

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

9
2015

*дерматовенерология
и дерматокосметология №1*

Лекции для врачей

Роль миноксидила
в терапии нерубцовых алопеций

Медицинский форум

Анализ европейских и американских
рекомендаций по лечению атопического
дерматита

Возможности применения топических
ингибиторов кальциневрина
в дерматологии

3-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И АНТИВОЗРАСТНОЙ МЕДИЦИНЕ

ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА 2015

18–19 СЕНТЯБРЯ 2015
ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ
ТОРГОВЛИ
МОСКВА, РОССИЯ

СОВМЕСТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- 6-й Международный симпозиум по пластической хирургии
- 8-й Всемирный конгресс превентивной и регенеративной медицины Pyramed

Эстетическая дерматология, Пластическая хирургия,
Регенеративная медицина, Профилактическая
и антивозрастная медицина

www.amwc-russia.ru
www.euromedicom.com

Эффективная
фармакотерапия. 9/2015.
Дерматовенерология
и дерматокосметология. № 1

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

член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. А.В. КАРАУЛОВ

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

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. ГАДЖИГОРОЕВА, М.А. ГОМБЕРГ,

В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,

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. СЕНИЧКИН

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. ЛУКЬЯНЕНКО

Подписка и распространение

Т. КУДРЕШОВА (t.kudreshova@medforum-agency.ru)

Отпечатано в типографии

ООО «Финтрекс»

Тираж 15 000 экз.

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» 70271

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

Лекции для врачей

В.Р. ХАЙРУТДИНОВ, О.В. АНТОНОВА, Н.Е. ШЕСТОПАЛОВ,
И.Э. БЕЛОУСОВА, А.В. СТАЦЕНКО

Современные подходы к терапии алопеций

4

К.С. ПЕТРОВА, М.С. КОЛБИНА

Комплексный уход за кожей с помощью средств лечебной косметики
у больных акне

10

Медицинский форум

Атопический дерматит: новое в европейских
и американских рекомендациях

16

Актуальные вопросы дерматологии и венерологии

24

Effective Pharmacotherapy. 2015.
Issue 9. Dermatovenereology
and Dermatocosmetology.
Issue 1

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.

A.V. KARAULOV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.E. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

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 Lectures

- V.R. KHAYRUTDINOV, O.V. ANTONOVA, N.Ye. SHESTOPALOV,
I.E. BELOUSOVA, A.V. STATSENKO
Modern Approaches to Treatment of Alopecia 4
- K.S. PETROVA, M.S. KOLBINA
A Complex Care after Skin by Using Curative Cosmetics
in Patients with Acne 10

Medical Forum

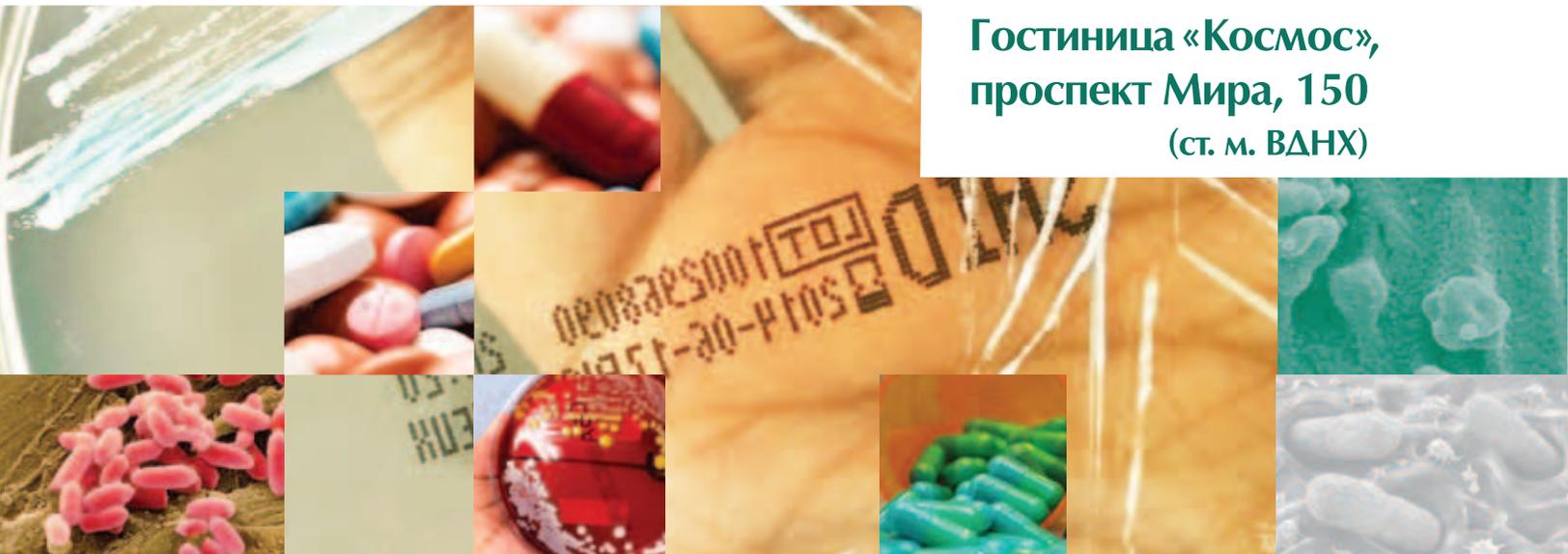
- Atopic Dermatitis: News in European and US Recommendations 16
- Topical Issues of Dermatology and Venereology 24

XVII



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МАКМАХ ПО АНТИМИКРОБНОЙ | 20 • 22 мая | 2015 • Москва | ТЕРАПИИ

Гостиница «Космос»,
проспект Мира, 150
(ст. м. ВДНХ)



ОРГАНИЗАТОРЫ

Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии
и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)

Европейское общество по клинической микробиологии
и инфекционным болезням (ESCMID)

Международный союз за разумное применение антибиотиков (APUA)
НИИ антимикробной химиотерапии

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

СЕКРЕТАРИАТ

214019, Россия, г. Смоленск, а/я 5
Тел.: (4812) 45 06 02, 45 06 03
Факс: (4812) 45 06 12 (доб. 123)

Эл. почта: conference@antibiotic.ru
www.antibiotic.ru/conference



Современные подходы к терапии алопеций

В.Р. Хайрутдинов, О.В. Антонова, Н.Е. Шестопалов, И.Э. Белоусова,
А.В. Стаценко

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

В статье представлены фазы жизненного цикла волосяного фолликула, классификация рубцовых и нерубцовых алопеций и современные методы их лечения. Обобщены данные рандомизированных контролируемых исследований о терапевтической эффективности системных и топических препаратов. Подробно рассмотрены свойства препарата миноксидила и его место в терапии нерубцовых алопеций.

Ключевые слова: волосяной фолликул, алопеция, диагностический алгоритм, эффективность системных и топических препаратов, ALERANA

Алопеция (др.-гр. αλωπεκία, лат. alopecia – облысение, плешивость) – патологическое очаговое или диффузное выпадение волос, приводящее к поредению или полному их исчезновению в определенных областях головы или туловища. Волосы покрывают почти все тело человека, исключая веки, ладони, подошвы, губы, соски и гениталии. Они играют важную роль в проявлении половых различий, выполняют эстетическую, косметическую и рецепторную (тактильный, чихательный и мигательный рефлексы) функции, защищают кожу головы от ультрафиолетового излучения, высоких и низких температур, являются источником стволовых клеток для регенерации эпидермиса.

Общее количество волос на голове составляет около 100 тыс. У блондинов наблюдается максимальная

плотность волос, однако светлые волосы тонкие, их диаметр всего 0,05 мм, у шатенов – 0,06–0,08 мм, у рыжих – почти 0,1 мм. Скорость роста волос – 0,3–0,5 мм в сутки. Средняя плотность волос теменной области – 250–350/см², затылочной и височной – 150–250/см². В норме в сутки выпадает и обновляется 50–150 волос.

В жизненном цикле волоса различают несколько фаз:

- ✓ анаген – период роста волоса, который длится от двух до восьми лет, характеризуется высокой митотической активностью клеток дермального сосочка;
- ✓ катаген – переходный период продолжительностью две-три недели, клетки фолликула перестают делиться, начинается атрофия волосяного сосочка;
- ✓ телоген – старый волос выпадает в течение одного-двух месяцев, наступает период покоя –

три-четыре месяца, после чего волосяной фолликул (ВФ) вновь переходит в фазу анагена.

У здоровых женщин 90% волос (у мужчин 85%) находятся в фазе анагена, 1–2% – катагена и около 8–10% (у мужчин 13–15%) – телогена.

В последние годы стали выделять такие фазы, как экзоген (телоптоз) – часть фазы телогена, которая длится несколько дней, в это время происходит непосредственное выпадение старого волосяного стержня; кеноген – период физиологического/патологического отдыха ВФ продолжительностью до девяти – двенадцати месяцев (наблюдается в препубертатном периоде и у больных андрогенетической алопецией).

