся в медицинских учреждениях г. Иваново (медицинский центр «Ивастремед», женская консультация № 7, Ивановский областной кожно-венерологический диспансер) за 2013–2014 гг., свидетельствует о том, что уже на третий день терапии у большинства пациентов наступает достоверное улучшение состояния. У них наблюдали уменьшение интенсивности местных проявлений (изъязвления, покраснения, припухлости, боли и жжения), отсутствие новых высыпаний.

Большинство пациентов на первые-вторые сутки лечения отмечали снижение боли в очаге поражения.

Разрешение процесса произошло в среднем на $7,2 \pm 0,6$ день, то есть в рекомендованный срок для терапии орофациального и опоясывающего герпеса [16].

В течение года после лечения манифестации герпетической инфекции не зафиксировали.

Опрос пациентов показал, что некоторые из них (с рецидивирующим течением герпеса) применяли данный препарат в профилактических целях при значительном переутомлении, перенапряжении и переохлаждении. При малейших неприятных ощущениях, чувстве покалывания, жжения мазь наносили на участки предыдущих высыпаний в течение одного-двух дней три-четыре раза в сутки.

Патогенетическим обоснованием профилактического применения Герпферона может служить факт выявления в ходе электронной микроскопии гистологических биоптатов возбудителя герпетической инфекции – провируса в эпителиальных клетках кожи и слизистых в очагах поражения при предыдущих рецидивах [9], которые могут быть местами повышенного риска.

Важно отметить, что нежелательных явлений на фоне проводившейся терапии зарегистрировано не было.



Таким образом, пациентам с герпетической инфекцией (орофациальным, генитальным, опоясывающим герпесом) можно рекомендовать Герпферон®, мазь для местного и наружного применения, как в виде моно-

так и в виде комбинированной терапии с другими противовоспалительными и иммуномодулирующими средствами. Преимуществами Герпферона являются двойное противовирусное и местное обезболивающее

действие. Кроме того, препарат быстро снимает зуд. Благодаря комплексному воздействию эффективность лечения повышается и, как следствие, значительно улучшается качество жизни пациентов. ●

Литература

- Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетова Л.К., Чернакова Г.М. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей. СПб., 2004.
- Халдин А.А. Современные представления о клинике и терминологии дерматологического синдрома герпетической болезни // Вестник дерматологии и венерологии. Приложение. 2008. С. 3–4.
- Кузин В.Б., Карсакова Н.В., Ловцова Л.В. и др. Изучение клинической эффективности мази для местного применения Герпферон // Оппортунистические инфекции: проблемы и перспективы / под ред. Ю.В. Редькина, О.А. Мирошника. Вып. 2. Омск: Полиграфический центр, 2005. С. 142–147.
- Хрянин А.А., Решетников О.В. Распространенность вируса простого герпеса 1-го и 2-го типов в Сибири: популяционное исследование // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение. Герпес. 2008. № 1. С. 9–13.
- Capretti M.G., Marsico C., Lazzarotto T. et al. Herpes Simplex Virus 1 infection: misleading findings in an infant with disseminated disease // New Microbiol. 2013. Vol. 36. № 3. P. 307–313.
- Tan D.H., Murphy K., Shah P., Walmsley S.L. Herpes simplex virus type 2 and HIV disease progression: a systematic review of observational studies // BMC Infect. Dis. 2013. Vol. 13. P. 502.
- Халдин А.А., Молочков А.В. Герпесвирусные поражения кожи и слизистых (простой опоясывающий герпес). Учебно-методическое пособие для врачей. М., 2013.
- Stoopler E.T., Balasubramaniam R. Topical and systemic therapies for oral and perioral herpes simplex virus infections // J. Calif. Dent. Assoc. 2013. Vol. 41. № 4. P. 259–262.
- Лавров В.Ф., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Естественный иммунитет и герпетическая инфекция // Вопросы вирусологии. 2006. № 3. С. 3–9.
- Кузин В.Б., Ребров А.П., Гапонюк П.Я., Катикова О.Ю. Результаты использования мази Герпферон при лечении простого герпеса // Клиническая дерматология и венерология. 2009. № 6. С. 96–101.
- Противогерпетические препараты. Справочник / под ред. О.А. Мирошника. Омск: Полиснаб, 2010.
- Васильева Т.П., Посисеева Л.В., Филькина Е.В., Чумаков А.С. Герпферон в лечении герпетической инфекции: экспериментальные и клинические исследования // Практическая медицина. 2013. № 1–4 (73). С. 169–172.
- Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А. и др. Оценка клинической эффективности комбинированной терапии герпетической инфекции ациклическими синтетическими нуклеозидами, рекомбинантным интерфероном альфа-2b и лидокаина гидрохлоридом // Клиническая дерматология и венерология. 2014. № 3.
- Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А. и др. Герпетиформная экзема Капоши как осложнение атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология. 2014. № 4.
- Посисеева Л.В. Генитальный герпес: возможности интерферонотерапии // Дневник Казанской медицинской школы. 2014. № 2 (5).
- Инструкция по применению лекарственного препарата Герпферон®, мазь для местного и наружного применения // Регистр лекарственных средств России. 22-й вып. М., 2013.

Herpferon: Experience with Use for Herpes Virus Infection

M.S. Koryagina¹, L.V. Posiseyeva²

¹ Medical Center 'Ivastramed', City of Ivanovo

² Peoples' Friendship University of Russia

Contact person: Marina Stanislavovna Koryagina, MariyaStK@mail.ru

Herpes viruses are widespread in the population. They cause a variety of diseases of the skin, mucous membranes, eyes, central nervous system and internal organs. The use of local antiviral medications is justified when numerous active local lesions of the pathogen are detected, when the patient experiences significant sickness, and by the impairment of local immunity and endogenous interferon. A combined medication Herpferon with a dual antiviral activity (interferon alpha-2b+acyclovir) has also anesthetic and anti-itch effects (lidocaine). The results of the studies and own clinical experience show high efficacy and safety of the medication Herpferon, significantly improving the patients' quality of life.

Key words: herpes, combined medication, Herpferon, interferon alpha-2b, local application



НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

10–11 декабря 2015 г.

Отель «Санкт-Петербург», Пироговская набережная, 5/2 (ст. м. «Площадь Ленина»)

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Главное военно-медицинское управление МО РФ
- Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
- Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области»
- Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Этиотропная терапия
 - вирусных инфекций
 - бактериальных инфекций
 - паразитарных болезней
 - микозов
 - госпитальных инфекций
- Резистентность микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам
- Вакцинопрофилактика актуальных инфекций

Тезисы в материалы конференции принимаются до 15.10.2015 г. по адресу: infectology_vma@mail.ru с пометкой «Конференция ВМедА – 2015»

Стоимость публикации тезисов – бесплатно. Электронная рассылка материалов конференции не предусматривается.

К участию в конференции приглашены главные специалисты Министерства здравоохранения и Министерства обороны, врачи медицинских учреждений Санкт-Петербурга, Ленинградской области, других регионов РФ, профессорско-преподавательский состав медицинских вузов. Количество участников составит более 300 человек.

В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ БУДЕТ ОРГАНИЗОВАНА ВЫСТАВКА
СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗЦОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ
195009, Россия, Санкт-Петербург, а/я 35,
Тел./факс: +7(812) 329-7165,
тел. +7(812) 292-3433
E-mail: infectology_vma@mail.ru
Сайт: www.Infectology.ru
Ответственный секретарь оргкомитета –
Захаренко Сергей Михайлович



ТЕХНИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ
ОО «Человек и его здоровье»
Тел./факс: +7(812) 380-3155,
тел. +7(812) 380-3156, 380-3152,
380-3153, 380-3154
E-mail: welcome@congress-ph.ru
Сайт: www.congress-ph.ru



Стероидочувствительные дерматозы: простые сложные пациенты

Рассмотрению алгоритмов выбора средств фармакотерапии для больных стероидочувствительными дерматозами, вопросов эффективности и безопасности наружной терапии топическими глюкокортикостероидами у детей и взрослых, а также у беременных, страдающих атопическим дерматитом различной степени тяжести, «проблемным» псориазом, острой токсидермией и другими зудящими дерматозами, на примере препаратов Элоком и Элоком-С был посвящен симпозиум компании MSD, состоявшийся в рамках XV Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов (24 июня 2015 г.).



Профессор
А.Л. Бакулев

Атопический дерматит (АтД) считается одной из сложных проблем современной дерматологии. По словам профессора кафедры кожных и венерических болезней Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского, д.м.н. Андрея Леонидовича БАКУЛЕВА, при постановке диагноза важно избегать ошибок, поскольку под клинические проявления АтД могут маскироваться другие наследственные патологии, например синдромы Кнаппа – Комровера, Нетертона, Дубовица.

Атопический дерматит у детей: от диагноза к лечению

Собственный клинический опыт показывает, что за типичными для АтД высыпаниями на коже и интенсивным зудом может скрываться банальная чесотка, а за локализованными на сгибательных поверхностях высыпаниями – красный лишай и другие заболевания. Именно поэтому специалисту, основываясь на знании «морфологической азбуки», важно правильно оценить морфологические изменения кожи.

АтД отличается своеобразием возрастной эволюции проявлений. В связи с этим выделяют три возраста заболевания, каждый из которых предусматривает особый подход к лечению. Согласно национальным и международным клиническим рекомендациям методами и средствами лечения помимо элиминационных мероприятий и диеты является иммуносупрессивная терапия: терапия системными глюкокортикостероидами (ГКС), азатиоприном, а также фототерапия, топическая и аллергенспецифическая терапия¹.

Однако использование препаратов системного действия у детей с АтД,

особенно в младенческом и раннем возрасте, крайне нежелательно из-за возможности развития ряда серьезных побочных эффектов. Фототерапия также имеет возрастные ограничения². «В отношении данной категории больных у нас весьма ограниченный выбор, ведь азатиоприн не зарегистрирован в России для лечения АтД. Мы можем, конечно, передать пациентов аллергологам для специфической иммунотерапии, которая есть только в отношении аллергенов клеща домашней пыли», – уточнил докладчик.

Между тем неконтролируемый АтД у детей первого года жизни существенно увеличивает риск хронизации процесса. В этой ситуации необходимо применять топические средства. Восстановление кожного барьера на фоне лечения, предотвращающего проникновение аллергенов через кожу, оказывает благоприятное влияние на течение АтД и оптимизирует прогноз².

Терапия в первую очередь должна быть направлена на уменьшение клинических проявлений заболе-

¹ Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Атопический дерматит. М., 2010.

² Atopic eczema in children. Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. National Institute for Health and Care Excellence, London, 2007.



Сателлитный симпозиум компании MSD

вания, предотвращение рецидивов и снижение степени их тяжести. Такой контроль над заболеванием возможен лишь при ступенчатой терапии.

Традиционно при обострениях заболевания назначают топические ГКС. Ключевое значение при выборе препарата у детей, чья кожа отличается морфофункциональными особенностями, имеет не только высокая эффективность, но и хороший профиль безопасности. Таким препаратом считается мометазона фураат (Элоком). Кроме того, благодаря разнообразию лекарственных форм (мазь, крем, лосьон), относящихся к средним и сильным топическим ГКС, препарат может применяться при любой степени тяжести АТД.

Опасения в отношении назначения топического ГКС связаны с возможностью воздействия на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, а также возникновения местных побочных эффектов (атрофии кожи). Вероятность развития системных нежелательных явлений на фоне терапии препаратом Элоком изучалась в двух исследованиях, отвечающих принципам доказательной медицины. В мультицентровом слепом срав-

нительном исследовании А.Т. Lane и соавт. (1997) приняли участие более 300 детей в возрасте от шести месяцев до 12 лет. Согласно полученным данным, только у одного из 44 пациентов, получавших Элоком, зафиксировано небольшое краткосрочное снижение уровня кортизола на 22-й день лечения, который нормализовался при повторном тестировании через семь дней³. В простом слепом рандомизированном сравнительном исследовании Н.Д. Vernon и соавт. (1991) с участием 48 детей того же возраста на фоне терапии Элокомом не было выявлено ни одного случая снижения уровня кортизола⁴.

Клиническая эффективность и безопасность применения Элокома были продемонстрированы в многоцентровом исследовании у 22 831 пациента (из них 662 детей в возрасте от одного месяца до шести лет) с различными дерматозами, в том числе и с АТД⁵. Эффективность терапии отмечена в 92% случаев у взрослых больных и 93% случаев у детей. Атрофия кожи даже при продолжительном лечении (до 36 недель) не была зафиксирована.

Проведенное исследование по оценке атрофогенного потенциала

топических ГКС у 70 детей (55 – АТД, 28 – экзема/псориаз) в дерматологической практике продемонстрировало, что рутинное, правильно назначаемое и длительное применение топических ГКС у детей с дерматитами не вызывает атрофии кожи. В заключение профессор А.Л. Бакулев рекомендовал при назначении топических ГКС детям придерживаться следующих принципов:

- у пациентов в возрастной категории до шести месяцев не использовать препараты, особенно фторсодержащие;
- наносить стероиды средней силы на кожу лица очень коротким курсом – в течение трех – пяти дней при тяжелых обострениях;
- наносить на чувствительную кожу (подмышечные впадины, мошонка) при обострении в течение короткого срока – 7–14 дней;
- применять на поверхности не более 20% площади кожи и не использовать под окклюзионную повязку;
- у детей с частыми обострениями АТД препараты можно применять два раза в сутки два дня подряд в течение недели для профилактики обострений.

«Проблемный» псориаз... Задачи и решения

Несмотря на то что псориаз не угрожает жизни пациента, заболевание является причиной серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции, депрессии, снижения качества жизни. Доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад.

И.П. Павлова, к.м.н. Марианна Михайловна ХОБЕЙШ отметила, что псориаз умеренного и тяжелого течения в 11–43% случаев сопровождается тревогой, в 9–62% – депрессией, в 16–44% – метаболическим синдромом, в 47–59% случаев – неалкогольной жировой дистрофией печени и другими заболеваниями. Особый интерес дерматологов вызывает так называемый про-



К.м.н.
М.М. Хобейш

³ Lane A. T. Efficacy and safety of topical steroids in paediatric atopic dermatitis // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol. 1997. Vol. 8. Suppl. 1. P. S24–S27.

⁴ Vernon H.J., Lane A.T., Weston W. Comparison of mometasone furoate 0.1% cream and hydrocortisone 1.0% cream in the treatment of childhood atopic dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. 1991. Vol. 24. № 4. P. 603–607.

⁵ Шерер Р., Новок К. Опыт использования наружного кортикостероида мометазона фураата // Российский аллергологический журнал. 2005. № 4. С. 84–89.



блемный псориаз, когда клинически определяется тяжелая степень псориаза при небольшой площади поражения⁶. Это псориазическое поражение в области открытых, видимых участков кожи; вовлечение в процесс значительной зоны волосистой части головы; поражение аногенитальной области; поражение ладоней и подошв; выраженная ониходистрофия; выраженный зуд с обилием экскориаций.

Поражение кожи при псориазе может быть как распространенным, так и ограниченным, но во всех случаях пациенты нуждаются в наружной терапии. Как правило, единственно правильным при ограниченном вульгарном псориазе и незначительном снижении качества жизни считается назначение наружных средств при обязательной элиминации провоцирующих факторов. При распространенном вульгарном псориазе и значительном снижении качества жизни топическая терапия является важным дополнением к системному лечению.

Топическая терапия при прогрессировании псориаза ступенчатая и включает применение мазей, гелей, кремов, лосьонов, содержащих ГКС или ГКС в сочетании с кератопластическими, кератолитическими препаратами или с кальципотриолом, а также средств базового ухода.

Препараты первой линии – топические ГКС. Они оказывают противовоспалительное, эпидермостатическое и местноанестезирующее действие. Немецким обществом дерматологов был разработан интегральный критерий оценки топических ГКС, своеобразный терапевтический индекс, предусматривающий оптимальное соотношение пользы/риска⁷.

На сегодняшний день среди топических ГКС наиболее предпочтительными считаются современные нефторированные препараты последнего поколения, отличающиеся выраженным противовоспалительным действием, минимальным атрофогенным потенциалом и высоким профилем безопасности. Одним из представителей этих препаратов является мометазон фуруат. Преимуществами мометазона фуруата (Элоком) считаются:

- ✓ высокая системная безопасность (минимальная системная абсорбция, низкий риск развития системных побочных эффектов);
- ✓ местная безопасность (отсутствие фтора в молекуле, баланс геномных и внегеномных эффектов, низкий атрофогенный потенциал);
- ✓ применение один раз в сутки;
- ✓ доказанная в исследованиях и практическим опытом эффективность;
- ✓ возможность использования на чувствительных участках и участках, подвергаемых инсоляции;
- ✓ разнообразие лекарственных форм (лосьон, крем, мазь) и, как следствие, возможность применения при любых локализациях патологического процесса различной степени тяжести.

М.М. Хобейш кратко охарактеризовала терапевтические возможности лекарственных форм препарата.

Мазь Элоком обладает сильным противовоспалительным действием и показана при активном воспалении, выраженной инфильтрации. Мазь можно применять длительно (в течение 12 недель) с постепенной ее отменой.

Крем Элоком обладает умеренным противовоспалительным

действием с возможностью длительного применения (до 12 недель). Крем можно использовать в проблемных зонах (лицо, складки, гениталии). Показан при стероидочувствительных дерматозах, фотодерматозах, солнечных ожогах.

Лосьон Элоком оказывает умеренное действие и может применяться в проблемных зонах (лицо, складки, гениталии). Лосьон также показан для волосистой части головы, например при «псориазической короне», себорейном дерматите.

По мнению докладчика, одним из часто встречающихся в клинической практике заболеваний ограниченной локализации является пустулезный псориаз ладоней и подошв. Проблемный характер ладонно-подошвенного псориаза определяется функциональной значимостью пораженных участков и резистентностью к наружной терапии. Резистентность объясняется особенностью кожи ладоней и подошв (более толстая), выраженностью патологических изменений в эпидермисе и дерме, постоянным раздражением и травматизацией очагов поражения. В этом случае наибольшей проникающей способностью обладают топические ГКС в форме мази.