Продолжительность каждой фазы жизненного цикла ВФ и их смена контролируются экспрессией генов в стволовых клетках, обусловлены микроокружением клеток и влиянием на них системных факторов (вегетативной нервной системы, глюкокортикостероидов (ГКС) и др.). Выявлены различные агонисты и антагонисты пролиферации клеток ВФ, экспрессия которых меняется в разные фазы цикла [1–3].

Различают рубцовые и нерубцовые алопеции. В первом случае в процессе выпадения волос формируется рубец или рубцовая атрофия, во втором – руб-

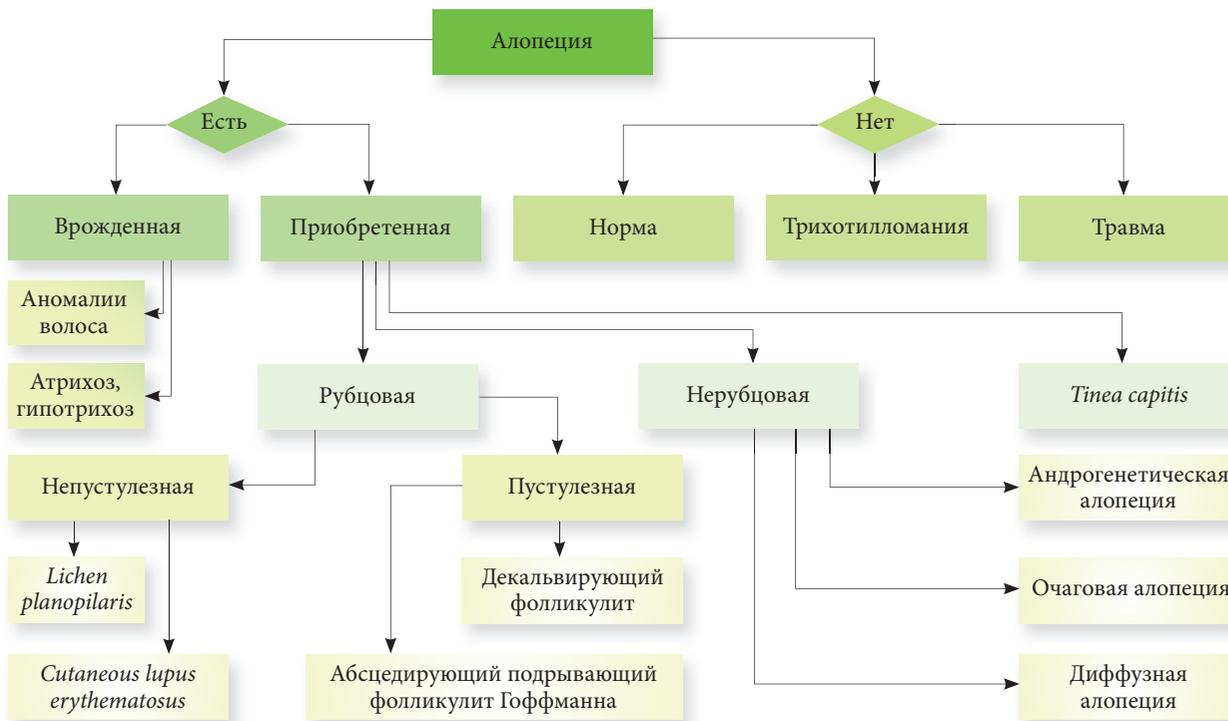


Рис. 1. Диагностический алгоритм при алопеции

цовые изменения отсутствуют. В практике можно использовать диагностический алгоритм, представленный на рис. 1.

Рубцовые алопеции

Наиболее часто стойкая утрата волос с образованием рубца или рубцовой атрофии обусловлена такими дерматозами, как дискоидная красная волчанка, *Lichen planopilaris* (фолликулярный вариант красного плоского лишая), абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна.

Дискоидная красная волчанка – хроническое диффузное заболевание соединительной ткани аутоиммунного генеза (рис. 2). Диагностические критерии дискоидной красной волчанки:

- наличие триады: эритема, гиперкератоз, атрофия. Часто в области поражения отмечаются телеангиэктазии, гипер- и гипопигментные пятна;
- зона алопеции формируется в центре высыпаний;
- в очагах алопеции присутствуют участки кожи с сохранившимися волосами;

- часто встречается поражение кожи в области лица и ушных раковин;
- патоморфологические изменения: гиперкератоз, атрофия эпидермиса, вакуольная дистрофия базальных кератиноцитов, утолщение базальной мембраны, коллоидные тельца, перифолликулярные и периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты.

В терапии дискоидной красной волчанки применяют [4, 5]:

- ✓ гидроксихлорохин – не более 6–6,5 мг/кг/сут;
- ✓ хлорохин – 3,5–4,0 мг/кг/сут;
- ✓ квинакрин – 100 мг/сут в течение трех – шести месяцев.

Терапевтическая эффективность составляет 70–80%, ответ на лечение наблюдается через шесть – восемь недель, при неэффективности производят смену препарата. Важно отметить, что эффективность гидроксихлорохина у курящих в 2–2,5 раза ниже, чем у некурящих.

Для наружной терапии используют топические ГКС сильной потенции – один-два раза в сутки, курс – четыре – шесть месяцев.

Обязательно применение фотопротекторов (SPF (sun protection factor – солнцезащитный фактор) > 50).

К дополнительным лекарственным средствам относятся:

- ✓ топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус) – применяются два раза в сутки в течение трех – шести месяцев;
- ✓ крем 0,5% R-сальбутамола – два раза в сутки в течение трех – шести месяцев;
- ✓ системные ретиноиды (ацитретин) – 0,2–1,0 мг/кг/сут в течение четырех – шести месяцев;
- ✓ дапсон – 50–150 мг/сут в течение трех-четырех месяцев.

Lichen planopilaris – синдром Грахама – Литгла – Пикарди – Лассюэра – редкая клиническая форма красного плоского лишая (рис. 3). Диагностические критерии *Lichen planopilaris*:

- зона алопеции формируется по периферии высыпаний;
- наблюдается перифолликулярная эритема и шелушение;
- очаги множественные, встречаются участки, лишенные ВФ;

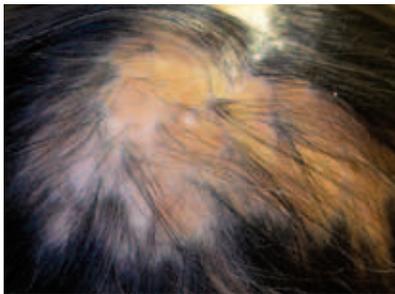


Рис. 2. Дисконидная красная волчанка

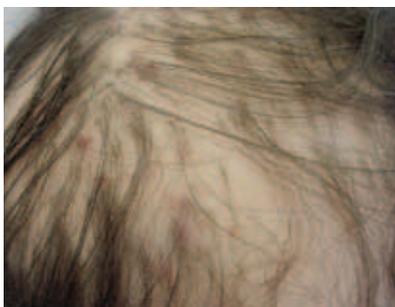


Рис. 3. Lichen planopilaris



Рис. 4. Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна



Рис. 5. Гнездная алопеция

- в очагах алопеции имеются пучки волос (по четыре – шесть) из одного устья;
- часто отмечается дистрофия волосяных стержней;
- могут встречаться типичные и фолликулярные папулы на коже туловища и конечностей;
- патоморфологические изменения: атрофия эпидермиса, расширение устьев ВФ, «роговые пробки», плотный диффузный лимфоцитарный инфильтрат, разрушающий базальный слой эпидермиса и ВФ.

Препаратами выбора для лечения патологии являются производные 4-аминохинолина (хлорохин, гидроксихлорохин) в комбинации с топическими ГКС очень сильной потенции (режим применения – два раза в сутки в течение одного месяца, один раз в сутки в течение месяца, один раз в два дня в течение четырех месяцев) [6]. Возможны внутривенные микроинъекции ГКС.

При торпидном течении заболевания применяют лекарственные препараты второй линии [6]:

- ✓ циклоsporин – 1,0–5,0 мг/кг/сут;
- ✓ системные ГКС – 0,5–1 мг/кг/сут;
- ✓ доксициклин – 100 мг/сут;
- ✓ дапсон – 50–150 мг/сут;
- ✓ системные ретиноиды (ациетртин) – 0,5–0,7 мг/кг/сут.

Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна в настоящее время считаются разновидностью инверсных акне (рис. 4). Заболевание характеризуется появлением на коже волосистой части головы глубоких воспалительных узлов, сообщающихся между собой фистулоподобными ходами, с последующим образованием грубых рубцов [7]. В терапии данного дерматоза эффективна комбинация антибиотиков (доксициклин в дозе 100–200 мг/сут или клиндамицин в дозе 1200 мг/сут в течение шести – восьми месяцев) и системных ретиноидов (изотретиноин в дозе 0,5–1,0 мг/кг/сут в течение шести – восьми месяцев).

Нерубцовые алопеции

На долю нерубцовых алопеций приходится до 95% всех заболе-

ваний волос. Данная группа представлена гнездной, диффузной и андрогенетической алопецией.