Собственный клинический опыт и результаты исследований показывают, что наиболее эффективным средством терапии при ладонно-подошвенном псориазе является мазь Элоком-С. В состав препарата входят 0,1%-ный мометазон фуруат и 5%-ная салициловая кислота. Эта комбинация обеспечивает не только хороший противовоспалительный эффект, но и усиленный по сравнению с имеющимися аналогами кератолитический эффект, потенцирующий более глубокое

⁶ Mrowietz U., Kragballe K., Reich K. et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus // Arch. Dermatol. Res. 2011. Vol. 303. № 1. P. 1–10.

⁷ Luger T.A., Loske K.D., Elsner P. et al. Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden – Therapeutischer Index // AWMF-Leitlinien-Register. № 013/034, 2009.



Сателлитный симпозиум компании MSD

проникновение стероида, повышение чувствительности к нему. Эффективность мази Элоком-С в качестве топической терапии среднетяжелой и тяжелой степени псориаза была оценена в многоцентровом наблюдательном исследовании⁸. В нем приняли участие 3652 пациента с умеренным и тяжелым псориазом из 741 дерматологической клиники Германии. Изначально площадь поражения кожи < 10% была у 12,2% пациентов, распространенный процесс (> 10% поверхности тела) имел место у 84,3%. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность мази Элоком-С (см. рисунок).

Через четыре недели терапии мазью Элоком-С число больных с распространенным процессом уменьшилось практически в четыре раза. Отмечалось достоверное ($p < 0,0001$) снижение общего среднего балла симптомов – в два раза, выраженности шелушения – в пять раз, эритемы – более чем в два раза, инфильтрации – более чем в три раза. Важно и то, что 87,5% врачей и 84,9% пациентов оценили эффективность мази Элоком-С как хорошую, очень хорошую и отличную.

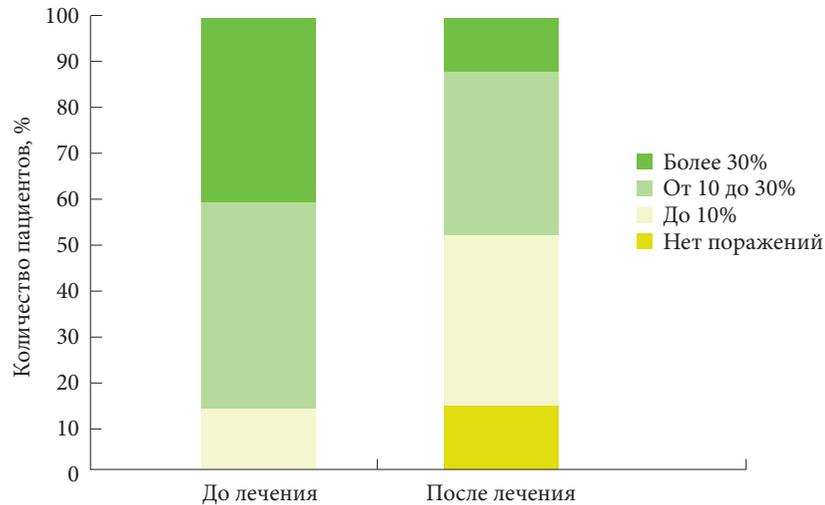


Рисунок. Динамика распространенности псориазического поражения на фоне применения мази Элоком-С

Завершая выступление, М.М. Хобейш акцентировала внимание участников симпозиума на возможности применения топических ГКС у беременных с дерматозами. Согласно рекомендациям Американской академии дерматологии (2013) для большинства дерматологических заболеваний во время беременности топическая терапия – самый безопасный выбор, и она должна рассматриваться как терапия первой линии. В свою очередь британские дерматологи,

проанализировав применение топических ГКС более чем у 84 000 беременных, сделали вывод, что в качестве терапии первой линии следует использовать слабые или умеренные топические ГКС, а сильные и очень сильные – применять в качестве препаратов второй линии в течение короткого периода. Особо отмечались благоприятный профиль безопасности современных топических ГКС, таких как мометазона фураат, и удобство их приема.

Трудный пациент – обоснованный выбор наружной терапии

Руководитель научного клинического отдела Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий, д.м.н., профессор Муза Михайловна КОХАН, опираясь на собственный успешный опыт применения препаратов Элоком и Элоком-С в лечении пациентов со стероидочувствительными дерматозами, представила уча-

стникам симпозиума несколько случаев из практики.

Клинический случай 1. Больной И., 18 лет. Диагноз АтД, взрослая фаза, диссеминированная форма с сопутствующим аллергическим ринитом. Пациент заболел АтД в годовалом возрасте. В 16 лет к АтД присоединился ринит с обострениями в весенне-летние месяцы и после контакта с аллергенами (шерсть кошек).



Профессор М.М. Кохан

⁸ Grieb S., Karmann B., Zurmühlen R., Bruch-Gerharz D. Multizentrische Anwendungsbeobachtung zum Einsatz eines topischen Kombinationspräparates aus Mometasonfuroat 0,1% und Salicylsäure 5% bei der Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Psoriasis // Akt. Dermatol. 2009. Vol. 35. № 5. P. 175–179.



Больной получал курс терапии один-два раза в год с краткосрочным эффектом. В последние три года наблюдается стероидозависимость от системных ГКС и нечувствительность к используемым наружным препаратам – Фторокорту, Лориндену, Целестодерму.

Больной поступил в клинику с очередным обострением АтД. Данные лабораторного исследования продемонстрировали наличие выраженного лейкоцитоза ($9,1 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилии (7%), высокой скорости оседания эритроцитов (СОЭ) (13 мм/ч). Биохимическая гепатограмма в пределах нормы. Иммунограмма: IgE – 850 МЕ/мл, индекс CD4/CD8 – 2,6, снижение фагоцитарной активности (ФАН). Бактериальный посев с кожи выявил наличие *Staphylococcus aureus* 10^9 КОЕ/г. Кроме того, у пациента имели место такие сопутствующие заболевания, как гепатит В, хронический холецистит и дисбиоз кишечника с повышенным содержанием *S. aureus* и *Candida* spp. (10^6 КОЕ/г).

Безусловно, лечение данного пациента должно быть направлено на уменьшение гиперемии, зуда, инфильтрации, проявлений ринита, а также санацию дисбиоза и *Candida* spp. с последующим подбором эффективных наружных средств. Однако выбор терапии имел некоторые ограничения – нельзя было применять системные ГКС, Сандиммун, ПУВА-терапию (воздействие на кожу длинноволнового ультрафиолетового излучения А в комбинации с псораленами), антигистаминные препараты первого поколения, антибиотики пенициллинового ряда, фторированные топические ГКС.

Больному назначена комплексная терапия: Тимодепрессин 1,0 в/м ежедневно № 14, азитромицин 0,5 г/сут № 5, флуконазол 150 мг/нед № 3, мазь Элоком один раз в сутки в первые 14 дней, а с третьей-четвертой недели –

через день плюс постоянный уход за кожей с помощью эмолентов.

Четырехнедельный курс лечения позволил достичь состояния клинической ремиссии с восстановлением функции кишечника и элиминации микологической инфекции. Пациенту при выписке из стационара рекомендован прием антигистаминов второго поколения в сезон, использование мази Элоком в режиме два дня в неделю до полного регресса высыпаний, а затем – до трех месяцев в режиме поддерживающей терапии и перманентный уход за кожей.

«Больной находится у нас на диспансерном учете. Развившееся через год обострение было достаточно умеренным и не потребовало применения системной терапии. В настоящее время пациент трудоспособен», – уточнила профессор М.М. Кохан.

Клинический случай 2. Больная К., 39 лет. Диагноз АтД, диффузная форма, с сопутствующим микозом стоп и онихомикозом.

Страдает АтД с детства, в 30-летнем возрасте процесс принял диффузный характер с формированием эритродермических состояний при крайне выраженном зуде кожи. Кроме того, у пациентки выявлены такие сопутствующие заболевания, как хронический описторхоз, хронический колит и фибромиома матки.

Больная получала короткие курсы системных ГКС в/в по 25–30 мг, антигистаминные препараты первого поколения, топические ГКС (Синафлан). Однако эффект был кратковременным. По поводу сопутствующих заболеваний лечение не проводилось.

Данные лабораторных исследований показали наличие умеренного лейкоцитоза ($8,9 \times 10^9/\text{л}$), ярко выраженной эозинофилии (14%) и повышенной СОЭ (17 мм/ч). Иммунограмма: IgE – 1030 МЕ/мл, индекс CD4/CD8 – 1,6. Бактериальный посев с кожи выявил *S. aureus* (10^6 КОЕ/г),

с ногтей – *Trichophyton rubrum*. Патоморфологические и иммуногистохимические исследования подтвердили диагноз АтД.

Пациентке были проведены детоксикационная терапия, санация описторхозной инвазии. Назначены системные ГКС в дозе 25 мг внутрь в течение семи дней с постепенной отменой препарата, антигистаминные препараты первого поколения в/м, наружно – мазь Элоком один раз в сутки в течение 14 дней, затем крем Элоком. «При выраженной глубокой и плотной инфильтрации именно мазь – та лекарственная форма, которая дает наибольший клинический эффект, поскольку способствует наиболее глубокому проникновению молекулы в эпидермис. Когда мы отметили уменьшение инфильтрации, перешли на крем Элоком, а на нижние конечности применяли мазь Тридерм и средства ухода за кожей. После достижения клинической ремиссии проводилась системная терапия грибковой инфекции», – пояснила докладчик.

Клинический случай 3. Больной А., 46 лет. Диагноз АтД, период обострения.

Страдает АтД с раннего детского возраста. Лечение было эффективным, и обострения случались крайне редко (в 7, 14 и 22 года).

Последнее обострение произошло через два дня пребывания на морском побережье. У пациента появились распространенные высыпания с выраженным зудом в области лица, шеи, туловища и конечностей – клиническая картина обострения АтД на фоне неблагоприятных факторов и прямых аллергенов.

Больному А. было назначено комплексное лечение с соблюдением гипоаллергенной диеты, приемом антигистаминных препаратов (лоратадин), наружная терапия в виде крема Элоком один раз в сутки и средств ухода за кожей. Такой подход к лечению позволил через два дня умень-

Высокая эффективность в лечении стероид-чувствительных дерматозов^{1,2,3}



- **Высокая эффективность^{1,2}**
противовоспалительный, противозудный и антиэкссудативный эффект
- **Высокий уровень безопасности¹**
отсутствие побочных эффектов у 99,4% пациентов
- **Удобство применения³**
нанесение на кожу 1 раз в сутки, без цвета и запаха
- **Три формы Элокома (крем, мазь, лосьон)³**
возможность выбора формы для любой локализации и стадии воспалительного процесса

Список литературы

1. Scherer R., Nowok K. et al. Опыт использования наружного кортикостероида – мометазона фууроата. Российский Аллергологический Журнал 2005 (4); 84-89 2. Prakash A. et al. Topical Mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs 1998, 55(1): 145-163 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Элоком®.

Ключевая информация по безопасности Элоком® крем (мометазон), Элоком® лосьон (мометазон), Элоком® мазь (мометазон)

Противопоказания

- Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или ГКС.
- Розовые угри, периоральный дерматит.
- Бактериальная, вирусная (вирус герпеса, ветряная оспа) или грибковая инфекция кожи.
- Туберкулез, сифилис.
- Поствакцинальные реакции.
- Беременность (лечение обширных участков кожи, длительное лечение).
- Детский возраст до 2-х лет (в связи с недостаточностью данных).

Особые указания

Элоком® крем, мазь, лосьон
При нанесении на большие участки кожи в течение длительного времени, особенно при применении окклюзионных повязок, возможно развитие системного действия ГКС. Учитывая это, больные должны наблюдаться в отношении признаков подавления функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и развития синдрома Иценко-Кушинга.

Следует избегать попадания препарата Элоком® крем в глаза.

Следует учитывать, что ГКС способны изменять проявления некоторых заболеваний кожи, что может затруднить постановку диагноза. Кроме того, применение ГКС может быть причиной задержки заживления ран. При длительной терапии ГКС внезапное прекращение терапии может привести к развитию синдрома рикошета, проявляющегося в форме дерматита с интенсивным покраснением кожи и ощущением жжения. Поэтому после длительного курса лечения отмену препарата следует производить постепенно, например, переходя на интермиттирующую схему лечения перед тем, как его полностью прекратить.

Особые указания

Элоком® лосьон
Пропиленгликоль, входящий в состав препарата, может вызывать раздражение в месте нанесения, а изопропанол – ощущение жжения при попадании на воспаленную кожу. В таких случаях следует прекратить применение препарата Элоком® лосьон и назначить соответствующее лечение.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставленной компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

Если развивается сопутствующая кожная инфекция, следует использовать необходимое противогрибковое, противовирусное или антибактериальное средство. При отсутствии быстрого положительного ответа на лечение необходимо отменить ГКС до устранения инфекции.

Применение в педиатрии

Элоком® крем, мазь, лосьон
В связи с тем, что у детей величина соотношения площади поверхности и массы тела больше, чем у взрослых, дети подвержены большему риску подавления функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и развития синдрома Иценко-Кушинга при применении любых ГКС местного действия. Длительное лечение детей ГКС может привести к нарушениям их роста и развития. Дети должны получать минимальную дозу препарата, достаточную для достижения эффекта.

Применение в педиатрии

Элоком® лосьон
Безопасность и эффективность мометазона при местном применении у детей в течение периода, превышающего 6 недель, не изучались.

Нежелательные эффекты

Элоком® крем, мазь, лосьон

Инфекции инвазии: фолликулит, вторичные инфекции — редко.
Со стороны кожных покровов и подкожной ткани: раздражение кожи, сухость кожи, ощущение жжения кожи, зуд, гипертрихоз, угревая сыпь, гипопигментация, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, мацерация кожи, присоединение, атрофия кожи, стрии, потница, образование папул, пустул – редко.

Со стороны нервной системы: парестезии – частота не установлена.

При применении наружных форм ГКС в течение длительного времени и/или для лечения больших участков кожи, или с использованием окклюзионных повязок, особенно у детей и подростков, могут возникнуть побочные эффекты, характерные для ГКС системного действия, включая надпочечниковую недостаточность и синдром Кушинга.



ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (495) 916 71 00
Факс: +7 (495) 916 70 94
www.msd.ru



Элоком®
мометазона фууроат

Легкий путь к здоровой коже!

На правах рекламы
Регистрационные удостоверения:
П N013256/02-250113, П N015969/01-101212, П N013256/02-180108
DERM-1094885-0006; 09.2013



шить воспалительный процесс, а через семь дней полностью его разрешить.

По словам профессора М.М. Кохан, выбор препарата в форме крема был определен, во-первых, его способностью эффективно купировать воспалительный процесс умеренной силы, во-вторых, наличием у этой формы фотопротективных свойств.

Клинический случай 4. Больная К., 27 лет. АтД страдает с девятилетнего возраста. С детства у нее отмечались высокие значения IgE. Получала стандартную терапию при обострениях, которые носили умеренный характер и чаще всего происходили осенью. С началом пубертатного периода, а затем в подростковом возрасте у нее развился сезонный аллергический ринит (в летнее время). В возрасте от 18 до 27 лет отмечалась полная клиническая ремиссия ринита и АтД.

В мае 2015 г. во время второго триместра беременности после переезда за город произошло резкое обострение ринита, а чуть позже, после употребления свежевыжатого сока из яблок и сельдерея, обострился АтД. Терапия лоратадином и беклометазона дипропионатом (спрей), назначенная аллергологом, а также самостоятельное применение мази гидрокортизона не привели к нивелированию симптомов заболеваний. Только совместная консультация дерматолога и аллерголога позволила выработать эффективную тактику лечения. Пациентке К. была назначена следующая схема терапии: наружно – крем Элоком один раз в сутки, уход за кожей профильными увлажняющими средствами, интраназально – спрей Назонекс. Было также рекомендовано избегать контактов с аллергенами, в том числе с перекрестными пищевыми. Комплексное лечение способствовало полному разрешению симптомов на седьмой день терапии. Течение беременности проходило

без патологии. Данный случай подтверждает необходимость совместного ведения дерматологами и аллергологами больных с «атопическим маршем».

Клинический случай 5. Больной Н., 43 года. Диагноз «острая распространенная токсидермия».

В семейном анамнезе – атопический дерматит, ринит, у матери – бронхиальная астма. У пациента в раннем детском возрасте отмечались проявления АтД, обострения возникали после употребления цитрусовых и орехов.

Заболел остро после лечения язвы желудка средством китайской медицины «Формула пяти элементов 812»: ярко выраженные эритематозные высыпания, поверхностные эрозии, жжение и болезненность кожи, развилась острая токсидермия.

Пациенту было назначено лечение, которое позволило купировать обострение: инфузионная терапия до 800 мл в сутки физиологическим раствором, гипосенсибилизирующие препараты, сорбенты, фамотидин, крем мометазона фураат 0,1%-ный (Элоком).

По мнению профессора М.М. Кохан, такой подход базируется прежде всего на том, что причиной развития токсидермии стало применение лекарственного средства. В то же время терапия системными ГКС была бы опасна в период обострения язвенной болезни. Целью назначенного

лечения были элиминация токсических субстанций и купирование острых субъективных симптомов, для чего необходим умеренно сильный топический ГКС в виде крема, каковым и является Элоком.

Докладчик также привела несколько клинических случаев успешного применения комбинированного препарата Элоком-С в комплексной терапии больных красным плоским лишаем и мази Элоком у пациентов с начальной стадией злокачественной лимфомы кожи, грибковым микозом, генерализованным псориазом.

По мнению профессора М.М. Кохан, нестандартные клинические ситуации требуют дифференцированного подхода к выбору топического ГКС и его лекарственной формы. Реальная эффективность и безопасность топической терапии больных стероидочувствительными дерматозами связаны с наличием дополнительных терапевтических и профилактических возможностей оптимизированной основы ГКС. Как показывает клиническая практика, препараты Элоком и Элоком-С обладают всеми необходимыми характеристиками и позволяют не только достичь клинического результата, но и повысить приверженность больных лечению топическими стероидами.