Гнездная алопеция – иммуноопосредованное воспалительное заболевание, приводящее к выпадению волос в результате повреждения клеток ВФ. Различают очаговую, многоочаговую, субтотальную, тотальную и универсальную формы заболевания (рис. 5). Две последние характеризуются высокой рефрактерностью к проводимой терапии. Выделяют следующие прогностические факторы неблагоприятного течения заболевания:

- выпадение волос за пределами волосистой части головы, офиаз;
- длительность заболевания более одного года;
- отягощенный семейный анамнез;
- наличие атопии (атопический дерматит, бронхиальная астма, поллиноз);
- сопутствующие аутоиммунные заболевания (аутоиммунный тиреозит наблюдается у 20% пациентов);
- дистрофические изменения ногтевых пластин.

Высокий уровень спонтанных ремиссий гнездовой алопеции затрудняет объективную оценку эффективности лечения.

Для лечения применяют [8, 9]:

1) ГКС:

- ✓ топические (сильной и очень сильной потенции) – возможно использование окклюзии, длительность применения от четырех недель до шести месяцев; терапевтическая эффективность составляет 30–89%;
- ✓ интрадермальные микроинъекции – неэффективны при быстрой прогрессии и значительном поражении, возможно развитие атрофии кожи;
- ✓ системные – в дозе 30–40 мг/сут или 200 мг/нед, эффективность при распространенных формах – 60%, при офиазе, тотальной/универсальной алопеции – 10%;

2) контактную иммунотерапию (DNCB, SADBE, DPSP) – эффективность составляет 30–60%;

3) ПУВА-терапию (воздействие псо-



раленов в комбинации с длинноволновым ультрафиолетовым излучением А) – эффективность около 60%, однако наблюдаются частые рецидивы;

4) топический миноксидил – эффективность до 60%, малоэффективен при тотальной/универсальной алопеции;

5) топический дитранол – эффективен у 18% пациентов;

6) сульфасалазин – эффективен в 50% случаев, однако часты рецидивы;

7) метотрексат – в дозе 15–25 мг/нед плюс преднизолон в дозе 10–15 мг/сут – у 64% пациентов отмечается полное восстановление волос при тотальной/универсальной алопеции, частые рецидивы при отмене;

8) изопринозин – в дозе 50 мг/кг/сут в течение 12 недель, эффективность 28–50%;

9) монохромный эксимерный лазер 308 нм, УФБ 311 нм.

Диффузная алопеция (рис. 6) характеризуется распространенным по всей голове выпадением волос, связанным с воздействием как эндогенных факторов (беременность и роды; тяжелые инфекционные заболевания; лихорадочное состояние; стресс, переутомление, депрессия; злокачественные новообразования; анемия; эндокринопатии (часто заболевания щитовидной железы)), так и экзогенных (оперативное вмешательство; дефицит белка, витаминов, микро- и макроэлементов; некоторые лекарственные препараты (химиотерапия, ретиноиды, тербинафин, пероральные контрацептивы и др.); радиоактивное излучение, интоксикации).

Лечение направлено на устранение причин, вызвавших алопецию. Системная терапия заболевания включает:

- ✓ общеукрепляющие препараты (витамины, макро- и микроэлементы);
- ✓ сосудистые средства;
- ✓ адаптогены;
- ✓ седативные препараты;
- ✓ антидепрессанты.

Для местного лечения используют топический миноксидил, топические пептиды меди (трикомин, фоллиген), физиотерапевтические

методы (низкоинтенсивное лазерное излучение – НИЛИ).

Андрогенетическая алопеция – диффузное поредение волос под воздействием андрогенов у генетически предрасположенных пациентов (рис. 7). Это наиболее распространенный тип алопеции. Механизм развития заболевания обусловлен образованием в коже дигидротестостерона, который стимулирует выпадение андрогензависимых волос в лобно-теменных областях и рост андрогеннезависимых волос. Для андрогенетической алопеции характерно изменение соотношения волос в фазах анагена и телогена <4,6 : 1 (норма – 9 : 1) и появление большого количества миниатюризированных волос.

Для лечения применяют [10]:

- 1) топический миноксидил;
- 2) антиандрогены (только у женщин):
 - ✓ спиронолактон (системный и топический);
 - ✓ ципротерона ацетат;
 - ✓ флутамид;
- 3) ингибиторы 5-альфа-редуктазы (только у мужчин): финастерид, дутастерид (системные и топические);
- 4) топические эстрогены и простагландины;
- 5) трансплантацию волос;
- 6) физиотерапию (НИЛИ).

Высокая распространенность андрогенетической алопеции стала причиной поиска эффективных и безопасных методов терапии. Применение системных препаратов, несмотря на определенную терапевтическую эффективность, ограничено в связи с многочисленными

серьезными побочными эффектами. Так, использование ингибиторов 5-альфа-редуктазы часто сопровождается снижением либидо, развитием эректильной дисфункции и тяжелой депрессии. Применение антиандрогенов приводит к нарушению менструального цикла, гинекомастии и развитию других негативных эффектов: гипотензии, гиперкалиемии, учащенному мочеиспусканию, сухости кожи [11–13]. На сегодняшний день одним из наиболее востребованных наружных средств для лечения различных видов алопеций является препарат ALERANA®, действующее вещество – миноксидил. Препарат (2 и 5%-ный раствор миноксидила) выпускается в форме спрея со специальными насадками. Миноксидил имеет доказанный терапевтический эффект – применение 5%-ного миноксидила (1,0 мл два раза в сутки) увеличивает количество волос на 17–23% через шесть – девять месяцев лечения [13].

Топический миноксидил оказывает различные терапевтические эффекты при алопеции, влияя на многие звенья патогенеза. ALERANA® (миноксидил) относится к группе активаторов калиевых каналов. На сегодняшний день только активаторы калиевых каналов способны стимулировать рост новых волос.

ALERANA® (миноксидил) воздействует непосредственно на ВФ:

- улучшает питание волоса благодаря сосудорасширяющему эффекту;
- нейтрализует влияние дигидро-



Рис. 6. Диффузная алопеция



Рис. 7. Андрогенетическая алопеция



тестостерона;

- влияет на смену фаз жизненного цикла волоса (большинство фолликулов переходят из фазы телогена в фазу анагена).

Миноксидил эффективен при лечении алопеций любого типа волос, особенно у пациентов с недавно начавшимся облысением (менее 10 лет), при небольших участках поражения, когда сохранены пушковые волосы. 5%-ный раствор миноксидила стимулирует рост волос сильнее, чем 2%-ный, о чем свидетельствовало увеличение роста пушковых волос.

Препарат практически не ока-

зывает системного воздействия. При наружном применении миноксидил плохо всасывается через неповрежденную кожу: в среднем 1,5% (0,3–4,5%) вещества поступает в системный кровоток.

ALERANA® (миноксидил) стимулирует переход ВФ в стадию анагена, увеличивает длительность фазы анагена, улучшает питание ВФ за счет усиления перифолликулярного кровообращения, ускоряет синтез белка в ВФ. Все это приводит к увеличению размеров фолликула, который начинает производить нормаль-

ный волос. Чтобы значительное число волос перешло в фазу анагена, требуется время. Именно поэтому эффект миноксидила заметен через четыре – шесть месяцев от начала терапии.

Необходимо отметить, что степень выраженности терапевтического эффекта у разных больных может варьироваться.

Спрей ALERANA® (миноксидил) является современным высокоэффективным и безопасным препаратом для лечения андрогенетической и диффузной алопеций. ●

Литература

1. Geyfman M., Gordon W., Paus R., Andersen B. Identification of telogen markers underscores that telogen is far from a quiescent hair cycle phase // *J. Invest. Dermatol.* 2012. Vol. 132. № 3. Pt. 1. P. 721–724.
2. Stenn K.S., Paus R. Controls of hair follicle cycling // *Physiol. Rev.* 2001. Vol. 81. № 1. P. 449–494.
3. Plikus M.V., Mayer J.A., de la Cruz D. et al. Cyclic dermal BMP signalling regulates stem cell activation during hair regeneration // *Nature.* 2008. Vol. 451. № 7176. P. 340–344.
4. Hügel R., Schwarz T., Gläser R. Resistance to hydroxychloroquine due to smoking in a patient with lupus erythematosus tumidus // *Br. J. Dermatol.* 2007. Vol. 157. № 5. P. 1081–1083.
5. Winkelmann R.R., Kim G.K., Del Rosso J.Q. Treatment of cutaneous lupus erythematosus: review and assessment of treatment benefits based on oxford centre for evidence-based medicine criteria // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2013. Vol. 6. № 1. P. 27–38.
6. Rácz E., Gho C., Moorman P.W. et al. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: a systematic review // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2013. Vol. 27. № 12. P. 1461–1470.
7. Михеев Г.Н., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Холодилова Н.А. Инверсные акне: современные представления о патогенезе, клинических проявлениях и терапии // *Пластическая хирургия и косметология.* 2010. № 3. С. 433–438.
8. Lee W.S., Lee H.J., Choi G.S. et al. Guidelines for management of androgenetic alopecia based on BASP classification – the Asian Consensus Committee guideline // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2013. Vol. 27. № 8. P. 1026–1034.
9. Messenger A.G., McKillop J., Farrant P. et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012 // *Br. J. Dermatol.* 2012. Vol. 166. № 5. P. 916–926.
10. Alkhalifah A. Alopecia areata update // *Dermatol. Clin.* 2013. Vol. 31. № 1. P. 93–108.
11. Vexiau P., Chaspoux C., Boudou P. et al. Effects of minoxidil 2% vs. cyproterone acetate treatment on female androgenetic alopecia: a controlled, 12-month randomized trial // *Br. J. Dermatol.* 2002. Vol. 146. № 6. P. 992–999.
12. Gupta A.K., Charrette A. The efficacy and safety of 5 α -reductase inhibitors in androgenetic alopecia: a network meta-analysis and benefit-risk assessment of finasteride and dutasteride // *J. Dermatolog. Treat.* 2014. Vol. 25. № 2. P. 156–161.
13. Levy L.L., Emer J.J. Female pattern alopecia: current perspectives // *Int. J. Womens Health.* 2013. Vol. 5. P. 541–556.

Modern Approaches to Treatment of Alopecia

V.R. Khayrutdinov, O.V. Antonova, N.Ye. Shestopalov, I.E. Belousova, A.V. Statcenko

S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg

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

The data regarding a life cycle of hair follicle, classification of scarring and nonscarring alopecia as well as modern therapeutic methods are presented. The data obtained during randomized controlled studies assessing therapeutic efficacy of systemic and topical drugs are summarized. Properties of minoxidil and its place in therapy of nonscarring alopecia are discussed in detail.

Key words: hair follicle, alopecia, diagnostic algorithm, efficacy of systemic and topical drugs, ALERANA

ALERANA®

ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

СПРЕИ

для НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 2% и 5% (миноксидил)

- Восстанавливают нормальное развитие волосяных фолликулов
- Останавливают интенсивное выпадение волос
- Стимулируют рост новых волос



2% раствор
миноксидила

5% раствор
миноксидила

Продаются в аптеках

ПРОИЗВЕДЕНО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИЕЙ «ВЕРТЕКС»

WWW.ALERANA.RU



¹ Нижегородская
государственная
медицинская
академия

² Городская
поликлиника № 46
г. Москвы

Комплексный уход за кожей с помощью средств лечебной косметики у больных акне

К.С. Петрова¹, М.С. Колбина²

Адрес для переписки: Мария Сергеевна Колбина, kolbinamary@mail.ru

В статье рассматриваются вопросы комплексной терапии акне: применения средств лечебной косметики как в составе лечебных программ, так и отдельно для ежедневного ухода и профилактики обострений. Обсуждается влияние разных компонентов косметических средств на состояние кожи.

Ключевые слова: акне, косметика, ретиноиды, Джойскин

Несмотря на значительные успехи в терапии акне, совершенствование лечения и дальнейшее изучение причин развития заболевания остаются весьма актуальными задачами, что связано со значительной распространенностью акне среди подростков и лиц молодого возраста – 65–85% случаев [1, 2].

В последнее десятилетие дерматологи отмечают увеличение числа обращающихся с данной проблемой [3, 4]. Косметические дефекты, психовегетативные

нарушения, хронический стресс значительно снижают качество жизни пациентов. При выраженной социальной дезадаптации, даже при легких формах заболевания, уже в начале лечения необходимо отдавать предпочтение комплексному подходу к терапии акне, предполагающему использование средств лечебной косметики. Последние повышают эффективность лечения и приверженность пациентов терапии [5–7].

Комплексная терапия больных должна быть направлена на

основные звенья патогенеза акне и способствовать нормализации салоотделения, уменьшению фолликулярного гиперкератоза и купированию воспалительной реакции [8]. Лечение проводится с учетом клинической картины и тяжести кожного процесса. Следует отметить, что местные лекарственные средства применяются для лечения акне любой степени тяжести, системные – показаны при тяжелых и среднетяжелых формах заболевания, в особенности сопровождающихся образованием рубцов, и пациентам с выраженными психосоматическими расстройствами [9].

Для лечения акне широко используют такие группы препаратов, как местные и системные ретиноиды, бензоилпероксид, азелаиновая кислота, наружные и системные антибиотики [10]. Комбинированные препараты, влияющие как минимум на два звена патогенеза, значительно



повышают эффективность терапии [11].

Наиболее широко для лечения акне применяют топические ретиноиды (адапален, изотретиноин, третиноин), которые обладают себостатическим и противовоспалительным свойствами [12, 13]. Выраженная комедонолитическая активность и антикомедогенный эффект обусловлены их способностью регулировать процессы кератинизации и десквамации эпителия, воздействуя на фолликулярный гиперкератоз. Однако в результате применения топических ретиноидов происходит истончение рогового слоя эпидермиса и качественное изменение состава высокоспециализированных липидов в нем, а также повышается его проницаемость. В течение первых двух недель использования топических ретиноидов у пациентов часто развиваются видимые признаки дерматита (эритема, шелушение), так называемый ретиноидный дерматит [14].

Е.М. Jackson и соавт., проведя четырехэтапное исследование, отметили, что использование средств для ежедневного ухода, как очищающих, так и увлажняющих, ускоряет процесс исчезновения высыпаний и повышает эффективность применяемой схемы лечения

Для профилактики нарушения проницаемости эпидермального барьера Е.А. Tanghetti предложил одновременно с ретиноидами применять увлажняющий крем. При этом сохранялась эффективность терапии и повышалась ее переносимость [15]. S.R. Feldman и соавт. также продемонстрировали, что применение увлажняющих кремов, часто по инициативе самих пациентов, позволяет снизить побочные действия и нивелировать симптомы, связанные с применением ретиноидов [16]. В исследовании по использованию крема с тре-

тиноином 0,025%-ным у женщин с симптомами фотостарения в возрасте от 35 до 55 лет (n = 50) было показано, что применение увлажняющего крема за две недели до и во время лечения препаратом предотвращает трансэпидермальную потерю жидкости [17].

L. Swinyer и соавт. доказали, что сухость кожи на фоне лечения является фактором, способствующим обострению акне. Таким образом, была подчеркнута необходимость увлажнения кожи при проведении терапии [18]. С. Lynde показал, что увлажнение оказывает опосредованное противовоспалительное действие. Автор сделал вывод, что оно является важным фактором комплексной терапии акне [19]. Е.М. Jackson и соавт., проведя четырехэтапное исследование, отметили, что использование средств для ежедневного ухода, как очищающих, так и увлажняющих, ускоряет процесс исчезновения высыпаний и повышает эффективность применяемой схемы лечения [20].

Многочисленные исследования, проведенные в последнее десятилетие, показали, что специализированные средства для ухода за кожей оказывают прямое патогенетическое воздействие: себорегулирующее, кератолитическое, антисептическое и противовоспалительное [8]. Они также необходимы для профилактики и купирования побочных эффектов, связанных с использованием базовых препаратов у больных акне [21, 22].

Сегодня уход за любым типом кожи должен включать бережное очищение, тонизацию, увлаж-

нение и питание. Для этого используют средства ежедневных косметических программ и специальные средства для интенсивного ухода.

Преимущества очищающего средства, содержащего эмомент, над обычным мылом и средством, содержащим бензоилпероксид, в отношении уменьшения количества воспалительных и невоспалительных элементов при акне показал Е.М. Jackson [20]. Имеет значение и кислотность моющего средства. Доказано, что кислый или нейтральный pH ассоциирован с меньшим раздражающим действием [23].

Вопрос целесообразности увлажнения при акне обсуждается как среди пациентов, так и среди врачей из-за риска дополнительного ожиривающего эффекта. Именно поэтому текстура средств лечебной дерматологической косметики должна быть легкой, а основа не должна содержать комедогенные субстанции [24].

Таким образом, комплексный уход за кожей при акне должен быть направлен на себорегулирование и увлажнение кожи, а не на активную «делипидизацию». Это достигается использованием мягких неионных детергентов, отказом от спиртов и других потенциально раздражающих субстанций, а также включением в состав увлажняющих и смягчающих компонентов: натрия гиалуроната, масла виноградных косточек, аллантаина и др. [21, 25].

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы за последние годы свидетельствует об особом внимании к одному из важных факторов развития акне – микроорганизмам (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*), которые находятся в сальных железах и на поверхности кожи. Микробная флора оказывает повреждающее действие на ткани посредством бактериальных липаз, протеаз, гиалуронидазы, определяет локальную гранулоцитарную реакцию в очаге воспа-



Продукты Джойскин предназначены как для лечебного ухода за жирной и комбинированной кожей, так и для восстановления нормальной физиологии кожи при длительной терапии топическими и системными ретиноидами и другими препаратами

ления, а также вызывает активацию иммунных механизмов *in situ* с увеличением активированных CD3+CD4+-лимфоцитов, формированием периваскулярных и перифолликулярных инфильтратов, индуцированием синтеза провоспалительных цитокинов (интерлейкинов 1, 2, 8 и фактора некроза опухоли альфа) [26].

Именно поэтому сегодня в терапии акне активно используются топические препараты антимикробного, противовоспалительного действия и средства лечебной косметики с антисептическими, противовоспалительными, успокаивающими, заживляющими компонентами: маслом чайного дерева, экстрактом алоэ и др. [27–29].