Заключение

Подводя итоги симпозиума, профессор А.Л. Бакулев отметил большую значимость затронутых в ходе работы проблем. Он подчеркнул, что современная стратегия применения средств наружной терапии базируется на топических ГКС, альтернативы которым для купирования серьезных процессов до сих пор не существует. Такие современные топические стероиды, как препараты Элоком и Элоком-С, нашли

широкое применение в моно- и комбинированной терапии дерматозов и заслужили высокую оценку врачей-практиков. Элоком и Элоком-С при правильном применении позволяют добиться выраженного терапевтического эффекта и безопасного контроля над аллергическим воспалением. Они обладают хорошей переносимостью, высокой комплаентностью и не вызывают побочных эффектов. ●

Н О Я Б Р Ъ 2015 Г О Д А



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ

«ИННОВАЦИОННЫЕ ПОЗИЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»



*Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России приглашает:*

- педиатров и аллергологов-иммунологов;
- детских дерматологов;
- детских пульмонологов;
- детских оториноларингологов;
- а также всех специалистов, работающих в смежных областях

*принять участие в работе V конгресса
детских аллергологов, иммунологов и педиатров России*

г. Москва

По вопросам участия в программе и выставке конгресса
обращаться в оргкомитет: тел. (495) 518-31-09

Информация о конгрессе в интернете на сайте www.adair.ru

Электронная почта: adair@adair.ru



Биологическая терапия псориаза и псориатического артрита

Симпозиум, организованный компанией «Янссен» в рамках XV Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов (Москва, 25 июня 2015 г.), был посвящен возможностям биологических препаратов в лечении больных псориазом и псориатическим артритом.



Профессор L. Puig

Эволюция биологической терапии идет по пути повышения эффективности и безопасности лекарственных средств, а также удобства их использования пациентом. К таким препаратам относится устекинумаб, представляющий собой человеческие моноклональные антитела, блокирующие биологическую активность интерлейкинов (ИЛ) 12 и 23. Профессор Luis PUIG (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Барселона, Испания) обратил внимание

Последние новости о биологической терапии псориаза и псориатического артрита: фокус на устекинумаб (ИЛ-12/23)

аудитории на последние данные международных клинических исследований эффективности и безопасности устекинумаба при псориазе и псориатическом артрите.

Важным преимуществом биологического препарата, по мнению профессора, является продолжительность терапевтического эффекта. В рамках международного проспективного исследования PSOLAR изучались профиль безопасности и длительность применения (устойчивость) терапии у больных псориазом и псориатическим артритом^{1,2} (рис. 1).

Устекинумаб отличался наибольшей устойчивостью терапии по сравнению с инфликсимабом ($p = 0,0014$), адалимумабом ($p < 0,0001$) и этанерцептом ($p < 0,0001$). Так, пациенты, получавшие этанерцепт, в пять раз чаще прекращали лечение, чем принимавшие устекинумаб.

«В Испании мы применяем устекинумаб как в качестве препарата

первой линии (чаще у пациентов с массой тела не выше 90 кг), так и у пациентов, которые ранее получали лечение блокаторами фактора некроза опухоли альфа», – уточнил докладчик.

Способность устекинумаба поддерживать стойкий продолжительный эффект и приверженность терапии у больных подтверждают данные большого датского клинического исследования. Практически 70% пациентов соблюдали схему лечения устекинумабом в первые два-три года, в отличие от пациентов, принимавших блокаторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)³. Это демонстрируют и данные исследования PSOLAR: устойчивость терапии устекинумабом была статистически выше, чем блокаторами ФНО-альфа, у пациентов с псориазом и псориатическим артритом. Похожая тенденция наблюдалась и в подгруппе наивных пациентов с псориатическим артритом, а также у больных псориатическим артритом

¹ Gottlieb A.B., Kalb R.E., Langley R.G. et al. Safety observations in 12095 patients with psoriasis enrolled in an international registry (PSOLAR): experience with infliximab and other systemic and biologic therapies // J. Drugs. Dermatol. 2014. Vol. 13. № 12. P. 1441–1448.

² Menter A., Papp K., Krueger G. et al. Persistence of biologic therapy in psoriatic disease: Results from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). Poster 1705 // JAAD. 2015. Vol. 72. № 5. P. AB242.

³ Gniadecki R., Bang B., Bryld L.E. et al. Comparison of long-term drug survival and safety of biologic agents in patients with psoriasis vulgaris // Br. J. Dermatol. 2015. Vol. 172. № 1. P. 244–252.



Сателлитный симпозиум компании «Янссен»

том, ранее использовавших биологические препараты.

Возможность экстраполировать результаты вышеперечисленных исследований в реальную клиническую практику была продемонстрирована L. Puig на примере собственного когортного исследования. В нем приняли участие 428 пациентов из двух лечебных учреждений. Больные в общей сложности получили 703 курса терапии: 231 курс – адалимумабом, 248 – этанерцептом, 140 – устекинумабом, 84 курса – инфликсимабом. «Мы пытались проанализировать, есть ли различия между препаратами, а также причины разных данных об устойчивости терапии этими препаратами», – пояснил докладчик. Многие пациенты имели сопутствующие заболевания: артериальную гипертензию (30,9%), сахарный диабет (16,5%), дислипидемию (28,1%). Более 35% участников страдали псориатическим артритом. Более половины не получали ранее биологической терапии, в 76% случаев им назначалась комбинированная терапия – биопрепарат с метотрексатом. Биологические препараты применялись в соответствии с инструкцией к применению. При этом существовала возможность коррекции дозы в зависимости от клинического ответа (Psoriasis Area Severity Index (PASI) 75 или 90).

На 16-й неделе терапии PASI-75 достигли 60% пациентов, а PASI-90 – 41%. Медиана длительности применения препаратов в среднем составила 31 месяц. Полученные данные в двух учреждениях были равнозначными. Максимальный период наблюдения составил четыре года.

Результаты исследования подтвердили, что на фоне терапии устекинумабом достигается длительный клинический эффект и повышается приверженность лечению (по сравнению с другими биологическими препаратами). Так, к концу наблюдения из

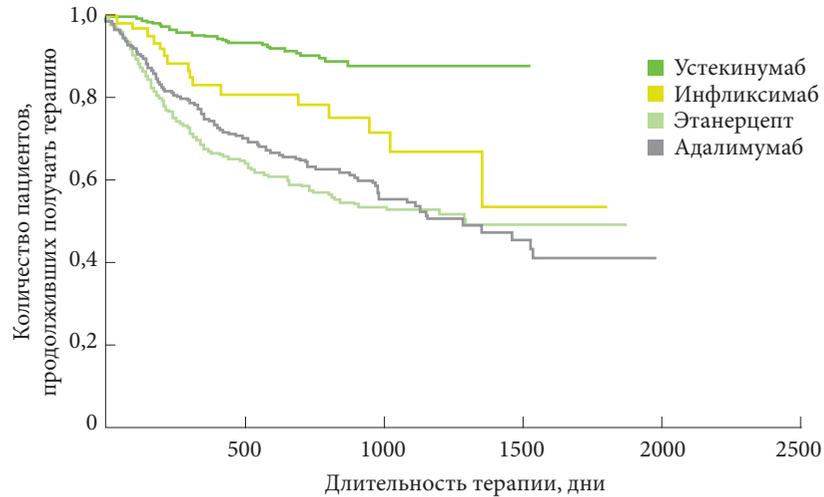


Рис. 1. Устойчивость биологической терапии

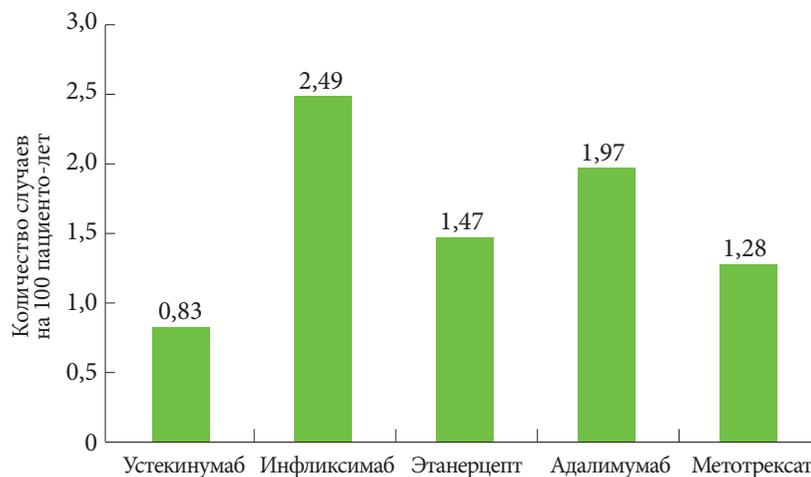


Рис. 2. Частота развития серьезных инфекций

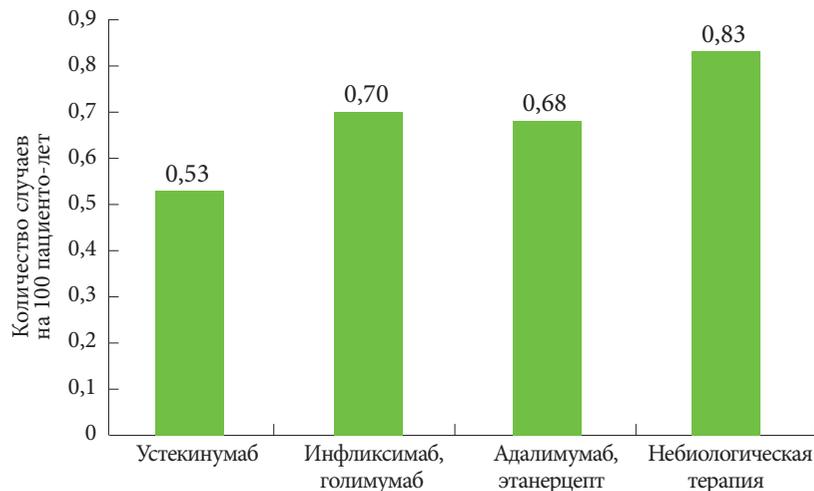


Рис. 3. Частота злокачественных новообразований

дерматовенерология

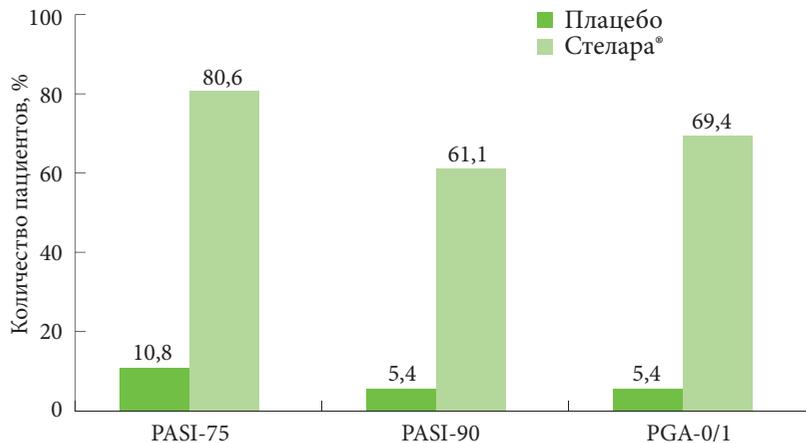


Рис. 4. Эффективность устекинумаба в лечении псориаза у детей 12–18 лет (12-я неделя терапии)

77% больных, начавших лечение устекинумабом, 60% продолжили его прием (против 42% пациентов, принимавших инфликсимаб, 34% – принимавших адалимумаб и 30% пациентов, принимавших этанерцепт).

Далее профессор L. Puig проанализировал профиль безопасности препарата устекинумаб. Он отметил, что в регистре PSOLAR оценивалась частота развития сердечно-сосудистых рисков, инфекционных осложнений и онкологических заболеваний на фоне применения биологических и неббиологических препаратов. Частота сердечно-сосудистых событий в среднем для всех препаратов составила 0,33 случая на 100 пациенто-лет. Среди факторов, повышающих указанный риск, названы мужской пол, пожилой возраст, курение⁴.

Применение биологических препаратов может повысить риск развития тяжелых инфекций.

Данные исследования показали, что наибольшая частота инфекций отмечалась при применении инфликсимаба (2,49) и адалимумаба (1,97), а наименьшая – при приеме устекинумаба (0,83 случая на 100 пациенто-лет) (рис. 2)⁵. Предикторами развития тяжелых инфекций считаются пожилой возраст, диабет, наличие других инфекционных заболеваний в анамнезе, курение.

Результаты исследования не выявили значимой тенденции к увеличению случаев злокачественных новообразований. Так, частота развития злокачественных новообразований у больных, получавших устекинумаб, была сравнима с таковой среди населения в целом (рис. 3)⁶.

В исследовании фазы III CADMUS⁷ оценивалась безопасность и эффективность препарата устекинумаб по сравнению с плацебо при лечении пациентов от 12 до 18 лет, страдавших псориазом,

у которых было поражено более 2% площади кожного покрова. При массе тела пациентов менее 60 кг назначалась половина стандартной дозы устекинумаба или 0,75 мг/кг, от 60 до 100 кг – 45 мг, свыше 100 кг – в дозе 90 мг (в соответствии с инструкцией к применению).

На 12-й неделе ответ по критериям PASI-75 отмечался у 78,4% пациентов, получавших половину стандартной дозы препарата, у 80,6% пациентов – при дозах 45 мг и 90 мг и у 10,8% пациентов, получавших плацебо. Ответ по критериям PASI-90 был выше в группах терапии устекинумабом – у 54,1 и 61,1% пациентов против 5,4% пациентов группы плацебо (рис. 4). PASI-100 достигли 38,9% пациентов, принимавших устекинумаб в стандартных дозах.

Полученный эффект сохранялся до 52-й недели терапии. Новые нежелательные явления у детей на фоне терапии устекинумабом не отмечены.

Итальянские исследователи установили, что на эффективность клинического ответа на терапию ингибитором ИЛ-12/23 может влиять наличие антигена HLA-C06. Доказано, что именно пациенты с положительным антигеном HLA-C06 достигали ответа по критериям PASI-90/100 на фоне лечения устекинумабом⁸.

Резюмируя сказанное, профессор L. Puig отметил, что устекинумаб отличается хорошим профилем безопасности, отсутствием снижения эффективности при длительном применении и более высокой комплаентностью по сравнению с другими биологическими препаратами.

⁴ Gottlieb A.B., Bissonnete R., Kerdel F. et al. Major adverse cardiovascular events in the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry Study (PSOLAR): current status of observations. Poster 1956 // JAAD. 2015. Vol. 72. № 5. P. AB240.

⁵ Kalb R., Fiorentino D., Lebwohl M. et al. Serious infection events in the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry study (PSOLAR): current status of observations. Poster 1643 // JAAD. 2015. Vol. 72. № 5. P. AB252.

⁶ Fiorentino D., Lebwohl M., Ho V. et al. Malignancies in the psoriasis longitudinal assessment and registry (PSOLAR) study: Current status of observations. Poster 1631 // JAAD. 2015. Vol. 72. № 5. P. AB240.

⁷ Landell I. Memorial University of Newfoundland, St John's et al. Safety and efficacy of ustekinumab in adolescent patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results through 1 year of the phase 3 CADMUS trial // JAAD. 2015. Vol. 72. № 5. Suppl. 1. P. AB202.

⁸ Talamonti M., Botti E., Galluzzo M. et al. Pharmacogenetics of psoriasis: HLA-Cw6 but not LCE3B/3C deletion nor TNFAIP3 polymorphism predisposes to clinical response to interleukin 12/23 blocker ustekinumab // Br. J. Dermatol. 2013. Vol. 169. № 2. P. 458–463.



Сателлитный симпозиум компании «Янссен»

Персонализированное лечение псориаза биологическими препаратами: клинические разборы

Во втором докладе L. Puig представил собственные данные о применении устекинумаба. Он отметил, что достижение ответа является показателем успешности терапии. Прежде чем выбрать тактику лечения, следует тщательно обследовать пациента, оценить площадь поражения кожных покровов, состояние суставов, уточнить наличие сопутствующей патологии, факта курения, приема препаратов.

Клинический случай 1. Мужчина, 53 года. У больного повышенное артериальное давление, сахарный диабет типа 2, вульгарный псориаз с 36 лет плюс семейная история псориаза, псориатический артрит с 42 лет. Получал несколько курсов фототерапии ультрафиолетом (2006, 2008, 2009, 2011) и метотрексат в высокой дозе (15–20 мг/нед). В последнее время ухудшилось состояние кожного покрова и утяжелились проявления псориаза – PASI-16, площадь поражения составила не менее 26%. Общая оценка состояния больного врачом (Physician Global Assessment – PGA) – 4 балла.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) показало утолщение стенки сонной артерии, что дало основание отнести пациента к группе риска развития инсульта и инфаркта миокарда (степень риска 14% по шкале REGICOR).

У таких больных к выбору биологического препарата следует подходить особенно тщательно. Циклоспорин, например, повышает риск серьезных сердечно-сосудистых событий. Считается, что ингибиторы ФНО-альфа снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а устекинумаб не повышает его, хотя требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

Инфликсимаб и устекинумаб демонстрируют высокую клиническую эффективность, однако инфликсимаб в отличие от устекинумаба способен повышать массу тела, что нежелательно для больных сахарным диабетом. По мнению профессора L. Puig, наиболее оправданным в данном случае является назначение устекинумаба или адалимумаба.

Клинический случай 2. Женщина, 41 год. В течение 20 лет страдает

бляшечным псориазом. Получала лечение эфализумабом в дозе 1 мг/кг. После непродолжительного улучшения (PASI-12) развился псориатический артрит. Пациентке назначили метотрексат в дозе 20 мг один раз в неделю. Через месяц лечения состояние ухудшилось – PASI-30.

В данном случае наиболее предпочтительными препаратами можно считать инфликсимаб и устекинумаб, которые способствуют быстрому и значительному улучшению состояния. Поскольку на фоне устекинумаба риск развития инфекций ниже (по сравнению с инфликсимабом и адалимумабом), выбор сделан в его пользу. «Этой пациентке назначили устекинумаб в стандартной дозе. Был получен достаточно хороший ответ», – констатировал профессор.

Таким образом, выбор биологической терапии псориаза и псориатического артрита должен основываться на индивидуальном подходе к больному. Именно персонализированный подход позволяет добиться значимого улучшения и стойкой ремиссии заболевания.

Ингибитор интерлейкинов 12, 23 – новые цели и возможности терапии псориаза, псориатического артрита

По данным доцента кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), руководителя Центра терапии генно-инженерными биологическими препаратами, к.м.н. Марианны Михайловны ХОБЕЙШ, у пациентов с тяжелым псориазом и псориатическим арт-

ритом риск смерти выше на 50%, при этом в половине случаев она обусловлена сердечно-сосудистыми нарушениями⁹.

Обычно больным среднетяжелым и тяжелым псориазом, псориатическим артритом назначают базисные противовоспалительные препараты – метотрексат, циклоспорин А, синтетические ретиноиды, сульфасалазин, системную фототерапию. При различной эффективности эти



К.м.н.
М.М. Хобейш

⁹ Gelfand J.M., Troxel A.B., Lewis J.D. et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study // Arch. Dermatol. 2007. Vol. 143. № 12. P. 1493–1499.



иммуносупрессивные средства и методы не лишены побочных эффектов, в частности повышение атерогенного риска и индуцирование гипертензии. Как следствие, имеются ограничения в применении. Именно поэтому при назначении терапии следует учитывать не только степень тяжести псориаза, псориатического артрита, но и коморбидный фон.

Согласно заключениям группы экспертов Европейского консенсуса по терапии среднетяжелого и тяжелого псориаза (Дельфийского консенсуса 2010 г.) системная иммуносупрессивная терапия, в том числе генно-инженерными биологическими препаратами, показана:

- при среднетяжелом и тяжелом (в том числе «проблемном») псориазе;
- активном прогрессирующем поражении опорно-двигательного аппарата при наличии факторов неблагоприятного прогноза;
- наличии коморбидных заболеваний.

Доказано, что патогенетическая терапия псориаза, псориатического артрита генно-инженерными биологическими препаратами снижает риск развития коморбидных заболеваний, в частности метаболического синдрома¹⁰, инсулинорезистентности, сахарного диабета типа 2.

В крупномасштабном международном регистре пациентов с псориазом и псориатическим артритом – PSOLAR, включавшем 12 093 больных, на протяжении восьми лет наблюдения оценивалась безопасность биологических препаратов и препаратов традиционной иммуносупрессивной терапии⁵. Самый высокий сердечно-сосудистый риск продемонстрировали небологические препараты – 0,55 случая на 100 пациенто-лет. Наименьшим

он оказался у устекинумаба – 0,28 случая на 100 пациенто-лет¹¹. Для адекватного контроля псориаза необходимо блокировать активность ФНО-альфа – провоспалительного цитокина или биологическую активность ИЛ-12, -23 и -17, которые играют ключевую роль в патогенезе псориаза. По словам М.М. Хобейш, ингибиторы отдельных ИЛ отличаются высокоспецифичным, более избирательным характером воздействия на иммунопатогенетический каскад. В настоящее время врачи-дерматологи имеют в распоряжении только один представитель ингибиторов ИЛ – устекинумаб (ингибитор ИЛ-12/23). Препарат входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) и медико-экономические стандарты лечения псориаза. Применение биологических препаратов (генно-инженерных моноклональных антител) позволяет добиться значительного или полного разрешения заболевания, предотвратить деструктивные изменения суставов у больных псориатическим артритом, обеспечить контроль над системным воспалением.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению псориатического артрита (2013) при периферическом артрите, спондилите, энтезите и дактилите с умеренной или высокой активностью и наличии факторов неблагоприятного прогноза назначаются ингибиторы ФНО-альфа или препарат устекинумаб (степень рекомендаций А). При неэффективности одного ингибитора ФНО-альфа пациента переводят на лечение другим ингибитором ФНО-альфа или на моноклональные антитела к ИЛ-12/23 (устекинумаб).

В Центре терапии генно-инженерными биологическими пре-

паратами на кафедре дерматовенерологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова накоплен успешный опыт применения устекинумаба у больных псориазом и псориатическим артритом. М.М. Хобейш привела в пример два клинических случая.

Клинический случай 1. Пациентка К., 23 года, инвалид второй группы. Наблюдается на кафедре дерматовенерологии с 2009 г., куда обратилась с жалобами на распространенное поражение кожи, выраженные боли и значительное ограничение объема движений, утреннюю тугоподвижность в области мелких и крупных суставов, псориатическое поражение ногтей пластинок. Больна псориазом более 17 лет. Семейный анамнез отягощен (псориаз у матери). В течение последних семи лет наблюдалось утяжеление кожного процесса, склонность к универсализации вульгарного псориаза, боли в области грудного и поясничного отделов позвоночника, коленных суставах, межфаланговых и пястнофаланговых суставах кистей, плюснефаланговых и межфаланговых суставах ног.

Неоднократно лечилась в стационарах. По рекомендации ревматолога получала сульфасалазин (около девяти месяцев), циклоспорин (более шести месяцев), метотрексат в дозе 20–25 мг/нед в течение полутора лет. Выраженные боли в области пораженных суставов сохранялись, поэтому больная постоянно принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в высокой дозе (200 мг/сут).

Проводимая терапия не давала положительного эффекта, отмечалось вовлечение в патологический процесс новых суставов. При этом появились побочные

¹⁰Chanual J., Wu J.J., Dann F.J. Effects of tumor necrosis factor-alpha blockade on metabolic syndrome components in psoriasis and psoriatic arthritis and additional lessons learned from rheumatoid arthritis // *Dermatol. Ther.* 2009. Vol. 22. № 1. P. 61–73.

¹¹Leonardi C., Fiorentino D., Kalb R. et al. Serious infection events in the psoriasis longitudinal assessment and registry study: current status of observations // 4th Congress of the Psoriasis International Network, 2013. P016.

Надежный контроль псориаза и псориатического артрита

Стелара®
(устекинумаб)
100% человеческие
моноклональные антитела

Уникальный механизм действия

- Блокирование сразу двух ключевых регуляторных цитокинов (ИЛ-12 и ИЛ-23)¹

Высокая долгосрочная эффективность на все проявления псориаза и псориатического артрита

- устойчивое улучшение состояния кожи, ногтей, суставов, уменьшение проявлений энтезита, дактилита и симптомов поражения аксиальных структур²

Доказано высокий профиль безопасности

- более 4 000 пациентов и 8 лет наблюдений в рамках международного регистра PSOLAR³
- 5 лет наблюдений в рамках клинических исследований⁴
- частота серьезных нежелательных явлений сопоставима с показателями в общей популяции пациентов с псориазом⁴

Удобный режим применения

- подкожные инъекции 1 раз в 3 месяца*¹

*После двух индукционных доз (на 0 и 4 недели) требуются поддерживающие инъекции препарата Стелара каждые 12 недель¹

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Стелара® ЛП-001104
2. McInnes IB et al. Lancet 2013; 382:9894:780-789
3. Kalb R, et al. AAD 2014. P8159.
4. Papp KA, et al. Br J Dermatol. 2013 Jan 10.



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Стелара®

Регистрационный номер - ЛП-001104, АСР-006465/09

Торговое название - Стелара®

Международное непатентованное название (МНН) - устекинумаб

Классификационная форма - раствор для подкожного введения

Фармакотерапевтическая группа - псориаза средство лечения.

Показания

Бляшечный псориаз

Взрослые пациенты

Лечение пациентов старше 18 лет со средней или тяжелой степенью бляшечного псориаза при отсутствии эффекта от лечения или при наличии противопоказаний, или при непереносимости других методов систематической терапии или фототерапии.

Дети

Лечение детей в возрасте от 12 до 18 лет со средней или тяжелой степенью бляшечного псориаза при отсутствии эффекта от лечения или при наличии противопоказаний, или при непереносимости других методов систематической терапии или фототерапии.

Псориатический артрит

Лечение пациентов старше 18 лет с активным псориатическим артритом (ПА) в качестве монотерапии или в комбинации с метотрексатом.

Противопоказания

- Клинически значимая повышенная чувствительность к устекинумабу или любому вспомогательному веществу препарата;

- Детский возраст до 12 лет (по показанию бляшечный псориаз);

- до 18 лет (по показанию псориатический артрит);

- Беременность и лактация;

- Серьезные инфекционные заболевания в острой фазе, в том числе туберкулез;

- Эпизодические новообразования.

С осторожностью

- Хронические или рецидивирующие паразитарные и инфекционные заболевания вирусной, грибковой или бактериальной природы;

- Эпизодические опухоли в анамнезе.

- Пожилой возраст.

Применение во время беременности и лактации

Беременность
В ходе изучения препарата животным вводили дозу в 45 раз превышающую рекомендованную клиническую дозу для человека, при этом не было выявлено явлений тератогенности, врожденных аномалий или отставаний в развитии. Однако результаты исследования на животных не всегда применимы к человеку. Неизвестно, может ли устекинумаб при применении у беременных женщин привести к неблагоприятному влиянию на плод, или повлиять на репродуктивную функцию. Адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось. Не рекомендуется применять препарат во время беременности, должны быть использованы эффективные методы контрацепции во время и 15 недель после лечения препаратом.

Лактация

Исследования на обезьянах показали, что устекинумаб выделяется с грудным молоком. Неизвестно, абсорбируется ли препарат системно после всасывания. Поскольку многие препараты и иммуноглобулины выделяются с грудным молоком, и поскольку препарат Стелара® может вызывать неблагоприятные реакции у грудных детей, следует принять решение о прекращении грудного вскармливания в период приема препарата или об отмене терапии устекинумабом.

Способ применения и дозы

Препарат Стелара® предназначен для подкожных инъекций.

Взрослые пациенты

Бляшечный псориаз

Рекомендованная доза составляет 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. При неэффективности терапии в течение 28 недель рекомендуется рассмотреть целесообразность применения препарата.

Псориатический артрит

Рекомендованная доза составляет 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг.

Дети

Бляшечный псориаз

Рекомендованная доза зависит от массы тела пациента, как показано в таблице 1. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель.

Таблица 1. Рекомендованная доза препарата Стелара® у детей с бляшечным псориазом

Масса тела	Рекомендованная доза	Форма выпуска
Менее 60 кг	0,75 мг/кг*	Флаконы
От 60 кг до 100 кг	45 мг	Шприцы, флаконы
Более 100 кг	90 мг	Шприцы, флаконы

* - для расчета необходимого объема препарата (мл) для пациентов с массой тела менее 60 кг использовать следующую формулу: масса тела (кг) × 0,0093 (мл/кг). Рассчитанный объем препарата округляется до сотой доли мл (0,01 мл). Инъекция осуществляется градуированным шприцем вместимостью 1 мл. Для пациентов, которым не требуется доза менее 45 мг, препарат Стелара® выпускается во флаконах с дозировкой 45 мг.

Побочные эффекты

Побочные эффекты у взрослых пациентов

Наиболее частыми неблагоприятными явлениями (> 5%) в контролируемых клинических исследованиях применения препарата при псориазе и псориатическом артрите были насморк, головная боль и инфекция верхних дыхательных путей. Большинство этих явлений были умеренно выраженными и не требовали прекращения лечения. Инфекционные и паразитарные заболевания: однократные инфек-

ции, инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит, воспаление подкожной жировой клетчатки, опоясывающий лишай, вирусные инфекции верхних дыхательных путей. Психические нарушения: депрессия. Нарушения со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, поражение лицевого нерва. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и среднего уха: сформировавшаяся боль, заложенность носа. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, вздутие, тошнота. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: зуд, шелушение кожи, себорейный дерматит, пустулезный псориаз. Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани: боль в спине, миалгия, артриты. Общие нарушения и реакции в месте введения: препарат: усталость, эритема в месте введения, боль в месте введения, реакция в месте введения (включая кровоизлияние, гематому, уплотнение, припухлость и зуд). Со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности (включая сыпь и крапивницу), серьезные реакции гиперчувствительности (включая анафилаксию и ангионевротический отек).

Побочные эффекты у детей

Безопасность препарата Стелара® изучена у 110 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет при длительности терапии до 60 недель. Нежелательные реакции, наблюдаемые у детей, сходны с таковыми у взрослых.

Передозировка

Во время проведения клинических исследований пациентам неоднократно вводили дозы до 6 мг/кг без развития дозозимитирующей токсичности. В случае передозировки рекомендуется контролировать состояние больного для выявления признаков и симптомов побочных эффектов и при их развитии следует немедленно начать соответствующую симптоматическую терапию.

Особые указания

Инфекции

Устекинумаб является селективным иммунодепрессантом и может повысить риск развития инфекций и реактивации инфекций, находящихся в латентной фазе. Устекинумаб не следует применять у больных с клинически значимыми активными инфекциями. Следует проявлять осторожность при применении препарата у больных с хроническими инфекциями или наличием рецидивирующих инфекций в анамнезе.

Эпизодические новообразования
Препарат Стелара® является селективным иммунодепрессантом. Иммунодепрессанты могут повышать риск развития эпизодических опухолей. У некоторых больных, получавших препарат в клинических исследованиях, наблюдалось возникновение эпизодических новообразований (кожных и нежных форм).

Реакции гиперчувствительности
В постригистрационной применении препарата Стелара® известны случаи возникновения серьезных реакций гиперчувствительности, включая ангионевротический отек и анафилаксию. При развитии анафилактических и других серьезных реакций гиперчувстви-

тельности применение устекинумаба следует немедленно прекратить, и следует назначить соответствующее лечение.

Вакцинация

Не следует проводить вакцинацию пациента живыми вакцинами в период лечения препаратом Стелара®, а также в период 15 недель до вакцинации (после приема последней дозы препарата Стелара®) и 2 недели после вакцинации. Длительное лечение препаратом Стелара® не подавляет гуморальный иммунный ответ на вакцины, содержащие инактивированные микроорганизмы, однако индуцированный иммунный ответ может быть недостаточным, чтобы предотвратить заболевание.

Сопутствующая иммуносупрессивная терапия
Безопасность и эффективность применения препарата Стелара® в комбинации с иммунодепрессивными препаратами и фототерапией не изучалась в исследованиях у пациентов с псориазом. В ходе исследований у пациентов с псориатическим артритом совместное применение с метотрексатом не влияло на безопасность и эффективность препарата Стелара®. Следует проявлять осторожность при рассмотрении возможности одновременного применения других иммунодепрессантов и устекинумаба, а также при переходе с терапии другим противопсориазным биологическим препаратом на терапию устекинумабом.

Безопасность и эффективность применения препарата Стелара® у пациентов, прошедших иммунотерапию амерических заболеваний не установлена. Следует соблюдать осторожность у пациентов, получающих в настоящее время или прошедших иммунотерапию амерических заболеваний, особенно анафилактических состояний.

Общее

Защитный колпачок для иглы содержит в своем составе натуральную резину (производное латекса) и при наличии гиперчувствительности к латексу может вызвать аллергические реакции.

Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами: исследования не проводились. Условия хранения: Хранить в оригинальной упаковке в защищенном от света месте при температуре от 2 до 8 °С. Не замораживать. Не встряхивать. Хранить в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** отпускается по рецепту.

Держатель регистрационного удостоверения и организация, принимающая претензии: ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121514, Москва, ул. Крылатская, 1/7/2, тел.: (495) 755-83-57, факс: (495) 755-83-58

PHNR/STE/0815/0001



Информация для специалистов здравоохранения. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

Реклама



эффекты. Так, в результате длительного приема метотрексата повысился уровень трансаминаз в три раза от исходного, после каждого приема препарата отмечалась выраженная тошнота и рвота. При поступлении в клинику температура тела 38–39 °С, генерализованная лимфаденопатия, универсальный крупнобляшечный псориаз (площадь поражения кожи > 10%, PASI-58), активный прогрессирующий псориатический артрит с активной острофазовой реакцией (скорость оседания эритроцитов – 67–69 мм/ч).

Лечение: пациентке назначили терапию инфликсимабом. После трех введений препарата практически разрешился кожный процесс, снизились показатели острофазовой реакции, уменьшились боль и скованность суставов. Однако следующее введение препарата сопровождалось инфузионной реакцией, было констатировано уменьшение времени эффективного периода действия препарата, выявлен высокий уровень антител к нему (> 100).

Больная была переведена на устекинумаб в дозе 45 мг. Уже через четыре недели терапии отмечены положительный эффект на коже (PASI-50), снижение интенсивности боли в области мелких суставов кистей и стоп, количества опухших суставов, увеличение амплитуды движения. На восьмой неделе терапии устекинумабом наблюдалось практически полное очищение кожных покровов (PASI-90), снижение активности псориатического артрита по критериям Американской коллегии ревматологов (American College of Rheumatology – ACR) на 20%. К 12-й неделе сохранялись высокий ответ по PASI-90 и тенденция к уменьшению воспалительного процесса в суставах (ACR 50). После пяти лет лечения устекинумабом у пациентки К. кожное поражение отсутствует (PASI-0), суставные боли практически не беспокоят, утренняя скованность не выражена, незначительный периапартулярный отек над левым

коленным суставом, в области мелких суставов стоп (ACR 70), необходимость в применении НПВП возникает редко, серологическая ремиссия, рентгенографической прогрессии нет. Сейчас пациентка собирается замуж и планирует беременность. «Преимущество устекинумаба в том, что в случае плановой беременности или планового оперативного вмешательства в лечении можно взять паузу без значительной потери эффекта при возобновлении терапии», – уточнила докладчик.

Клинический случай 2. Пациентка С. Диагноз: распространенный вульгарный псориаз (площадь поражения кожи > 10%, PASI-14), прогрессирующий псориатический артрит, сахарный диабет типа 2, ожирение второй степени, артериальная гипертензия второй степени, сердечно-сосудистая недостаточность второй-третьей степени.