В настоящее время в распоряжении дерматовенерологов и косметологов имеется широкий спектр средств для ухода за кожей пациентов с акне из группы лечебной аптечной косметики. Недавно на фармацевтическом рынке появилась новая дерматологическая линия таких средств – Джойскин. Продукты Джойскин предназна-

чены как для лечебного ухода за жирной и комбинированной кожей, так и для восстановления нормальной физиологии кожи при длительной терапии топическими и системными ретиноидами и другими препаратами. Это полноценная система ухода, созданная ведущими дерматологами на основе натуральных растительных компонентов, основными действующими компонентами которой являются масло чайного дерева, оказывающее противовоспалительное действие; усиленный комплекс альфа-гидроксикислот в сочетании с бета-гидроксикислотой, оказывающий интенсивное, контролируемое по времени кератолитическое действие; аллантаин, обладающий выраженным себоредуцирующим действием; масло виноградных косточек, которое увлажняет, питает и успокаивает кожу. Компоненты линии подобраны оптимально и дополняют друг друга. Они обеспечивают бережный уход, способствуют глубокому увлажнению и регрессу островоспалительных элементов акне, препятствуют образованию новых элементов, развитию гиперкератинизации и нормализуют процесс выделения кожного сала.

В линию Джойскин входят:

- очищающий гель для лица и очищающий тоник;
- матирующая эмульсия, интенсивный увлажняющий крем и ночной крем (для ухода в течение дня);
- скраб «Анти акне» (для интенсивного ухода);
- точечный гель для проблемной кожи (SOS-средство).

Средства линии Джойскин про-

шли клинические испытания, подтвердившие их высокую эффективность и хорошую переносимость. Данные средства могут быть рекомендованы людям разных возрастных групп для ухода за кожей, склонной к акне, либо в составе комплексной терапии при проведении лечебных и косметических программ [30].

На основании изложенного можно сделать следующие выводы.

1. Для пациентов с различными формами акне очень важна комплексная терапия с включением средств лечебной дерматологической косметики для повышения эффективности лечения и приверженности к нему.

2. В связи с тем что на практике выявляется крайне низкий уровень информированности населения о правилах и средствах ежедневного ухода за проблемной кожей, которыми располагает аптечная сеть, необходимо уделять внимание этим вопросам во время приема пациентов и контролировать регулярность процедур ухода в домашних условиях. Необходимо подчеркнуть, что адекватный лечебный уход на ранних этапах заболевания имеет определяющее значение и может способствовать нормализации процессов салоотделения и регрессу единичных элементов акне [31–33].

3. Косметические средства Джойскин могут быть рекомендованы для комплексного ухода за кожей у пациентов с акне как в составе лечебных программ, так и для ежедневного ухода и профилактики обострений. ●

Литература

1. Ghodsi S.Z., Orawa H., Zouboulis C.C. Prevalence, severity, and severity risk factors of acne in high school pupils: a community-based study // J. Invest. Dermatol. 2009. Vol. 129. № 9. P. 2136–2141.
2. Гладько В.В., Масюкова С.А., Санакоева Э.Г., Трушкин А.И. Новые возможности в лечении акне // Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 5. С. 50–56.
3. Del Rosso J.Q. A 6% benzoyl peroxide foaming cloth cleanser used in the treatment of acne vulgaris: aesthetic characteristics, patient preference considerations, and impact on compliance with treatment // J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2009. Vol. 2. № 7. P. 26–29.
4. Dréno B., Layton A., Zouboulis C.C. Adult female acne: a new paradigm // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2013. Vol. 27. № 9. P. 1063–1070.
5. Кунгузов Н.В., Зильберберг Н.В., Толстая А.И., Кохан М.М. Патогенетическая и клиническая основа результатив-

joyskin

бережный уход
за жирной
и проблемной кожей

Для тех, кто хочет сиять,
а не блестеть



ТОЛЬКО
В АПТЕКАХ

РЕКЛАМА

Очищающий гель для лица 200 мл;
Очищающий тоник 200 мл;
Интенсивный увлажняющий крем 75 мл;
Скраб «Анти акне» 50 мл;

Матирующая эмульсия 75 мл;
Ночной крем 75 мл;
Точечный гель для проблемной
кожи 15 мл

 **акрихин**
Люди заботятся о Людах

ОАО «АКРИХИН», 142 450, Московская область,
Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29,
телефон/факс (495) 702-95-03



- ности комбинированной терапии больных акне и пост-акне // Лечащий врач. 2013. № 10. С. 9–13.
6. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Комбинированная терапия акне у женщин: поиск оптимальных решений // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 2. С. 90–95.
 7. Юцковская Я.А., Таран М.Г., Дворянинова И.Е. Принципы наружного лечения акне в сочетании с аппаратными методами воздействия // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2012. № 3. С. 20–23.
 8. Руководство по дерматокосметологии / под ред. Е.Р. Аравийской, Е.В. Соколовского. СПб.: Фолиант, 2008.
 9. Niemeier V., Kupfer J., Gieler U. Acne vulgaris – psychosomatic aspects // J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2006. Vol. 4. № 12. P. 1027–1036.
 10. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне. Российское общество дерматовенерологов, 2013.
 11. Пашиных А.Г. Фармакотерапия акне // Лечащий врач. 2006. № 9. С. 18–20.
 12. Cunliffe W., Caputo R., Dreno B. et al. Clinical efficacy and safety comparison of adapalene gel and tretinoin gel in the treatment of acne vulgaris: Europe and U.S. multicenter trials // J. Am. Acad. Dermatol. 1997. Vol. 36. № 6. Pt. 2. P. S126–134.
 13. Бутарева М.М., Знаменская Л.Ф., Капушева И.А. и др. Принципы комбинированной терапии акне // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 6. С. 13–17.
 14. Hui A., Shalita A. Topical retinoids // Acne Vulgaris / eds. A.R. Shalita, J.Q. Del Rosso, G.F. Webster. London: Informa Healthcare, 2011.
 15. Tanghetti E.A. Cleanser and moisturizer use with tazarotene 0.1% cream for acne vulgaris. Poster presented at Fall Clinical Dermatology. Las Vegas, Nevada, 2010.
 16. Feldman S.R., Chen D.M. How patients experience and manage dryness and irritation from acne treatment // J. Drugs. Dermatol. 2011. Vol. 10. № 6. P. 605–608.
 17. Draelos Z.D., Ertel K.D., Berge C.E. Facilitating facial retinization through barrier improvement // Cutis. 2006. Vol. 78. № 4. P. 275–281.
 18. Swinyer L.J., Swinyer T.A., Britt M.R. Topical agents alone in acne. A blind assessment study // JAMA. 1980. Vol. 243. № 16. P. 1640–1643.
 19. Lynde C. Moisturizers for the treatment of inflammatory skin conditions // J. Drugs. Dermatol. 2008. Vol. 7. № 11. P. 1038–1043.
 20. Jackson E.M. The effects of cleansing in an acne treatment regiment // Cosmet. Dermatol. 2000. Vol. 12. Suppl. P. 9.
 21. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Эффективность средств ухода за кожей у больных акне // Вестник дерматологии и венерологии. 2013. № 2. С. 67–71.
 22. Draelos Z.D. Sensitive skin: perceptions, evaluation, and treatment // Am. J. Contact Dermat. 1997. Vol. 8. № 2. P. 67–78.
 23. Baran R., Maibach H.I. Textbook of cosmetic Dermatology. Martin Dunitz Ltd, 1998.
 24. Goodman G. Cleansing and moisturizing in acne patients // Am. J. Clin. Dermatol. 2009. Vol. 10. Suppl. 1. P. 1–6.
 25. Baumann L., Saghari S., Weisberg E. Cosmetic Dermatology. Principles and practice. 2nd ed. McGrawHill Companies, Inc., 2009.
 26. Graham G.M., Farrar M.D., Cruse-Sawyer J.E. et al. Proinflammatory cytokine production by human keratinocytes stimulated with Propionibacterium acnes and P. acnes GroEL // Br. J. Dermatol. 2004. Vol. 150. № 3. P. 421–428.
 27. Del Rosso J.Q. Topical antibiotics // Acne Vulgaris / eds. A.R. Shalita, J.Q. Del Rosso, G.F. Webster. London: Informa Healthcare, 2011.
 28. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематизации и современные ориентиры в выборе терапии // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. № 4. С. 8–13.
 29. Сергеева И.Г., Крилицына Ю.М. Акне: патогенез и современные методы лечения // Лечащий врач. 2005. № 6. С. 15–18.
 30. Вроньский А.А. Отчет по испытаниям средств Joyskin (Джойскин). DIAGNOSTIC-TEST. 2013.
 31. Халдин А.А., Мареева Е.Б., Скворцова А.И. Патогенетические подходы к терапии вульгарных угрей // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. № 3. С. 34–37.
 32. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга, 2005.
 33. Аравийская Е.Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности // Лечащий врач. 2003. № 4. С. 4–6.