Лечение: принимала устекинумаб в стандартной дозе – 45 мг подкожно. Эффективность назначенной терапии отмечалась уже на восьмой неделе: PASI-50, ACR 20. После двух лет терапии зафиксировано практически полное очищение кожных покровов (PASI-90) и значительное улучшение псориатического артрита (ACR 90). «Какой-

либо нестабильности в отношении сердечно-сосудистой недостаточности у пациентки на фоне терапии устекинумабом не наблюдалось. Безусловно, этот препарат у пациентов с сердечно-сосудистым риском предпочтителен», – пояснила М.М. Хобейш. Устекинумаб зарегистрирован в США, Европе, России. В декабре 2014 г. он был включен в перечень ЖНВЛС, а также в проект российских стандартов оказания медицинской помощи пациентам с псориазом и псориатическим артритом. В Федеральных клинических рекомендациях по лечению псориаза и псориатического артрита устекинумаб указан как препарат первой линии наряду с ингибиторами ФНО-альфа. В мае 2015 г. устекинумаб рекомендован Минздравом России к применению у детей, страдающих тяжелым псориазом, – с 12-летнего возраста.

Завершая выступление, М.М. Хобейш акцентировала внимание участников симпозиума на том, что устекинумаб трижды (в 2010, 2011 и 2012 гг.) завоевывал высочайшую награду фармацевтической индустрии – Prix Galien Award. При этом особо отмечались его новый механизм действия, значительная эффективность и режим дозирования.

Заключение

Обобщая изложенные докладчиками материалы, председатель симпозиума, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор Евгений Владиславович СОКОЛОВСКИЙ подчеркнул, что введение устекинумаба в терапию псориаза и псориатического артрита открывает новые перспективы для таких пациентов. Устекинумаб является высокоэф-

фективным биологическим препаратом с хорошим профилем безопасности. Он позволяет добиться успеха даже после предшествующей неэффективности или непереносимости ингибиторов ФНО-альфа, метотрексата. Важно и то, что устекинумаб отличается высокой комплаентностью. Все это дает основание предполагать, что применение устекинумаба обеспечит стойкую клиническую ремиссию у значительной части пациентов. ●

PHRU/STE/0915/0001

При поддержке компании «Янссен»,
фармацевтическое подразделение ООО «Джонсон & Джонсон»



Санкт-Петербургские дерматологические чтения

29-31 октября 2015

Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Пулковская»
(пл. Победы, 1, ст. м. «Московская»)

- * Конференция дерматовенерологов и косметологов
- * Специализированная выставка

ТЕМАТИКА

- * Дерматовенерология
- * Микология
- * ИППП
- * Косметология
- * Возрастные изменения кожи
- * Дерматозы в детском и пожилом возрасте
- * Наследственные заболевания в дерматологии
- * Кожные проявления заболеваний обмена веществ
- * Диетическое питание при заболеваниях кожи
- * Неврологические аспекты в дерматокосметологии и дерматовенерологии
- * Лечение выпадения волос
- * Современные лазерные технологии
- * Эстетика тела
- * Проблемы преждевременного старения кожи
- * Аппаратная косметология
- * Инъекционные методики
- * Реабилитация в косметологии
- * Профилактика и реабилитация
- * Вопросы дерматоскопии

Срок приема тезисов – до 1 сентября 2015 г.

**УЧАСТИЕ В ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЕ БЕСПЛАТНОЕ.
ПО ОКОНЧАНИИ ВЫДАЮТСЯ СЕРТИФИКАТЫ**

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ

**31 ОКТЯБРЯ СОСТОИТСЯ ПЛАТНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СЕМИНАР ПО ДЕРМАТОСКОПИИ
ПОД ЭГИДОЙ ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОСКОПИИ И ОПТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ**





Дискуссионные вопросы терапии урогенитальных инфекций

В последнее десятилетие отмечается рост патологии урогенитального тракта. В связи с этим в рамках XV Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов (24 июня 2015 г., Москва) ведущие российские специалисты в области дерматовенерологии обсудили актуальные вопросы диагностики и терапии урогенитальных инфекций, инфекций, передаваемых половым путем, и грибковой инфекции, вызываемой дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Была подчеркнута важность использования препаратов, бактериальная резистентность к которым развивается реже.



Д.м.н.
М.Р. Рахматулина

В начале выступления Маргарита Рафиковна РАХМАТУЛИНА, д.м.н., заместитель директора по научно-клинической работе Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии, напомнила аудитории, что резистентность микроорганизмов – это полная или частичная их

Современные представления о резистентности возбудителей урогенитальных инфекций к антимикробным препаратам

невосприимчивость к антибактериальным препаратам.

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваемости, дополнительный ущерб вследствие антибиотикорезистентности составляет около 1,5 млрд евро в год, а в странах Европейского союза, Норвегии и Исландии ежегодно около 25 тыс. человек умирает от инфекций, вызванных антибиотикорезистентными бактериями.

Наиболее актуальна данная проблема в отношении возбудителя гонококковой инфекции – *Neisseria gonorrhoeae*. Появление и распространение резистентных штаммов микроорганизмов не позволяют добиться их эрадикации и способствуют длительному течению заболевания и развитию его осложненных форм.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения при назначении антибактериальных препаратов следует учитывать региональную картину резистентности. Препараты, предназначенные для терапии гонококковой инфекции, должны быть активны в отношении как минимум 95% штаммов, выделяемых в регионе заражения. В группах с высоким риском распространения гонококковой инфекции эффективность антибактериальной терапии должна приближаться к 100%¹. Именно поэтому во многих странах существуют свои национальные (региональные) программы по мониторингу резистентности *N. gonorrhoeae*. В России таковой является RU-GASP (Russian Gonococcal Antimicrobial Susceptibility

¹ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: WHO, 2012. P. 1–36 // who.int/reproductivehealth/publications/rts/9789241503501.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Programme). RU-GASP реализуется с 2002 г. Государственным научным центром дерматовенерологии и косметологии. Согласно полученным данным, в последние годы в России наблюдается повышение устойчивости микроорганизма к пенициллинам, тетрациклинам, фторхинолонам, азитромицину, в меньшей степени – к спектиномицину. Среди выделенных не выявлено штаммов *N. gonorrhoeae*, нечувствительных к препаратам группы цефалоспоринов: цефтриаксону и цефиксиму. Уровень чувствительности как в целом по России, так и в отдельных федеральных округах составил 100% (рис. 1)². Таким образом, препаратами выбора для лечения гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области являются цефтриаксон в дозе 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим в дозе 400 мг перорально однократно, альтернативным препаратом – спектиномицин в дозе 2 г внутримышечно однократно. Лечение осложненных форм гонококковой инфекции осуществляется цефтриаксоном в дозе 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней, или цефотаксимом в дозе 1 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней, или спектиномицином в дозе 2 г внутримышечно каждые 12 часов. Через 24–48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии при условии исчезновения клинических симптомов возможно ее продолжение цефиксимом

в дозе 400 мг два раза в сутки перорально. Общая продолжительность лечения – 14 дней³. Одним из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта является уrogenитальный трихомониаз, возбудитель – трихомонады. Для его лечения используют препараты группы нитроимидазолов. На сегодняшний день в России зарегистрирован ряд препаратов этой группы: орнидазол, метронидазол, тинидазол, секнидазол, ниморазол и др. В клинической практике наиболее широко применяются первые три. Однако как многие бактерии в результате адаптационных реакций стали вырабатывать пенициллиназу, что сделало их нечувствительными к пенициллинам, так и некоторые штаммы уrogenитальных трихомонад в последнее десятилетие стали менее чувствительными к метронидазолу. Несмотря на возможную кросс-резистентность к нитроимидазолам и известную трихомонацидную эффективность, например, фуразолидона, нитрофуранов или

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваемости, дополнительный ущерб вследствие антибиотикорезистентности составляет около 1,5 млрд евро в год, а в странах Европейского союза, Норвегии и Исландии ежегодно около 25 тыс. человек умирает от инфекций, вызванных антибиотикорезистентными бактериями

паромомицина, решить проблему резистентности к метронидазолу можно путем назначения других препаратов этой группы⁴. Для лечения неосложненных форм заболевания рекомендуется применять внутрь метронидазол в дозе 500 мг два раза в сутки в течение семи дней, или орнидазол в дозе 500 мг два раза в сутки в течение пяти дней, или тинидазол в дозе 500 мг два раза в сутки в течение пяти дней. Лечение осложненного рецидивирующего уrogenиталь-

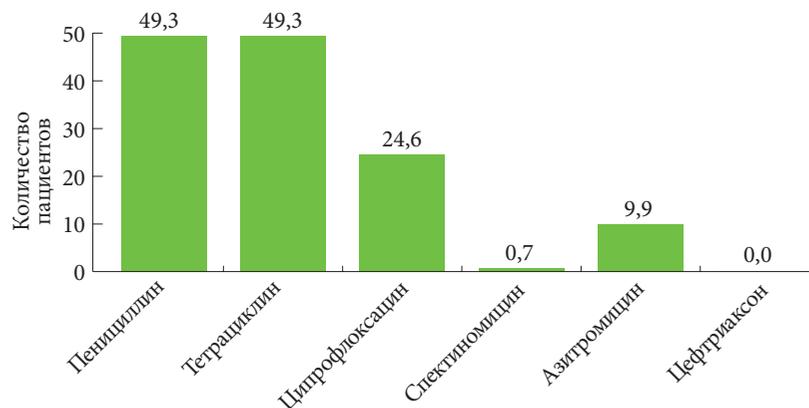


Рис. 1. Количество пациентов в Российской Федерации в 2013 г., у которых наблюдалась резистентность штаммов *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам

² Рахматулина М.Р., Барышков К.В., Абудуев Н.К. Особенности клинических проявлений гонококковой инфекции и тактика терапии заболевания с учетом антибиотикочувствительности *N. gonorrhoeae* в Архангельской области // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 6. С. 100–106.

³ Рахматулина М.Р., Соколовский Е.В., Фриго Н.В. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных гонококковой инфекцией. М., 2013 // 193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001371449S/HTML/#1.

⁴ Cudmore S.L., Delgaty K.L., Hayward-McClelland S.F. et al. Treatment of infections caused by metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* // Clin. Microbiol. Rev. 2004. Vol. 17. № 4. P. 783–793.



ного трихомониаза и трихомониаза других локализаций осуществляется метронидазолом в дозе 500 мг три раза в сутки в течение семи дней или в дозе 2 г один раз в сутки в течение пяти дней, или орнидазолом в дозе 500 мг два раза в сутки в течение десяти дней. Урогенитальный хламидиоз также широко распространенная инфекция, которая передается половым путем. Повышению выявляемости заболевания в различных странах мира во многом способствовало внедрение скрининга урогенитальной хламидийной инфекции и использование чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот. Современные схемы лечения предполагают применение одного из антибактериальных препаратов следующих фармакологических групп: тетрациклинов (доксициклина), макролидов (азитромицина, джозамицина)

или фторхинолонов (офлоксацина, левофлоксацина, моксифлоксацина и др.). В настоящее время существует ряд методик определения чувствительности хламидий к антибиотикам. Они различаются по виду используемых культур клеток, срокам инфицирования культуры клеток и внесения антибиотиков в питательную среду, процедурам оценки жизнеспособности хламидий после воздействия на них антимикробных препаратов. Так, в условиях *in vitro* зарегистрирована резистентность *Chlamydia trachomatis* к рифампицину и фторхинолонам. Резистентность к последним может быть обусловлена заменой отдельных нуклеотидов в генах *gyrA* и *parC*. Макролидные и тетрациклиновые антибиотики обладают высокой активностью против хламидий как в условиях *in vitro*, так и в условиях *in vivo*, и истинная резистентность к этим груп-

пам препаратов у патогенных для человека хламидий практически не встречается^{5,6}. При лечении неосложненных форм хламидийной инфекции препаратами выбора считаются доксициклина моногидрат в дозе 100 мг два раза в сутки в течение семи дней, джозамицин в дозе 500 мг три раза в сутки в течение семи дней и азитромицин в дозе 1 г однократно. В качестве альтернативы применяется офлоксацин в дозе 400 мг два раза в сутки в течение семи дней. Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза проводится доксициклина моногидратом или джозамицином в вышеупомянутых дозах. Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительного процесса, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Она варьирует от 14 до 21 дня.



Профессор
Е.В. Соколовский

Рациональные подходы к терапии репродуктивно значимых инфекций

верситета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор Евгений Владиславович СОКОЛОВСКИЙ рассказал о современных подходах к диагностике и терапии репродуктивно значимых инфекций. Согласно клиническим рекомендациям по ведению пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и урогенитальными инфекциями, разработанным Российским обществом дерматовенерологов и косметологов (2012), для диагностики хламидиоза предназначены молекулярно-биологические методы исследования,

позволяющие обнаружить специфические фрагменты ДНК и/или РНК *S. trachomatis* (методы амплификации нуклеиновых кислот на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР), а также культуральные методы). Докладчик подчеркнул, что другие методы лабораторных исследований, такие как прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), микроскопический и морфологический методы, нельзя использовать для диагностики хламидийной инфекции. С позиций доказательной медицины применение биологичес-

⁵ Ridgway G.L., Bebear C., Bebear C.M. et al. Antimicrobial susceptibility testing of intracellular and cell-associated pathogens. EUCAST discussion document // Clin. Microbiol. Infect. 2001. Vol. 7. № 12. P. 1–10.

⁶ Suchland R.J., Geisler W.M., Stamm W.E. Methodologies and cell lines used for antimicrobial susceptibility testing of *Chlamydia* spp. // Antimicrob. Agents Chemother. 2003. Vol. 47. № 2. P. 636–642.

⁷ Кубанова А.А., Кубанов А.А., Рахматулина М.Р. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. Клинические рекомендации. М.: Деловой Экспресс, 2012.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

ких, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики хламидийной инфекции также нецелесообразно⁷.

Показанием к лечению является идентификация *C. trachomatis* у пациента либо его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

После окончания лечения проводятся повторные исследования: через 14 дней – на основании культурального метода исследования и методов амплификации ПНК (NASBA – Nucleic Acids Sequence-Based Amplification) и не ранее чем через месяц – на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР-RT).

Выбор фармакотерапии проводят с учетом анамнестических данных пациента (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость препаратов, наличие сопутствующих инфекций). Хламидийная инфекция у беременных повышает угрозу невынашивания, самопроизвольного выкидыша, неразвивающейся беременности, мертворождения, преждевременных родов, несвоевременного излития околоплодных вод, осложнений в родах и послеродовом периоде, а также заражения плода при прохождении через родовые пути. Именно поэтому лечение антибактериальными препаратами таких больных осуществляется на любом сроке беременности.

Терапия хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится по тем же схемам, что и у взрослых пациентов. При этом учитываются имеющиеся противопоказания.

Дополнительная терапия (системная энзимотерапия, иммуномодулирующая терапия, местные антисептические препараты) пациентам с хламидийной инфекцией не показана.

Может быть применена одна из следующих схем лечения хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы (нозологическая группа А 56.0), аноректальной области (А 56.3), хламидийного фарингита (А 56.4), хламидийного конъюнктивита (А 74.0):

1) препарат выбора:

✓ доксициклина моногидрат 100 мг внутрь два раза в сутки в течение семи дней;

✓ джозамицин 500 мг внутрь три раза в сутки в течение семи дней;

✓ азитромицин 1 г внутрь однократно;

2) альтернативный препарат – офлоксацин 400 мг внутрь два раза в сутки в течение семи дней. Схема лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (А 56.1 и 56.8):

1) препарат выбора:

✓ доксициклина моногидрат 100 мг внутрь два раза в сутки в течение 14–21 дня;

✓ джозамицин 500 мг внутрь три раза в сутки в течение 14–21 дня;

2) альтернативный препарат – офлоксацин 400 мг внутрь два раза в сутки в течение 14–21 дня. Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов в мочеполовых органах, результатов лабораторных и инструментальных исследований – варьирует от 14 до 21 дня.

Согласно российским и европейским рекомендациям джозамицин (Вильпрафен®) обладает высоким уровнем безопасности и может применяться в период беременности и лактации⁸.

Для лечения беременных препарат принимают в дозе 500 мг три раза в сутки перорально в течение семи дней.

Для лечения хламидиоза у детей с массой тела менее 45 кг джозамицин используют в расчете 50 мг/кг массы тела в три приема в течение семи дней.

Доказано, что джозамицин не влияет на моторику и микрофлору кишечника. Риск лекарственных взаимодействий у этого препарата минимален⁹.

Российскими учеными был проведен метаанализ, результаты которого продемонстрировали, что при хламидийном уретрите у мужчин доксициклин (0,1 г два раза в сутки в течение семи дней) достоверно превосходит азитромицин (1 г однократно) по микробиологической эффективности (отношение шансов 0,15 при 95%-ном доверительном интервале 0,04–0,69, $p=0,009$)¹⁰.

Установлено, что чувствительность *C. trachomatis* к антибиотикам при нормоксии и гипоксии различна. В условиях воспаления и гипоксии активность азитромицина снижается, а активность доксициклина повышается¹¹.

Далее профессор Е.В. Соколовский перечислил наиболее вероятные причины неэффективности коротких курсов антибактериальной терапии. Гетеротипичная резистентность наблюдается при высокой бактериальной нагрузке (уретрит, цервицит) и наличии в микробной популяции персисте-

дерматовенерология

⁸ Lanjouw E., Ossewaarde J.M., Strydom A. et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections // Int. J. STD AIDS. 2010. Vol. 21. № 11. P. 729–737.

⁹ Моисеев С.В. Джозамицин: отличительные особенности и перспективы применения // Клиническая фармакология и терапия. 2005. № 4. С. 66–69.

¹⁰ Рафальский В.В., Королев С.А. Сравнение эффективности доксициклина и азитромицина при хламидийном уретрите у мужчин: метаанализ рандомизированных исследований // Consilium Medicum. 2008. № 4. С. 89–93.

¹¹ Shima K., Klinger M., Solbach W., Rupp J. Activities of first-choice antimicrobials against gamma interferon-treated Chlamydia trachomatis differ in hypoxia // Antimicrob. Agents Chemother. 2013. Vol. 57. № 6. P. 2828–2830.



ров и/или мутантов 23S рРНК^{12, 13}. Причинами неэффективности коротких курсов антибактериальной терапии могут стать эффект недостаточной дозы бактериостатика и гомотипичная (мутация) резистентность. Определение ДНК/РНК-высокочувствительными методами амплификации нуклеиновых кислот в сроки пять и менее недель может сопровождаться ложноположительным ответом¹⁴.

Согласно результатам современных исследований, у пациентов с воспалительными заболеваниями урогенитальной системы также выявляют генитальные микоплазмы – *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*.

M. genitalium – возбудитель ИППП, патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола и цервицит у женщин.

На сегодняшний день не подтверждена и не опровергнута связь между инфицированием *M. genitalium* и неблагоприятными исходами беременности (спонтанный аборт, преждевременные роды, замедление внутриутробного роста, мертворождение).

Согласно отечественным рекомендациям верификация диагноза заболеваний, вызванных *M. genitalium*, осуществляется с помощью молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *M. genitalium*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

По мнению специалистов, другие методы лабораторных исследований, в том числе ПИФ, ИФА, культуральный метод, для диагностики использовать недопустимо. Для оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиотенноза уретры, влагалища, цервикального канала необходимо провести микроскопическое исследование клинического материала.

С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики заболеваний, вызванных *M. genitalium*, нецелесообразно⁷.

Показаниями к обследованию на *M. genitalium* являются:

- клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов урогенитального тракта;
- предгравидарное обследование половых партнеров;
- беременность;
- предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого таза;
- перинатальные потери и бесплодие в анамнезе;
- половой контакт с инфицированным партнером в период до 60 дней;
- сексуальное насилие в период до 60 дней.

Показанием к проведению лечения считается идентификация *M. genitalium* с помощью молекулярно-биологических методов у пациента либо его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров обязательно. На данный момент ключевой

проблемой, связанной с лечением больных микоплазменными инфекциями, является резистентность к антибактериальным препаратам.

С 2006 г. международные руководства рекомендуют лечение заболеваний урогенитального тракта, вызванных *M. genitalium*, азитромицином в дозе 1 г однократно. Однако результаты исследований свидетельствуют о снижении бактериальной чувствительности к макролидам. Доказано, что лечение азитромицином 1 г однократно может приводить к селекции штаммов *M. genitalium*, несущих мутации устойчивости к макролидам. Для *M. genitalium* данный режим лечения ассоциируется с потенциальным риском формирования устойчивости к макролидам¹⁵.

Результаты последних исследований показали, что в отсутствие резистентности к макролидам назначение пятидневного курса азитромицина эффективно и не индуцирует резистентность.

Таким образом, азитромицин в дозе 1 г не должен использоваться для лечения пациентов с симптомами уретрита, потенциально вызванного *M. genitalium*¹⁶. Следует отметить, что согласно инструкции, одобренной в нашей стране, азитромицин вообще не должен применяться при лечении негонококковых уретритов, ассоциированных с генитальными микоплазмами. Единственное показание для его применения – хламидийная инфекция.

На сегодняшний день джозамицин – препарат выбора для антибактериальной терапии урогенитальных инфекций смешанной

¹² Horner P. The case for further treatment studies of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infection // Sex. Transm. Infect. 2006. Vol. 82. № 4. P. 340–343.

¹³ Suchland R.J., Geisler W.M., Stamm W.E. Methodologies and cell lines used for antimicrobial susceptibility testing of Chlamydia spp. // Antimicrob. Agents Chemother. 2003. Vol. 47. № 2. P. 636–642.

¹⁴ Dukers-Muijters N.H., Morré S.A., Speksnijder A. et al. Chlamydia trachomatis test-of-cure cannot be based on a single highly sensitive laboratory test taken at least 3 weeks after treatment // PLoS One. 2012. Vol. 7. № 3. P. e34108.

¹⁵ Ito S., Shimada Y., Yamaguchi Y. et al. Selection of Mycoplasma genitalium strains harbouring macrolide resistance-associated 23S rRNA mutations by treatment with a single 1 g dose of azithromycin // Sex. Transm. Infect. 2011. Vol. 87. № 5. P. 412–414.

¹⁶ Horner P., Blee K., Adams E. Time to manage Mycoplasma genitalium as an STI: but not with azithromycin 1g // Curr. Opin. Infect. Dis. 2014. Vol. 27. № 1. P. 68–74.

Инъекционная эффективность в таблетках*

при ИППП
и урогенитальных
инфекциях^{2,3}



№1 в назначениях
антибиотиков¹

Юнидокс Солютаб®

доксицилин

Вильпрафен®

джозамицин

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

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



* По данным <http://grls.rosminzdrav.ru/> на 23.07.2015 г. Критерии поиска: по МНН.

** Яковлев С. В., Довгань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014 г., стр. 4–6.

1. Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков в крупнейших городах России. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синвейт Комкон», и действительна по состоянию на апрель 2014 года.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Юнидокс Солютаб® (П №013102/01-120908), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=131893&t

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен®

(П № 012028/01-240310), http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=38847&t

4. Centers For disease control and prevention. Sexually transmitted diseases Treatment guidelines, 2015, <http://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm>

5. Клинические рекомендации. По ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями. РОДВК, председатель Кубанова А. А., Москва, Деловой Экспресс, 2012.

6. Messano G. A. et al. Ig Sanita Pubbl. 2011 Nov-Dec; 67 (6): 697–706.

7. Kokkayil P. Indian J Med Microbiol 2015; 33 (2): 205–14.

Представительство частной компании с ограниченной ответственностью «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» (Нидерланды) г. Москва.
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7 (495) 737-07-55. Факс +7 (495) 737-07-53.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



На сегодняшний день джозамицин — препарат выбора для антибактериальной терапии урогенитальных инфекций смешанной этиологии. Это единственный макролид для лечения урогенитальных инфекций с универсальной активностью *in vitro* как в отношении *C. trachomatis*, так и в отношении всех клинически значимых микоплазм

этиологии. Это единственный макролид для лечения урогенитальных инфекций с универсальной активностью *in vitro* как в отношении *C. trachomatis*, так и в отношении всех клинически значимых микоплазм^{17, 18}.

Препаратами выбора для лечения инфекций, вызванных *M. genitalium*, являются доксициклина моногидрат 100 мг два раза в сутки в течение десяти дней или джозамицин 500 мг три раза в сутки перорально в течение десяти дней.

Альтернативный препарат — офлоксацин 400 мг внутрь два раза в сутки в течение десяти дней.

Беременным назначают только джозамицин в аналогичной дозе и режиме, детям с массой тела менее 45 кг — 50 мг/кг массы тела в три приема в течение десяти дней.

Mycoplasma hominis и *Ureaplasma* spp. — условно патогенные микроорганизмы, реализация патогенных свойств которых происходит при определенных условиях (высокий уровень бак-

териальной обсемененности, иммуносупрессия и т.д.).

Уреаплазмы способны вызывать уретрит у мужчин (*U. urealyticum*), цервицит, цистит, воспалительные заболевания органов малого таза, а также осложнять течение беременности, способствовать развитию послеродовых и послеабортных осложнений.

Показанием к обследованию на *Ureaplasma* spp. и *M. hominis* считается наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в области урогенитального тракта при отсутствии патогенных возбудителей ИППП.

Если клинические проявления отсутствуют, обследованию подлежат пациенты с диагнозом «бесплодие», имеющие в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери, доноры спермы.

Верификация диагноза базируется на результатах лабораторных исследований. Проводится микроскопическое исследование клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала для оценки состояния их эпителия, степени лейкоцитарной реакции, исключения сопутствующих ИППП (гонококковой инфекции, урогенитального трихомониаза), состояния микробиоценоза влагалища. Кроме того, используются культуральные и/или молекулярно-биологические методы. Целесообразность применения методики количественного определения (определение титра), как и клиническое значение полученных результатов, не доказана.

Докладчик отметил, что, учитывая высокую распространенность

микоплазм в нижних отделах мочеполовой системы у практически здоровых лиц репродуктивного возраста, а также их этиологическое значение, проведение скринингового обследования на генитальные микоплазмы неоправданно.

Показанием к лечению при выявлении *M. hominis* и *Ureaplasma* spp. является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие возбудители ИППП, в том числе *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*. Половые партнеры лиц, инфицированных *M. hominis* и/или *Ureaplasma* spp., подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов при исключении иной этиологии данного процесса.

По данным российских и зарубежных исследований, *M. hominis*, *U. urealyticum*, *Ureaplasma* spp. сохраняли высокую чувствительность к джозамицину и доксициклину моногидрату^{19, 20}.

Заболевания, вызываемые *M. hominis* и/или *Ureaplasma* spp., лечат по одной из следующих схем:

- ✓ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь два раза в сутки в течение десяти дней;
- ✓ джозамицин по 500 мг внутрь три раза в сутки в течение десяти дней.

Беременным джозамицин назначают в дозе 500 мг внутрь три раза в сутки в течение десяти дней, детям с массой тела менее 45 кг — исходя из 50 мг/кг массы тела в три приема в сутки.

¹⁷ Bebear C.M., Renaudin H., Bryskier A., Bebear C. Comparative activities of telithromycin (HMR 3647), levofloxacin, and other antimicrobial agents against human mycoplasmas // Antimicrob. Agents Chemother. 2000. Vol. 44. № 7. P. 1980–1982.

¹⁸ Donati M., Pollini G.M., Sparacino M. et al. Comparative in vitro activity of garenoxacin against Chlamydia spp. // J. Antimicrob. Chemother. 2002. Vol. 50. № 3. P. 407–410.

¹⁹ Гуштин А.Е., Бурцев О.А., Рыжих П.Г. и др. Мониторинг лечения пациентов с инфекцией, вызванной *Mycoplasma genitalium*, с помощью методов ПЦР и НАСБА в реальном времени // Клиническая дерматология и венерология. 2009. № 4. С. 58–63.

²⁰ Skerk V., Mareković I., Markovinović L. et al. Comparative randomized pilot study of azithromycin and doxycycline efficacy and tolerability in the treatment of prostate infection caused by *Ureaplasma urealyticum* // Chemotherapy. 2006. Vol. 52. № 1. P. 9–11.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Актуальные вопросы терапии вульвовагинального кандидоза

Особенностям течения, диагностики и современным методам лечения вульвовагинального кандидоза (ВВК) посвятила свое выступление заведующая кафедрой дерматовенерологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Иркутского государственного медицинского университета (ФПК и ППС ИГМУ), д.м.н., профессор Ирина Олеговна МАЛОВА. Она отметила, что лечение ВВК по-прежнему остается одной из актуальных проблем современной медицины. Доля ВВК в структуре инфекционной патологии нижнего отдела урогенитального тракта составляет 40–50%. Особенности ВВК являются частые рецидивы воспалительного процесса, возможность распространения последнего на другие органы и системы, риск развития гематогенной диссеминации аутоиммунного процесса.

В последние годы чаще регистрируется развитие уретритов и уретроциститов, а также восходящая кандидозная инфекция с симптомами эндометрита, сальпингита, пельвиоперитонита.

Следует отметить повышение частоты выявления видов *Candida non-albicans* в этиологии заболеваний урогенитального тракта.

У многих пациенток ВВК развивается во время беременности. У беременных с ВВК угроза прерывания возрастает в 1,5 раза. Кроме того, ВВК является одной из причин развития таких серьезных осложнений, как самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, развитие хориоамнионита и плацентита, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды. В послеродовом периоде могут развиваться послеродовая раневая инфекция, послеродовый эндометрит, сепсис.

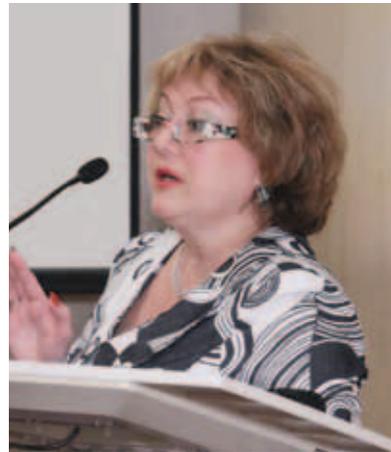
При ВВК у беременных повышается частота неонатального кандидоза среди доношенных детей, который может проявляться и как локализованная инфекция (стоматит, фарингит, ларингит, конъюнктивит, омфалит, дерматит, пневмония), и как диссеминированная (менингит, энцефалит, энтероколит, дерматит, пневмония, бронхит, эндокардит, пиелонефрит).

В настоящее время в Российской Федерации различают три клинические формы генитального кандидоза:

- ✓ кандидоносительство;
- ✓ острый урогенитальный кандидоз;
- ✓ хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз.

Международная клиническая классификация ВВК (Европа, США, Канада и др.) выделяет неосложненный (у здоровых небеременных пациенток) и осложненный ВВК (тяжелое, хроническое течение, иммунокомпрометированность, беременность, наличие в этиологии *C. non-albicans*).

В связи с тенденцией к распространению ВВК особую важность приобретают своевременность и эффективность лечения. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ИППП, кожных и венерических болезней Российской Федерации Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) за 2013 г. лечение проводится только после постановки диагноза «урогенитальный кандидоз», основанием служат результаты клинико-лабораторных исследований. Выявление элементов *Candida spp.* при микроскопии или культуральная идентификация грибов в отсутствие клинических симптомов не являются показанием к лечению.



Профессор
И.О. Малова

Цели лечения:

- 1) клиническое выздоровление;
- 2) нормализация лабораторных показателей:

- ✓ отсутствие элементов грибов;
- ✓ лейкоцитоза при микроскопии;
- ✓ роста или снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;

3) предотвращение развития осложнений беременности, послеродового периода, при инвазивных гинекологических процедурах.

Для лечения ВВК применяют противогрибковые препараты – как местно (интравагинально), так и системно (перорально).

Докладчик подчеркнула, что при остром урогенитальном кандидозе предпочтение следует отдавать местным лекарственным средствам, чтобы избежать системного влияния на организм. В случае невозможности их использования рекомендованы системные препараты. Целесообразность применения влагалищных препаратов с лактобактериями или спринцеваний на сегодняшний день не является доказанной.

Основными препаратами при ВВК считаются имидазолы (клотримазол, кетоконазол, эконазол, изоконазол, миконазол), триазолы (флуконазол, итраконазол), полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, натамицин).

В Федеральных клинических рекомендациях РОДВК (2013) при



ВВК предусмотрены следующие схемы лечения:

- натамицин (сила рекомендаций А) – влагалищные свечи 100 мг один раз в сутки в течение шести дней;
- клотримазол (сила рекомендаций А) – влагалищные таблетки 200 мг один раз в сутки в течение трех дней или 100 мг один раз в сутки в течение семи дней;
- миконазол (сила рекомендаций В) – влагалищные свечи 100 мг один раз в сутки в течение семи дней;
- бутконазол (сила рекомендаций С) – 2%-ный влагалищный крем 5 г однократно;
- итраконазол (сила рекомендаций D) – влагалищные таблетки 200 мг один раз в сутки в течение 10 дней;
- флуконазол (сила рекомендаций А) – капсулы 150 мг однократно;
- итраконазол (сила рекомендаций С) – капсулы 200 мг один раз в сутки в течение трех дней.

При выраженных воспалительных процессах показаны вагинальные имидазолы – до 10–14 дней или флуконазол – 150 мг дважды с перерывом 72 часа.

В последние годы отмечено увеличение частоты выявления грибов *Candida spp.*, резистентных к наиболее часто используемым противогрибковым препаратам. За 10 лет зафиксировано снижение чувствительности (числа абсолютно чувствительных штаммов) к флуконазолу – в 2,2 раза, итраконазолу – в 1,7 раза, кетоконазолу – в 2,7 раза, клотримазолу – в 1,9 раза. Однако отмечено повышение чувствительности к полиенам: леворину – в 2 раза, натамицину – в 3,4 раза²¹.

В связи с этим препаратами выбора все чаще становятся средства, обладающие фунгицидной активностью.

При лечении хронического рецидивирующего ВВК после проведения основного курса лечения рекомендована поддерживающая терапия не менее шести месяцев.

В случае хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза при *Candida spp.*, чувствительных к азолам, применяют местно азолы – курс до 14 дней (сила рекомендаций В) или флуконазол в дозе 150 мг трижды с интервалом 72 часа (сила рекомендаций А), при *Candida non-albicans* – интравагинально натамицин в дозе 100 мг один раз в сутки в течение 6–12 дней (сила рекомендаций С). В качестве поддерживающей терапии показаны натамицин – влагалищные свечи 100 мг один раз в неделю (сила рекомендаций С), клотримазол – влагалищные таблетки 500 мг один раз в неделю (сила рекомендаций D) или флуконазол – капсулы 150 мг один раз в неделю (сила рекомендаций С).

Известно, что ВВК нередко сопутствует кандидоз кишечника. По данным отечественных исследований, частота встречаемости дисбиоза/кандидоза кишечника в популяции составляет 25%. При этом 31% всех дисбиозов кишечника – с избыточным ростом *Candida spp.*²²

В исследованиях западных ученых почти у половины женщин с хроническим рецидивирующим ВВК выявляется кандидоз кишечника²³, в исследованиях отечественных акушеров-гинекологов при анализе микробиоты у беременных выявлены идентичные грибы во влагалище и в кишечнике²⁴. Таким пациентам может быть показан натамицин. Натамицин – противогрибковый антибиотик широкого спектра действия. Он относится к препаратам полиенового ряда. Натамицин оказывает пер-

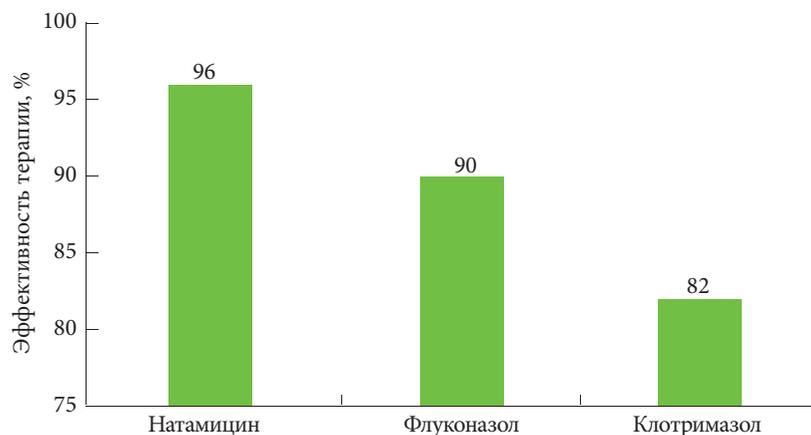


Рис. 2. Эффективность шестимесячной поддерживающей терапии хронического рецидивирующего ВВК

²¹ Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М., Карапетян Т.Э. Вульвовагинальный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам // Акушерство и гинекология. 2009. № 4. С. 44–46.