A Complex Care after Skin by Using Curative Cosmetics in Patients with Acne

K.S. Petrova¹, M.S. Kolbina²

¹ Nizhny Novgorod State Medical Academy

² Moscow City Polyclinic № 46

Contact person: Mariya Sergeyevna Kolbina, kolbinamary@mail.ru

Issues of a complex therapy of acne are discussed such as administration of remedies of curative cosmetics both in therapeutic programs and standalone protocols, for everyday care and prevention of exacerbations. An influence of separate ingredients contained in cosmetic formulations on condition of the skin are discussed.

Key words: acne, cosmetics, retinoids, Joyskin

Календарный план мероприятий
непрерывного повышения квалификации медицинских работников
на апрель – май 2015 г.



9 апреля

XVIII Научно-практическая конференция
«Коморбидность в неврологии. Эпилепсия. Проблемы боли»

Организаторы:

Российское научное медицинское общество терапевтов
Всероссийское общество неврологов

Место проведения: здание правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36



15 апреля

VI Научно-практическая конференция
«Сахарный диабет 2 типа, осложнения и сопутствующие заболевания»

Организаторы:

Российское научное медицинское общество терапевтов
Медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Место проведения: здание правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36



23 апреля

XVI Научно-практическая конференция
«Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»

Организаторы:

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
Российское научное медицинское общество терапевтов
Российская медицинская академия последипломного образования

Место проведения: Центральный дом ученых РАН, Москва, ул. Пречистенка, д. 16



22 мая

Эксклюзивное образование: амбулаторный прием. Сессия № 6
«Старость не защищает от любви, но любовь защищает от старости»

Организаторы:

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Дирекция по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ
Российское научное медицинское общество терапевтов
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

Место проведения: здание правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36

МЕДЗНАНИЯ⁺
www.medq.ru

+7(495) 614-40-61
+7 (495) 614-43-63
info@medq.ru
www.medQ.ru



Атопический дерматит: новое в европейских и американских рекомендациях

В современной дерматологии проблема атопического дерматита приобретает все большую актуальность. Это обусловлено существенным ростом заболеваемости во всем мире, хроническим тяжелым течением и недостаточной эффективностью способов терапии. Именно поэтому в рамках VIII Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (30 октября 2014 г.) ведущие российские дерматологи рассмотрели патогенетические особенности атопического дерматита, обсудили последние зарубежные рекомендации по его лечению, а также обменялись опытом ведения таких больных.

Заведующий кафедрой дерматовенерологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета (ПСПбГМУ) им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор, вице-президент Санкт-Петербургского общества дерматовенерологов им. В.М. Тарновского, член правления Российского общества дерматовенерологов Евгений Владиславович СОКОЛОВСКИЙ, открывая дискуссию, отметил, что ведение пациентов с атопическим дерматитом (АтД) – непростая задача для врачей-дерматологов. Данное заболевание значительно снижает качество жизни больных, уровень их социальной активности, влияет на все сферы жизнедеятельности.

Международные рекомендации по лечению АтД периодически обновляются и переиздаются. В 2014 г. Американская академия дерматологии (American Academy of Dermatology – AAD) опубликовала новые рекомендации по ведению пациентов с АтД. В них АтД рассматривается как мультифакториальное хроническое воспалительное кожное заболевание, которое сопровождается зудом, наиболее часто встречается у детей, хотя иногда поражает и взрослых. Заболевание имеет рецидивирующее течение и нередко ассоциировано с повышением

сывороточного уровня иммуноглобулина Е (IgE). Профессор Е.В. Соколовский попросил коллег высказать свое мнение по поводу данного определения.

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), главный дерматовенеролог Министерства обороны Российской Федерации, вице-президент Всероссийского общества дерматовенерологов и косметологов Алексей Викторович САМЦОВ обратил внимание аудитории на то, что в настоящее время АтД действительно считается мультифакториальным заболеванием, в основе которого лежит генетическая предрасположенность, а также многочисленные внешние факторы. Однако АтД не просто сопровождается зудом, именно зуд является главным и первичным признаком этого заболевания. Кроме того, в определении, предложенном в американских рекомендациях, АтД и атопическая экзема являются синонимами.

В свою очередь д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, руководитель цикла «Терапевтическая косметология», член международ-

ного консенсуса по лечению акне, член Европейской ассоциации врачей-дерматовенерологов, член правления Санкт-Петербургского общества дерматовенерологов им. В.М. Тарновского и Санкт-Петербургского общества врачей-косметологов Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ отметила, что определение АтД, принятое российскими специалистами, отличается от американского еще и тем, что в нем отсутствует упоминание об IgE-опосредованной чувствительности, поскольку в дебюте заболевания в раннем детском возрасте у пациентов может не наблюдаться повышение уровня IgE.

В продолжение темы Е.В. Соколовский подчеркнул, что развитие АтД происходит волнообразно. Согласно эпидемиологическим данным, типичный возраст манифестации заболевания – три – шесть месяцев, у 60% оно развивается до года, а у 90% – до пяти лет. Чаще всего АтД спонтанно разрешается к взрослому возрасту, однако в 10–30% случаев этого не происходит. Реже манифестация заболевания происходит во взрослом возрасте.

Клинические проявления АтД различаются в зависимости от возраста пациента и длительности заболевания. Патогномичным признаком для всех стадий является зуд.



Сателлитный симпозиум компании «Валеант»



Профессор Е.В. Соколовский



Профессор Е.А. Аравийская



Профессор А.В. Самцов

А.В. Самцов рассказал о диагностическом алгоритме, предложенном в рекомендациях ААД. Основным преимуществом данного алгоритма является то, что АтД диагностируется прежде всего клинически. В ряде случаев с целью дифференциальной диагностики проводят дополнительные исследования, например биопсию. Они имеют практический смысл, когда говорят о возможности перехода у взрослых пациентов АтД в лимфому. Однако, по мнению ученых, изучающих лимфомы, такая трансформация исключается.

Следующий важный момент – признание того, что специфические биомаркеры, которые могут быть использованы для диагностики или определения степени тяжести АтД, отсутствуют. Американские специалисты также не рекомендуют для оценки степени тяжести АтД в клинической практике проводить мониторинг уровня IgE.

Далее А.В. Самцов перечислил диагностические признаки АтД, отраженные в американских рекомендациях. Диагностические признаки подразделяют на важнейшие, важные и ассоциируемые. Важнейшие признаки должны присутствовать обязательно. К ним относятся зуд, экзематозное воспаление (острое, подострое, хроническое), типичная морфоло-

гия и возрастной эволюционизм. Это типичные клинические проявления, которые эволюционируют с возрастом. Например, у детей это поражение кожи лица, шеи и разгибательных поверхностей, у взрослых – текущее или ранее имеющееся поражение сгибательных поверхностей.

Важные признаки наблюдаются в большинстве случаев и помогают поставить диагноз. Так, манифестация в раннем возрасте – очень важный по многим показателям признак, однако в большинстве классификаций он не занимает столь высоких позиций, как предыдущие. К важным признакам относят также наличие атопии в клиническом или семейном анамнезе, IgE-опосредованную гиперчувствительность и ксероз (сухость кожи).

Ассоциируемые признаки представляют собой клинические проявления АтД, которые помогают заподозрить заболевание, но недостаточно специфические для постановки диагноза. Например, атипичные сосудистые реакции (бледность лица, белый дермографизм), фолликулярный кератоз, усиление кожного рисунка ладоней, ихтиоз, изменения со стороны глаз, периорбитальной области, другие очаговые изменения (в том числе периоральный, периаурикулярный дерматит), лихенификация, пруриго.

Е.А. Аравийская отметила, что дифференциальную диагностику АтД следует разделять по возрастному признаку. При этом в любом возрасте не следует исключать возможность заражения чесоткой. Сочетание АтД и чесотки считается сложным клиническим случаем: терапия должна основываться не только на клинических данных, но и на результатах анализов по выявлению возбудителя заболевания. В случае дифференцировки АтД с лимфомой, которая проявляется в старшей возрастной группе, необходимо помнить, что при лимфоме поражаются подмышечные и паховые области (при АтД указанные области, как правило, не вовлекаются в воспалительный процесс), присутствуют характерные пятна, бляшки, опухоли.

В рекомендациях ААД рассматривается необходимость дифференциальной диагностики себорейного дерматита и АтД у детей с некоторым акцентом на себорейную локализацию.

Необходимы ли для диагностики АтД результаты анализа IgE? «При постановке диагноза основываться на показателях уровня IgE не имеет смысла, поскольку повышение показателей общего или иммуноспецифического IgE у части пациентов с АтД (20%) вообще не происходит», – заметил Е.В. Соколовский.

дерматовенерология



Полученные на сегодняшний день данные о нарушении эпидермального барьера и чрескожной сенсibilизации позволяют предположить, что увеличение уровня IgE является вторичным признаком. Так, повышение уровня аллерген-специфического IgE отмечается у 55% населения США и может быть вызвано рядом патологий (прежде всего паразитарной инвазией, а также некоторыми онкологическими и аутоиммунными заболеваниями).