²² Шевяков М.А., Колб З.К., Савельева О.Г., Борзова Ю.В. Интестинальный дисбиоз у пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Успехи медицинской микологии / под ред. Ю.В. Сергеева. Материалы II Всероссийского конгресса по медицинской микологии. Т. 4. М.: НАМ, 2004. С. 95–96.

²³ Fong I.W. The value of prophylactic (monthly) clotrimazole versus empiric self-treatment in recurrent vaginal candidiasis // Genitourin. Med. 1994. Vol. 70. № 2. P. 124–126.

²⁴ Куперт А.Ф. Кандидозный вульвовагинит и беременность. Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2008.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

вично фунгицидное действие: фиксируясь на стероловых компонентах мембраны гриба, нарушает ее проницаемость и вызывает лизис клетки гриба.

Его преимуществами перед другими препаратами являются широкий спектр антимикотической активности, более высокая активность по отношению к *C. albicans* и *C. non-albicans*, чем у нистатина. Он не влияет на влагалищный микробиоценоз, нетоксичен при применении внутрь и местно. Препарат можно использовать на ранних сроках беременности (с первого триместра) и в период лактации.

Для лечения хронического рецидивирующего ВВК в сочетании с кандидозом кишечника в период обострения назначают комбинацию двух лекарственных форм натамицина: вагинальные свечи по 100 мг один раз в сутки в течение шести дней и кишечнорастворимые таблетки по 100 мг четыре раза в сутки в течение десяти дней. После завершения основного курса лечения необходим курс препаратами, способствующими восстановлению микробиоты кишечника. Для поддерживающей терапии возможно применение натамицина вагинально по 100 мг один раз в сутки в течение трех дней перед менструацией в течение шести месяцев.

Результаты клинических исследований, проведенных на кафедре дерматовенерологии ФПК и ППС ИГМУ (2010–2013), продемонстрировали, что клиническая ремиссия ВВК после терапии натамицином отмечалась у 100% больных. Лейкоцитоза при микроскопии влагалищного отделяемого не обнаружено. У 78% пациентов отсутствовал рост грибов во влагалище.

После лечения натамицином пациентов с кандидозом кишечника клиническое выздоровление отмечено у 64%, улучшение – у 36%. У пациентов не отмечался рост грибов в кишечнике и дисбактериоз.

Через шесть месяцев поддерживающей терапии хронического рецидивирующего ВВК клиническая ремиссия была констатирована у 96% пациенток, рецидив – лишь у двух (рис. 2). Культуральное исследование на наличие *Candida* spp. было отрицательным у 96% пациентов.

Через шесть месяцев после окончания перорального приема натамицина по поводу кандидозного дисбиоза кишечника клиническая ремиссия отмечена у 100% больных. Дисбактериоз кишечника после шести месяцев наблюдения не зафиксирован ни у одной пациентки.

Для лечения беременных, страдающих урогенитальным кандидозом, препаратом выбора является полиеновый антимикотик натамицин (Пимафуцин®).

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям РОДВК (2013) для лечения беременных применяют натамицин в виде влагалищных свечей по 100 мг один раз в сутки в течение трех – шести дней, начиная с первого триместра (сила рекомендаций С). Со второго триместра беременности также рекомендован клотримазол в виде влагалищных таблеток 100 мг один раз в сутки в течение семи дней (сила рекомендаций В) или в виде 1%-ного крема 5 г один раз в сутки в течение семи дней (сила рекомендаций В).

Следует отметить, что при наличии у половых партнеров пациенток с ВВК симптомов балано-

Преимуществами натамицина перед другими препаратами являются широкий спектр антимикотической активности, более высокая активность в отношении *C. albicans* и *C. non-albicans*, чем у нистатина. Он не влияет на влагалищный микробиоценоз, нетоксичен при применении внутрь и местно. Препарат можно использовать на ранних сроках беременности (с первого триместра) и в период лактации

постита, уретрита целесообразно их обследование и при необходимости лечение. По мнению отечественных и зарубежных специалистов, в отсутствие симптомов половые партнеры не подлежат лечению.

Для лечения кандидозного баланопостита применяют такие препараты, как натамицин – 2%-ный крем один-два раза в сутки в течение семи дней (сила рекомендаций D), клотримазол 1%-ный крем два раза в сутки в течение семи дней (сила рекомендаций D), флуконазол в дозе 150 мг перорально однократно (сила рекомендаций А), итраконазол в дозе 200 мг перорально один раз в сутки в течение трех дней (сила рекомендаций D).

Заключение

Выбор антибактериального или антимикотического препарата должен основываться в первую очередь на высокой чувствительности возбудителя к данному лекарственному средству. Кроме того, препарат должен обладать низкой степенью токсичности и хорошей переносимостью. В настоящее время в соответствии с российскими клини-

ческими рекомендациями препаратами выбора для лечения неосложненных и осложненных форм хламидийной инфекции, а также микоплазменной и уреоплазменной инфекций считаются доксициклина моногидрат (Юнидокс Солютаб®) и джозамицин (Вильпрафен®), ВВК и кандидоза кишечника – натамицин (Пимафуцин®). ●



Небактериальные инфекции в практике врача-дерматолога. Междисциплинарный взгляд на проблему

На симпозиуме, организованном компанией «Вертекс» (Москва, 23 июня 2015 г.), были представлены данные об эффективности и безопасности препарата Итразол в лечении онихомикоза у коморбидных больных, рассмотрены актуальные возможности препарата Валцикон и крема Девирс при герпесвирусной инфекции как в моно-, так и комбинированной терапии.



К.м.н.
Л.П. Котрехова

Онихомикоз (ОМ) – грибковое заболевание ногтей. На его долю приходится более 50% всех заболеваний ногтей. Считается, что ОМ страдает от 7,5 до 20% населения. По данным Научно-исследовательского института медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, представленным доцентом кафедры дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, к.м.н. Любовью Павловной КОТРЕХОВОЙ, наиболее подвержены риску развития ОМ лица старше 60 лет. Встречаемость ОМ в этой возрастной группе составляет от 25 до 90%. Высокая распространенность ОМ отмечается также у больных с иммунодефицитными состояниями, сахарным диабетом и нарушением кровообращения в дистальных отделах конечностей. Докладчик представила результаты собственного исследования частоты

Подходы к лечению онихомикоза у пациентов с коморбидными состояниями

встречаемости, особенностей этиологии, клиники и характера течения ОМ у 1652 больных. Так, у 40% пациентов были выявлены коморбидные состояния (два и более соматических заболевания). 44% больных ОМ стоп с коморбидными состояниями принимали более двух лекарственных препаратов. Декомпенсация одного из соматических заболеваний наблюдалась у 25% пациентов. «Лечить ОМ необходимо. Однако, назначая еще один лекарственный препарат системного действия, необходимо учитывать значительное увеличение риска развития нежелательных явлений», – уточнила Л.П. Котрехова.

При ОМ изменяются цвет ногтевой пластины (от молочно-белого до черного), толщина и форма, происходит ее деформация. В некоторых случаях может развиваться онихолизис. При выраженной патологии поражается матрикс, развиваются дерматофитомы и воспаление околоногтевых валиков. Клиническими разновидностями заболевания у больных с коморбидными состояниями являются поверхностный белый ОМ, дистально-латеральный, проксимальный, эндоникс, проксимальный с паронихией (кандидозный). Тотальный ОМ развивается более чем у 50% больных старше 60 лет и у 19% больных в возрасте 30–40 лет. Тотальная форма ОМ –

терминальная стадия всех клинических разновидностей ОМ. Основными возбудителями ОМ стоп у больных с коморбидными состояниями, так же как и у больных без таковых, являются дерматомицеты (75 и 91% соответственно) (рис. 1).

Среди дерматомицетов (дерматофитов) наиболее часто выявлялись *Trichophyton rubrum* (464 случая) и *Trichophyton interdigitale* (17 случаев). Одинаково невысокой в обеих группах была доля плесневых грибов (1%). Однако у пациентов с коморбидными состояниями значительно чаще высевали *Candida* spp. (24 против 8% соответственно). Можно констатировать, что доля ОМ стоп, вызванного условно-патогенной микобиотой, у пациентов с коморбидными состояниями значительно выше, чем у соматически здоровых пациентов.

К клиническим особенностям течения ОМ у пациентов с коморбидными состояниями относятся:

- высокий риск развития распространенных форм грибкового поражения кожи и ее придатков;
- высокий риск развития нескольких нозологических форм микозов кожи и ее придатков, обусловленный разными возбудителями;
- сочетанное поражение кожи и слизистых оболочек, обусловленное *Candida* spp.



Сателлитный симпозиум компании «Вертекс»

Применение стандартных схем терапии ОМ у пациентов с коморбидными состояниями часто бывает недостаточно эффективным. Поэтому в таких ситуациях наиболее оправданна, по мнению докладчика, комбинированная терапия системными и топическими антимикотиками.

Из препаратов системного действия (итраконазол, флуконазол, тербинафин) именно азолы обладают наиболее широким спектром противогрибковой активности. Итраконазол, например, эффективен в отношении большинства дерматомицетов – *Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., *Epidermophyton* spp. и недерматомицетов *Candida* spp. (*C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* и др.), *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. и др.

Для лучшего всасывания итраконазола необходим нормальный уровень кислотности, поэтому итраконазол в капсулах следует принимать с пищей, а в виде раствора – натощак. Ограничением к применению препарата является хроническая сердечная недостаточность, а также серьезные нарушения функций печени и почек.

Итраконазол взаимодействует с некоторыми лекарственными препаратами, и это надо учитывать при назначении его пациентам с коморбидными состояниями. Недопустим прием азолов с терфенадином, астемизолом, хинидином, пимозидом. Следует также помнить, что совместный прием тербинафина с ингибиторами микросомальных ферментов печени (рифампицин, циметидин, эритромицин) потенциально опасен из-за высокого риска развития нежелательных явлений.

Итраконазол может применяться в виде пульс-терапии, что является его преимуществом при выборе схемы лечения.

При ОМ кистей рук итраконазол назначают в дозе 200 мг два раза в сутки в течение семи дней и проводят два сеанса пульс-терапии – на первой и пятой неделе. При ОМ стоп итраконазол назначают по

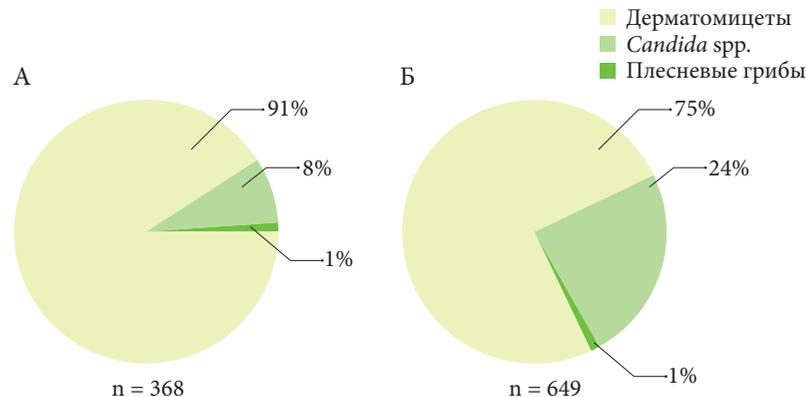


Рис. 1. Спектр возбудителей ОМ стоп у пациентов без сопутствующих заболеваний (А) и с двумя сопутствующими заболеваниями и более (Б)

200 мг два раза в сутки в течение семи дней и проводят три сеанса пульс-терапии – на первой, пятой и девятой неделе.

Эффективность лечения во многом зависит от приверженности ему пациентов, которая в немалой степени связана с их финансовыми возможностями.

Снизить стоимость лечения ОМ можно с помощью эффективных и безопасных дженериков. Именно таким дженериком является препарат Итразол (итраконазол 100 мг), эффективность и хорошая переносимость которого были подтверждены в клинических исследованиях. Разнообразие форм выпуска (6, 14 и 42 капсулы в упаковке), эффективность, а также доступная цена способствуют хорошей комплаентности терапии.

Усилить эффект терапии системными антимикотиками помогают топические антифунгальные препараты, в частности аморолфин. Аморолфин за счет фунгицидной активности и эффекта сублимации удовлетворяет современным требованиям, предъявляемым к антифунгальным препаратам для местного применения. Результаты проведенного в микологической клинике проспективного рандомизированного сравнительного исследования эффективности комбинированной терапии системным антимикотиком и аморолфином у пациентов с плохими прогностическими признаками (2010–2012 гг.)

показали, что такая комбинация повышает эффективность лечения на 20–30%.

Далее Л.П. Котрехова привела пример из собственной клинической практики. Пациент М. 60 лет. Более десяти лет страдал ОМ стоп, обусловленным *T. rubrum*. Кроме того, пациент страдает гормонозависимой бронхиальной астмой, сахарным диабетом типа 2, артериальной гипертензией второй стадии. Учитывая наличие у больного коморбидного фона, для лечения следовало использовать системный антимикотик тербинафин. Однако было выявлено кандидозное поражение пищевода: выделено два возбудителя, один из которых был малочувствителен к тербинафину. Именно поэтому выбор сделали в пользу итраконазола (Итразола) – препарата широкого спектра действия, к которому чувствительны оба возбудителя. Итразол применяли в дозе 200 мг/сут тремя курсами пульс-терапии. Одновременно были проведены аппаратный педикюр (дважды за курс лечения) и терапия лаком с аморолфином в течение шести месяцев. Улучшение наблюдалось уже через полтора месяца лечения. «Мы получили от такой комбинированной терапии очень хороший эффект. Полное отрастание ногтевых пластинок у пациента с коморбидным состоянием заняло менее года», – отметила Л.П. Котрехова в завершение выступления.

дерматовенерология



Профессор
А.Е. Шульженко

Вирусы простого герпеса – это облигатные внутриклеточные паразиты подсемейства *Alphaherpesvirinae*, которые характеризуются высокой цитопатической активностью с относительно коротким репликативным циклом и широким спектром поражаемых хозяев. Большинство людей переносят первичное инфицирование одним или несколькими герпесвирусами, которые остаются в латентном состоянии на протяжении всей жизни.

Течение герпесвирусной инфекции может быть острым, хроническим, рецидивирующим или латентным (бессимптомным). По словам заведующего отделением аллергологии и иммунотерапии Института иммунологии, д.м.н., профессора Андрея Евгеньевича ШУЛЬЖЕНКО, вирусная персистенция – это совершенно уникальный механизм, который заключается в способности выживать в условиях активности врожденного и адаптивного иммунного ответа.

Как известно, на каждый возбудитель в организме вырабатываются специфические антитела. В случае герпесвирусной инфекции наиболее значимыми являются иммуноглобулины классов М и G (IgM, IgG). IgM синтезируются с четвертого дня после контакта клеток иммунной системы с антигеном

Герпесвирусные инфекции. Взгляд иммунолога

(вирусом герпеса) и достигают максимального уровня к 15–20-му дню. Затем их уровень в сыворотке крови постепенно снижается до нулевых значений. Через 14 дней начинается выработка антител IgG, которые будут циркулировать в кровотоке в течение всей жизни. В настоящее время 75–90% взрослого населения планеты являются носителями антител IgG к вирусу герпеса.

Определение вирус-специфических антител в сыворотке крови человека целесообразно проводить в следующих случаях:

- 1) необходимо установить тип вируса простого герпеса (первый или второй);
- 2) в анамнезе отмечено атипичное или бессимптомное течение герпесвирусной инфекции;
- 3) при наличии клинической картины не определяется ДНК вируса в очаге поражения;
- 4) необходимо дифференцировать первичное инфицирование и рецидив герпесвирусной инфекции;
- 5) при тестировании беременных без клинических проявлений герпеса.

Профессор А.Е. Шульженко отметил, что выявление специфических антител к вирусам простого герпеса в отсутствие клинических проявлений заболевания не является основанием для постановки диагноза и не требует назначения терапии.

У пациентов с высокой частотой рецидивов герпесвирусной инфекции (более шести раз в год) следует оценивать не только уровень антител, но и их авидность – способность антител связывать возбудитель инфекции. Высокая авидность антител говорит об усиленном, а низкая – об ослабленном или, возможно, еще не сформированном специфическом гуморальном иммунном ответе.

Часто исследований гуморального иммунного ответа недостаточно для понимания иммунопатологических процессов в организме, приводящих к потере контроля над герпесвирусной инфекцией. В таких случаях необходимо дополнительное исследование иммунной системы: определение субпопуляций лимфоцитов, активности NK-клеток, концентрации спонтанного и индуцированного альфа- и гамма-интерферона. В большинстве случаев только по результатам такого глубокого и полноценного исследования можно назначить адекватную как противовирусную, так и иммуномодулирующую терапию.

На сегодняшний день согласно международным стандартам лечения препаратами выбора с доказанной противогерпетической эффективностью являются ациклические нуклеозиды – ацикловир, валацикловир и фамцикловир¹. Их использование обеспечивает этиотропную направленность лечения как в период обострения, так и в межрецидивный период.

Уникальность противогерпетического действия ациклических нуклеозидов обусловлена тем, что они активируются специфическим ферментом герпесвирусов – тимидинкиназой, которая связывается с химиопрепаратами быстрее, чем клеточная. В результате происходит накопление действующего вещества исключительно в инфицированных клетках. ДНК-полимераза герпесвирусов всегда ошибочно включает фосфорилированные ациклические нуклеозиды в концевые участки синтезируемых новых вирусных ДНК, вместо естественного дезоксигуанозина трифосфата. Как следствие, нарушается репликация (размноже-

¹ www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm.



Сателлитный симпозиум компании «Вертекс»

ние) возбудителя. Благодаря этому достигается высочайшая избирательность препаратов в отношении вирусов простого герпеса без вмешательства в биохимию свободных от вируса клеток. Это также обеспечивает высокий профиль безопасности ациклических нуклеозидов.

Первый ациклический нуклеозид – ацикловир по праву считается эффективным и безопасным препаратом. Его недостаток заключается в низкой биодоступности и неудобной схеме приема (до четырех-пяти раз в сутки).

Создание препарата валацикловира (путем присоединения аминокислоты валина к ацикловиру) способствовало решению проблемы: кишечная абсорбция валацикловира по сравнению с ацикловиром повысилась в четыре-пять раз, что резко увеличило его биодоступность.

При этом в результате приема валацикловира обеспечивается почти такая же высокая и стабильная концентрация ацикловира в крови, как и в результате применения инъекционного ацикловира.

Клинические подходы к лечению герпесвирусной инфекции ациклическими нуклеозидами предполагают две схемы лечения:

1) эпизодическая противовирусная терапия, направленная на предотвращение рецидива, с известным пусковым (триггерным) фактором: валацикловира по 500 мг (одна таблетка) два раза в сутки в течение 5–10 дней;

2) супрессивная противовирусная терапия (6–12 месяцев). Показана пациентам с частыми рецидивами герпесвирусной инфекции, а также пациентам с тяжелым и длительным течением заболевания: валацикловира 500–1000 мг в сутки ежедневно (USTI, 2010 г.). Длительная супрессивная терапия эффективно снижает риск рецидива и способна предотвратить передачу вируса простого герпеса партнеру.

Преимуществами отечественного препарата Валцикон являются:

- ускорение заживления при рецидивирующей герпетической инфекции на 30%;
- значительное уменьшение средней продолжительности рецидива;
- достоверное снижение частоты рецидивов;
- удобная схема приема по сравнению с ацикловиром;
- безопасность, сравнимая с ацикловиром, при более высокой эффективности.

Валцикон выпускается в виде таблеток (№ 10 и 42), покрытых пленочной оболочкой, содержащих 556 мг валацикловира гидрохлорида, что эквивалентно 500 мг валацикловира.

Беспорно, снижение себестоимости терапии повышает ее доступность для пациента, а следовательно, и приверженность лечению. Фармакоэкономический анализ стоимости оригинального валацикловира и его дженериков демонстрирует, что препарат Валцикон занимает лидирующую позицию (рис. 2).

Один день длительной супрессивной терапии препаратом Валцикон стоит 56 руб., что значительно ниже стоимости одного дня лечения и оригинальным валацикловиром, и другими его дженериками. К сожалению, в реальной клинической практике врачи в острый период заболевания часто вместо противогерпетических препаратов (ациклических нуклеозидов) назначают иммуномодуляторы в качестве монотерапии. «Иммуностропные препараты, действительно, способствуют ускорению клинического выздоровления, преодолению резистентности, предотвращению рецидивов. В то же время у них нет точечного воздействия на выбранное звено иммунной системы, поэтому при длительном и бессистемном приеме происходит истощение иммунного ответа. Кроме того, их прямое противовирусное действие не доказано. Поэтому назначать иммуномодуляторы в монотерапии при обострении герпесвирусной инфекции не рекомендуется», – подчеркнул профессор А.Е. Шульженко в заключение.

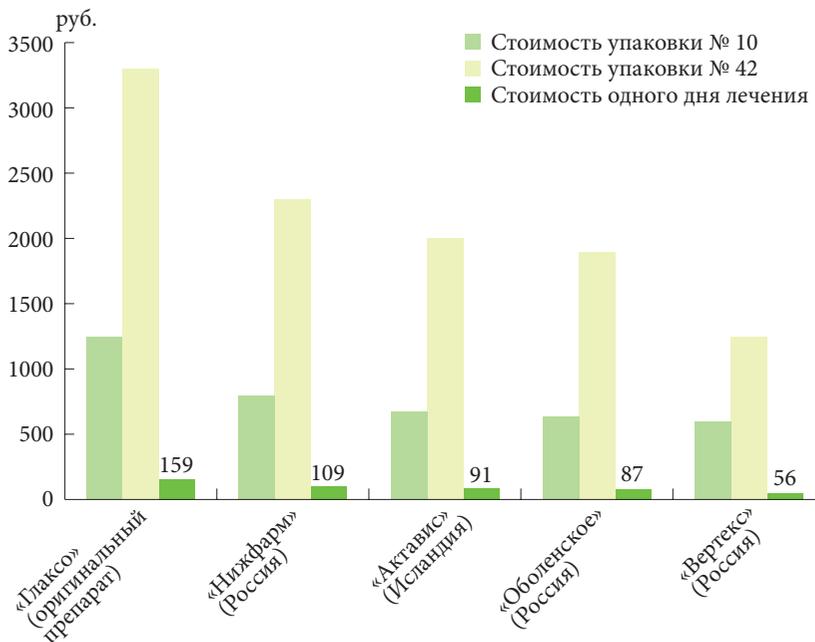


Рис. 2. Фармакоэкономический анализ стоимости лечения валацикловиром

дерматовенерология



Профессор
О.Б. Немчанинова

Как отметила заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Ольга Борисовна НЕМЧАНИНОВА, по данным глобального клинико-эпидемиологического исследования международного герпетического форума, в большинстве индустриальных стран около 80% населения инфицируется вирусом простого герпеса (ВПГ) к 40 годам. Сложности терапии простого герпеса обусловлены формированием резистентности к базовым препаратам, иммуносупрессивным эффектом противовирусных препаратов при длительном применении, угнетением иммунитета в период репликации вируса и идентичными механизмами действия используемых противогерпетических средств. Все это диктует необходимость применения комплексной терапии. Основные механизмы развития резистентности к ацикловиру связаны с появлением мутантных штаммов ВПГ. Причины этого кроются, во-первых, в отсутствии индукции вирусом специфической тимидинкиназы, во-вторых, в том, что тимидинкиназа продуцируется, однако она генетически

Комбинированная терапия герпесвирусной инфекции: обоснование и тактика

изменена и не может осуществлять фосфорилирование ацикловира, в-третьих, в том, что мутации происходят в гене ДНК-полимеразы, в результате чего снижается чувствительность к тормозящему действию ацикловира трифосфата.

Согласно данным литературы, у пациентов, страдающих простым герпесом, наряду с системным иммунодефицитом наблюдается снижение местной резистентности кожи и слизистых, приводящее к незавершенному фагоцитозу вирусов и уменьшению продукции интерферона альфа, который наиболее активно участвует в цитолизе инфекционного агента и играет важную роль в борьбе с ВПГ. При этом выраженность нарушений местного иммунитета находится в прямой корреляции с системным иммунодефицитом. Установлено также, что в период ремиссии в местах типичной локализации простого герпеса присутствует возбудитель в виде провируса. По мнению докладчика, эти факты дают основание включать местные противовирусные средства в терапию рецидивов простого герпеса.

Местные противовирусные препараты могут применяться как отдельно, так и в комплексе с системными противовирусными препаратами. В виде монотерапии их лучше использовать на пике обострения, в первые три дня после начала рецидива, когда уже наблюдаются клинические проявления простого герпеса. В остальных ситуациях показана комбинированная терапия, которая у подавляющего большинства пациентов дает более высокие клинические результаты и позволяет полностью купиро-

вать симптомы в продромальный период или на стадии эритемы². Местные противовирусные препараты необходимы:

- для нивелирования цитопатического действия и подавления репродукции ВПГ в очаге поражения;
- как дополнение к системной терапии в продромальный период и на пике обострения;
- для модуляции локального иммунитета.

Новое средство в терапии герпеса – противовирусный препарат прямого действия Девирс. Это единственный на сегодняшний день препарат рибавирина в форме крема для лечения герпетической инфекции, зарегистрированный в России.

Рибавирин считается сильным противовирусным препаратом, активным в отношении ДНК-вирусов (герпесвирусы, аденовирусы, вирусы оспы) и РНК-вирусов (грипп А и В, парамиксовирусы, реовирусы и др.). Девирс (рибавирин) наносится на пораженные участки кожи и слизистой (за исключением области глаз) пять раз в сутки – до полного исчезновения симптомов.

Девирс оказывает тройное действие на ВПГ³:

- индуцирует переход иммунного ответа в Т-хелперы типа 1, запускает цитотоксическую реакцию, не подавляя при этом общие показатели иммунной системы;
- ингибирует инозин-монофосфат-дегидрогеназу, нарушая тем самым синтез ДНК-вируса. При этом резистентность не формируется;
- вызывает прямые мутации в геноме вируса за счет продукции дефектной вирусной ДНК. При этом не подавляется синтез ДНК человека.

² Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес: дерматологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2002.

³ Исаков В.А., Архитова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. СПб.: СпецЛит, 2013.



Сателлитный симпозиум компании «Вертекс»

Показаниями к применению Девирса служат инфекции кожи и слизистых оболочек, вызванные ВПГ типов 1 и 2, различной локализации, опоясывающий герпес (в составе комплексной терапии). Противопоказаниями – повышенная чувствительность к рибавирину или другим компонентам препарата, беременность и период лактации, детский и юношеский возраст (до 18 лет).

Клиническая эффективность местной терапии герпетической инфекции препаратами рибавирин подтверждена рядом международных исследований⁴. Девирс уменьшает клинические проявления вируса в очаге поражения, ускоряет эпителизацию и сокращает длительность выделения вируса из очага поражения. Девирс способен селективно ингибировать синтез вирусного генома, не подавляя синтез ДНК в нормально функционирующей клетке.

Преимуществами комплексной терапии «Валцикон + Девирс» считаются синергетический эффект в отношении ВПГ, преодоление возможной резистентности к традиционной противовирусной терапии, быстрое купирование процесса и сокращение сроков лечения.

При первичном эпизоде простого герпеса Валцикон применяется в дозе 500 мг два раза в сутки в течение 5–10 дней. Системная терапия может быть дополнена нанесением крема Девирс на пораженные участки кожи пять раз в сутки – до полного исчезновения симптомов.

Тактика ведения пациентов с рецидивом простого герпеса в продромальный период или на начальных этапах проявления заболевания предусматривает назначение комбинированной терапии по схеме: Валцикон в дозе 500 мг два раза в сутки в течение пяти дней в сочетании с кремом

Девирс на пораженные участки кожи пять раз в сутки (до полного исчезновения симптомов). Если герпетические высыпания существуют более двух дней, достаточно местной терапии.

При длительной супрессивной терапии простого герпеса Валцикон применяется в дозе 500 мг один раз в сутки в течение 4–12 месяцев, в случае рецидива к терапии следует добавить крем Девирс. Его наносят пять раз в сутки.

В случае опоясывающего лишая рекомендуется противовирусная терапия Валциконом в дозе 1000 мг три раза в сутки в течение семи дней. Можно применять комбинацию «Валцикон + Девирс». В отсутствие эффекта в указанные сроки противовирусную терапию следует продолжать до исчезновения кожных высыпаний.

В заключение профессор О.Б. Немчинова сформулировала следующие выводы:

- крем Девирс (рибавирин) обладает высоким терапевтическим потенциалом по сравнению с другими местными противовирусными препаратами;
- механизм противовирусного действия рибавирин принципиально отличается от такового у препаратов ацикловиринового ряда, что обуславливает синергизм противовирусного эффекта при их совместном применении;
- крем Девирс может назначаться в продромальный период в сочетании с системным противовирусным препаратом Валцикон, а со второго-третьего дня обострения – в виде монотерапии;
- комбинированная противовирусная терапия позволяет добиться более высоких результатов и купировать клинические симптомы в продромальный период или на стадии эритемы у большинства пациентов.

Заключение

Современные подходы к лечению небактериальных инфекций диктуют потребность в новых лекарственных средствах, отвечающих оптимальному соотношению «эффективность/безопасность/доступная стоимость». Подобную возможность врачам и пациентам предоставляет компания «Вертекс», выпускающая линейку новых препаратов для лечения грибковых поражений ногтей и герпесвирусных инфекций. Приведенные докладчиками данные исследований и примеры из собственной клинической практики продемонстрировали, что рациональное применение в практической дерматологии препарата Итразол для лечения ОМ у коморбидных больных способствует полному

клиническому выздоровлению. Назначение препарата Валцикон и крема Девирс (рибавирин) как в монотерапии, так и в составе комбинированной терапии позволяет достоверно значимо снизить частоту обострений герпеса, уменьшить среднюю продолжительность рецидива и ускорить заживление герпетических высыпаний, преодолеть возможную резистентность к традиционной противовирусной терапии и сократить сроки лечения. Разнообразие форм выпуска, удобство применения, эффективность и безопасность, а также доступная стоимость линейки препаратов для лечения грибковых поражений и герпесвирусных инфекций позволяют повысить приверженность пациентов лечению. ●

⁴ Marchezi M. Ribavirina per uso esterno (7,5% crema) per terapia dei pazienti con herpes genitale: attivita e nonpericolosita // It. Riv. Derm. 1999. Vol. 3. P. 18–22.



МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ

16–17 ноября 2015 года

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ» В ПЕДИАТРИИ Специализированная помощь в работе врача-педиатра

Организаторы:

- Правительство г. Москвы
- Департамент здравоохранения г. Москвы
- ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

В рамках съезда пройдет представление педиатрических лечебно-профилактических учреждений:

- детских больниц (стационары)
- детских поликлиник
- диспансеров
- детских отделений родильных домов
- детских санаториев

Основные темы научной программы:

Модернизация здравоохранения 2011–2014 гг. – достижения и перспективы. Новые возможности специализированной медицинской помощи детям и подросткам Москвы

Персонализированная помощь детям с хроническими, орфанными и другими редкими заболеваниями:

- Ревматологические заболевания
- Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей
- Метаболические заболевания у детей
- Орфанные и другие редкие заболевания в педиатрии
- Задержка физического развития у детей
- Заболевания легких у детей и подростков
- Клиническое значение пропедевтических основ детской кардиологии в работе педиатра
- Медико-социальная экспертиза при хронических заболеваниях у детей
- Трудный диагноз в педиатрии
- Перинатальная специализированная помощь
- Репродуктивное здоровье детей и подростков
- Патология желудочно-кишечного тракта у детей
- Паллиативная медицинская помощь детям и подросткам

Подробности на сайте: www.pediatr-mos.ru

Технический организатор

Организационно-технические вопросы,
участие в выставочной экспозиции
ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
Телефон/факс: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70
Электронная почта: mail@interforum.pro

Научный комитет

По вопросам участия в научной программе
Петряйкина Елена Ефимовна
Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9
Административный корпус, кабинет 3
Телефон: +7-903-170-23-69
Электронная почта: lepet_morozko@mail.ru



SAM
SYMPOSIUM

Ассамблея
XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ
СИМПОЗИУМ
ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЕ

SAM
EXPO

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ВЫСТАВКА

www.sam-expo.ru
www.cosmopress.ru

20-22 ЯНВАРЯ 2016 ГОДА • МОСКВА, ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ НА КРАСНОЙ ПРЕСНЕ

В ПРОГРАММЕ:

**КООРДИНАТОР НАУЧНОЙ
ПРОГРАММЫ -**
Ирина Жукова,
к.м.н., главный редактор
журнала «Эстетическая
медицина»



**КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
И ANTI-AGE МЕДИЦИНЕ**

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС
ПО ТЕМАТИЧЕСКОМУ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ**



**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА,
МАСТЕР-КЛАССЫ,
САТЕЛЛИТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

**СИМПОЗИУМ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЕ**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ
«ИСКУССТВО ПЛАСТИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ»**



Профессиональный форум «Искусство пластической хирургии» проводится совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы (главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Москвы по пластической хирургии Мантурова Н.Е., доктор медицинских наук).

**АССАМБЛЕЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ
И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ
КЛИНИК И ЦЕНТРОВ КРАСОТЫ
BEAUTY TOP MEETING**



ПРОДАЖА БИЛЕТОВ:

Ольга Емельяненко
emel@cosmopress.ru
+7 (495) 228-70-71/72/73/74

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ:

8-800-200-8500

УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКЕ:

Юлия Венедиктова
sam-expo@cosmopress.ru
www.cosmopress.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ



Эстетическая
Медицина

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
СПОНСОР



МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ПАРТНЕР

Premierpharm

ЗОЛОТОЙ
СПОНСОР

PHITOGEN

СЕРЕБРЯНЫЙ
СПОНСОР



СПОНСОР



ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ

cosmopress.ru

ОБЛИК
esthetic guide

ИнфоПластика

space health.ru

ЗДОРОВЬЕ

КОСМЕТИКА
& МЕДИЦИНА

КУРОРТНЫЕ
вместа

Inep.ru

cabines

Эстетическая
Медицина

ESTET
косметика

Ki
косметика

КРАСИВЫЙ
бизнес

МЕДИЦИНА

SAM
SYMPOSIUM

ГЕРПФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + ацикловир + лидокаин

МАЗЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ИНТЕРФЕРОН
АЦИКЛОВИР



**ДВОЙНОЙ
УДАР
ПО ГЕРПЕСУ!**

- Лечение первичных и рецидивирующих герпетических поражений кожи и слизистых оболочек
- Лечение генитального герпеса
- Лечение опоясывающего герпеса
- Содержит лидокаин для снижения болевых ощущений



Рег. уд. №РФ001334401

реклама



Отпуск без рецепта
Информация для специалистов

Инструкция по применению препарата Герпферон™ утверждена Минздравсоцразвития РФ (Р N003324/01-020512)
Перед применением ознакомьтесь, пожалуйста, с текстом инструкции по медицинскому применению.

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firmm.ru