Далее Е.А. Аравийская коснулась методов оценки тяжести течения АтД и его исходов. В последнее время специалисты говорят об отсутствии необходимости использования в клинической практике существующих шкал для оценки тяжести течения заболевания (SCORAD, EASI и др.), оценки качества жизни, потому что они разрабатывались исключительно с исследовательской целью (предназначались для применения в клинических, эпидемиологических, фармакоэкономических исследованиях). Более эффективный метод оценки степени тяжести АтД в клинической практике, по мнению выступающей, является тщательный осмотр и опрос пациента (характер зуда, сна, влияние заболевания на качество повседневной жизни и социальной активности).

«К сожалению, для практического здравоохранения пока еще не создана удобная и легко применимая система оценки тяжести течения АтД. Это задача на ближайшие годы», – добавил Е.В. Соколовский.

Е.А. Аравийская продолжила обсуждение рекомендаций, остановившись на необходимости оценки ассоциированных с АтД заболеваний и состояний. «Клиницисты должны быть осведомлены о состояниях, ассоциированных с АтД, и уметь их диагностировать и оценивать. К таким заболеваниям и состояниям относятся ринит, астма, пищевая аллергия, нарушение сна, депрес-

сия и другие нейropsychиатрические нарушения», – подчеркнула выступающая.

В рассматриваемых рекомендациях четко обозначен атопический марш: заболевание начинается с поражения кожи, затем эстафета передается бронхолегочной системе, далее следует ринит. Очень часто ринит предшествует бронхиальной астме, поэтому при обследовании пациентов эти вопросы нужно обязательно уточнять.

«В нашей стране К.Н. Монаховым написана блестящая докторская диссертация, в которой показано, что многие атопики уже изначально имеют гиперреактивность бронхов, то есть определенную готовность к осуществлению атопического марша», – отметила профессор Е.А. Аравийская.

Е.В. Соколовский подтвердил, что гиперреактивность бронхов может проявиться в любой период жизни пациента при неблагоприятной клинической симптоматике.

Именно поэтому интегрированный мультидисциплинарный подход имеет важное значение для пациентов с АтД.

В продолжение темы Е.А. Аравийская назвала доказанные факторы риска развития АтД: наличие атопии в семейном анамнезе и мутация с потерей функции гена филагрина.

К недоказанным факторам риска развития АтД относят способы родоразрешения (естественные роды или кесарево сечение), вскармливания (грудное или искусственное), ранний прием антибиотиков, курение, в том числе пассивное, жизнь в мегаполисе, наличие аллергенов клещей домашней пыли, домашних животных и др.

Далее участники симпозиума обсудили нефармакологические методы лечения АтД. «В рекомендациях ААД отмечено, что важной составляющей терапии данного заболевания является уход

за кожей – использование увлажняющих средств (эмоленгов). Поскольку у больных АтД имеется дефект гена филагрина, и значит, нарушены барьерные функции кожи, увлажнение уменьшает тяжесть течения заболевания и снижает потребность в медикаментозной терапии», – прокомментировала Е.А. Аравийская. Данным пациентам также показан прием ванн (как элемент терапии и профилактики), однако на сегодняшний день не существует стандартизированных рекомендаций по их частоте и длительности. Американские коллеги с целью улучшения гидратации кожи советуют наносить эмоленты сразу после водных процедур – это помогает восстановить ее функции.

Показано также использование в умеренных количествах мягких очищающих средств, имеющих нейтральный или кислый уровень рН и не содержащих отдушек. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением АтД можно назначать влажные обертывания с топическими глюкокортикостероидами (ГКС) или без таковых, чтобы уменьшить тяжесть течения заболевания и потерю влаги во время обострений.

В рекомендациях Национальной ассоциации экземы представлен алгоритм ухода за кожей при АтД. Так, увлажняющее средство надо наносить сразу после мытья очень бережно, не втирая, один-два раза в день в зависимости от ощущений, остроты и выраженности воспалительного процесса. Специалисты предлагают применять правило трех минут: эмомент наносится на всю поверхность кожи в течение трех минут.

Е.В. Соколовский отметил, что, обсуждая проблему терапии АтД, необходимо вспомнить о топических ГКС. Уже 60 лет они остаются золотым стандартом наружной терапии. Это эффективные препараты первой линии при лечении пациентов со среднетяжелым или тяжелым АтД. Назначая



Сателлитный симпозиум компании «Валеант»

топические ГКС, надо учитывать возраст пациента, локализацию воспаления, степень сухости кожи и др. Это позволит предотвратить побочные эффекты стероидотерапии.

Чаще всего рекомендуется наносить стероиды два раза в день, в некоторых случаях – один. В последние годы все больше говорят о так называемой поддерживающей (проактивной) терапии ГКС.

А.В. Самцов напомнил аудитории, что на сегодняшний день существует две классификации ГКС – европейская и американская.

Европейская классификация более удобна для практики, потому что в ней ГКС подразделены только на четыре класса:

- класс I (слабые);
- класс II (умеренные);
- класс III (сильные);
- класс IV (очень сильные).

К препаратам последнего класса относят клобетазола пропионат (Дермовейт, Кловейт, Пауэркорт и др.).

Американская классификация ГКС имеет более сложную структуру:

- класс I (сверхсильные);
- класс II (сильные);
- класс III (сильные);
- класс IV (умеренные);
- класс V (умеренные);
- класс VI (слабые);
- класс VII (очень слабые).

Данная классификация относит клобетазола пропионат и бетаметазона дипропионат к одному классу – сверхсильным топическим стероидам. Преимуществом классификации является разделение препаратов по активности, обусловленной формой, в которой они выпускаются (например, мометазона фураат в виде крема относится к умеренным препаратам, а в виде мази – к сильным препаратам). Это позволяет более вариативно подходить к терапии различных дерматозов (в зависимости от степени выраженности воспалительной реакции).

Профессор А.В. Самцов отметил,

что результаты сравнительных исследований не позволяют говорить о превосходстве в эффективности того или иного ГКС в рамках одного класса активности. Именно поэтому при выборе топического ГКС в пределах одного класса следует руководствоваться иными критериями, например стоимостью препарата. Согласно американским рекомендациям существует два альтернативных подхода к применению топических ГКС. Первый предполагает начинать лечение сверхсильными препаратами, а затем для достижения эффекта переходить на менее активные (схема «степ-даун»). Второй заключается в использовании топических ГКС наименьшей силы – такой, при которой наблюдается ответ на лечение.

А.В. Самцов подчеркнул, что сегодня среди многочисленных топических ГКС можно выделить два наиболее актуальных – Кловейт (клобетазола пропионат) и Латикорт (гидрокортизона 17-бутират).

Участники дискуссии продемонстрировали классическую схему «степ-даун» с использованием этих двух препаратов. Сначала в течение трех – семи дней (до двух недель) на пораженные участки кожи наносится очень сильный ГКС Кловейт, потом – менее активный препарат, в данном случае Латикорт.

«Не стоит бояться слов „сильный стероид“ или „ультрапатентный стероид“. Задача терапии – как можно быстрее прекратить страдания пациента, снизить остроту воспалительной реакции. Для этого нужен исключительно сильный препарат», – заметил Е.В. Соколовский

К вышесказанному профессор А.В. Самцов добавил, что совокупная активность клобетазола пропионата в 600 раз выше, чем у гидрокортизона.

Препарат Кловейт (клобетазола пропионат 0,5 мг) (компания «Валеант», Канада) выпускается

в форме мази и крема, что позволяет подобрать наиболее подходящий вариант в зависимости от характера воспалительной реакции.

Показаниями к применению Кловейта являются псориаз, АД, устойчивые экземы, красный плоский лишай, дискоидная красная волчанка и другие стероидчувствительные дерматозы.

Результаты сравнительных клинических исследований продемонстрировали эффективность препарата Кловейт для лечения многих видов кожных дерматозов, которые сопровождаются интенсивным зудом и не отвечают на терапию менее активными ГКС.

Так, исследования по оценке клинической эффективности клобетазола пропионата в форме 0,05%-ной мази (Кловейт) и 0,01%-ной мази бетаметазона валерата у больных псориазом показали, что короткий курс (семь дней) применения Кловейта способствовал стабилизации процесса в более ранние сроки. Для получения аналогичных результатов группе, получавшей бетаметазона валерат, потребовался 12-дневный курс.

В ходе российского исследования эффективности препарата Кловейт проводили ультрасонографическую оценку толщины и эхоплотности дермы у пациентов. Результаты работы продемонстрировали высокую эффективность Кловейта в лечении псориаза, доказали его противовоспалительный эффект. При этом признаки атрофии кожи зафиксированы не были.

Таким образом, применение клобетазола оправданно при заболеваниях, которые предполагают назначение сверхсильных топических стероидов.

Когда речь идет о применении сверхсильных стероидов, на первое место выходит вопрос о безопасности препарата. В 2014 г. был сделан систематический обзор, показавший, что наиболее часто при применении топических ГКС развиваются признаки физиологи-

дерматовенерология



ческой адреносупрессии, которые могут наблюдаться уже на первой-второй неделе лечения.

Однако у одних пациентов уровень кортизола в крови спонтанно возвращался к норме, несмотря на продолжение терапии, у других нормализация лабораторных показателей происходила после завершения курса лечения. В клинической практике никаких признаков адреносупрессии не наблюдалось.

Е.В. Соколовский подтвердил, что физиологическая адреносупрессия не проявляется клинически. В течение месяца можно применять даже самый сильный ГКС. Однако, если эффект от терапии получен за неделю, нет необходимости продолжать использовать сверхсильные препараты.

А.В. Самцов отметил, что лечение клобетазола пропионатом безопасно при правильном его применении. А именно: коротким курсом для купирования обострений тяжело протекающих воспалительных дерматозов. Оптимальный курс – до двух недель, в редких случаях – до четырех. Препарат нельзя назначать детям, а также беременным и кормящим грудью. Максимальная доза для взрослых – 50 г в неделю, то есть два тюбика.

«При необходимости продолжительного лечения должны быть иные схемы назначения, которые позволят снизить стероидную нагрузку. Это может быть последовательное комбинирование стероидного и нестероидного препаратов», – добавил профессор Е.В. Соколовский.

Следующее средство, которое используют в комбинации со сверхсильным ГКС, – препарат умеренной активности Латикорт (гидрокортизона 17-бутират).

Его молекула получена путем эстерификации молекулы гидрокортизона остатком масляной кислоты в положении С17. Активность препарата примерно в 100 раз выше, чем у гидрокортизона, при этом профиль без-

опасности сопоставим с таковым природного гидрокортизона. Препарат выпускается в трех формах: мазь, крем и раствор. На сегодняшний день Латикорт – единственный негалогенизированный топический ГКС, который выпускается в форме раствора. Он разрешен для применения у детей с шести месяцев. Его также можно использовать при ведении пациентов с локализацией воспалительного процесса в чувствительных зонах: на лице, в крупных и мелких складках, области гениталий. Таким образом, применение препарата Латикорт наиболее оправданно при длительной терапии топическими ГКС, при лечении проблемных (чувствительных) участков кожи и детей раннего возраста.

Е.В. Соколовский подчеркнул, что эффективность и безопасность Латикорта при лечении дерматозов подтверждены большим количеством клинических исследований.

Так, при использовании гидрокортизона бутирата на большой площади тела (25–80%) у детей 5–12 лет в максимальной дозе три раза в день в течение месяца отмечено отсутствие нежелательных явлений, как клинических, так и лабораторных.

В другом исследовании у пациентов с АД оценивали эффективность терапии Латикортом в течение шести месяцев. Только у 2% больных зафиксированы нежелательные реакции (простой герпес, отеки, контактный дерматит), однако они могли быть не связаны с применением препарата.

В ходе сравнительного исследования гидрокортизона 17-бутирата с другими стероидами отмечен его высокий терапевтический индекс. Латикорт оказывал противовоспалительное, противоаллергическое, противозудное, антиэкссудативное действие, уменьшал проницаемость капилляров.

«Латикорт можно считать эффективным препаратом для применения в клинической практике

дерматолога, поскольку обладает не только эффективностью, сравнимой с эффективностью сильных топических ГКС, но и высоким профилем безопасности, – отметил Е.В. Соколовский. – Так, эффективность гидрокортизона 17-бутирата при лечении АД у детей оказалась сопоставимой с таковой метилпреднизолона ацепоната. Ремиссия и длительное улучшение достигнуты более чем у 90% детей, лечившихся гидрокортизоном бутиратом, и у 89% детей, применявших метилпреднизолона ацепонат».

Сравнительные клинические исследования показали, что клиническая эффективность гидрокортизона 17-бутирата не уступает эффективности таких препаратов, как флутиказона пропионат, бетаметазона валерат, бетаметазона дипропионат и такролимус. А при применении препарата Латикорт два раза в день в течение четырех недель частота побочных эффектов не отличается от таковой для плацебо.

Рекомендованный режим использования Латикорта – один – три раза в день в течение одной – четырех недель. Суммарная курсовая доза препарата составляет 30–60 г в неделю (две – четыре тубы).

Гибкий режим дозирования позволяет использовать Латикорт с разной частотой, что дает возможность регулировать силу противовоспалительного воздействия в зависимости от клинической картины. Такой режим дозирования способствует профилактике синдрома отмены топических ГКС, позволяет избежать перехода на более слабые ГКС. Снижение частоты нанесения препарата продлевает терапевтический эффект и уменьшает затраты на лечение.

А.В. Самцов рассказал о схемах лечения АД тяжелого течения с выраженным воспалением. Таким пациентам терапия назначается по схеме «степ-даун»: короткий курс (в течение несколь-

NE QUID NIMIS

НИЧЕГО СВЕРХ МЕРЫ

ЛАТИКОРТ®

Когда нужен особенно бережный подход

ЕДИНСТВЕННЫЙ
гидрокортизонированный
глюкокортикоидный стероид
В ФОРМЕ РАСТВОРА



Рег. уд. П №01000000000000000000



Рег. уд. П №01000000000000000000

- При локализации¹ дерматоза на лице
- Для детей от 6 месяцев²
- Отпускается без рецепта

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Латикорт
2. С осторожностью под контролем врача
3. По данным ГРЛС от 01.08.2014
LAT-0708-RU-305

 VALEANT

реклама

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



ких дней) клобетазола пропионата, что вызывает выраженный регресс воспалительных симптомов, затем переход на гидрокортизона бутират с последующим уменьшением дозы препарата.

Далее профессор А.В. Самцов рассмотрел такой важный вопрос терапии ГКС, как распространенность стероидофобии. Примерно 70–80% пациентов боятся побочных эффектов. Из-за необоснованного страха лечение начинается не вовремя, упускается оптимальный момент для купирования воспалительного процесса. Именно поэтому врачам необходимо предоставлять адекватную информацию о применении этих средств, обучать правильному их использованию.

Выступающий подчеркнул, что и в нашей стране назрела необходимость проведения обучения: слишком большой процент больных признается в несоблюдении рекомендованной схемы применения топических ГКС при АтД.

Е.А. Аравийская согласилась с ним: «Школы АтД нужны не только для того, чтобы научить ухаживать за кожей, но и для того, чтобы объяснить, как применять препараты и избежать развития побочных эффектов».

В продолжение обсуждения международных рекомендаций по лечению АтД профессор Е.А. Аравийская рассказала о топических ингибиторах кальциневрина. В рекомендациях ААД указано, что отдавать предпочтение топическим ингибиторам кальциневрина следует при резистентности АтД к ГКС-терапии, при поражениях, которые локализуются на чувствительных участках (веки, окологенитальные области), признаках атрофии кожи на фоне лечения топическими ГКС, необходимости дополнительной терапии.

При этом даже при сильном обострении АтД топические ГКС не следует наносить на лицо, их нужно заменять ингибиторами кальциневрина. Топические ГКС

и ингибиторы кальциневрина можно применять либо последовательно, либо параллельно. Так, четырехнедельная последовательная терапия бетаметазоном и ингибитором кальциневрина (такролимусом) привела к более выраженному регрессу симптомов, чем терапия бетаметазоном и увлажняющими средствами. А последовательное применение мази такролимуса и мази дексаметазона превосходило по эффективности применение мази такролимуса и плацебо.

При комбинированной терапии топическим ГКС и такролимусом эффективность лечения была выше, чем эффективность терапии каждым из этих средств в отдельности.

В рекомендациях ААД рассмотрены возможности применения наружных антигистаминных препаратов. Е.А. Аравийская рассказала, что после появления этих препаратов на фармацевтическом рынке у многих специалистов были надежды, что они в какой-то степени заменят ГКС. Однако контролируемых работ по использованию наружных антигистаминных препаратов практически нет. А проведенные исследования выявили серьезные побочные эффекты, такие как контактно-аллергический дерматит, фотоаллергические реакции. Поэтому в настоящее время эти препараты не рекомендованы для лечения АтД.

В американских рекомендациях представлены и другие средства для лечения АтД, например препараты дегтя. Недостаточность данных с позиции доказательной медицины не позволяет включить их в официальные рекомендации по лечению. Топические ингибиторы фосфодиэстеразы являются новым классом противовоспалительных средств, но они только проходят клинические испытания. Рекомендации ААД содержат показания к применению фототерапии при лечении АтД. Фототерапия относится ко второй

линии и назначается пациентам в случае неэффективности средств первой линии (эмоленты, топические ГКС и ингибиторы кальциневрина). У пациентов с хроническим течением заболевания фототерапию можно использовать в качестве поддерживающей. Участники дискуссии сошлись во мнении, что при лечении АтД необходимо избегать применения системных ГКС. В международных рекомендациях также не рассматривается вариант системного назначения пролонгированного кортикостероида. Использование системных ГКС должно быть ограничено – только в случае тяжелых обострений и только на короткий период.

Не рекомендуется применять для лечения АтД системные антибиотики. Их назначение является оправданным у пациентов с клиническими признаками бактериальной инфекции. То же самое относится и к системным антивирусным препаратам.

В рекомендациях ААД говорится и об использовании системных антигистаминных препаратов. Кратковременное интермиттирующее применение седативных антигистаминных средств может давать положительный эффект при нарушении сна, связанном с зудом, но не должно подменять наружную терапию. Неседативные антигистаминные препараты не рекомендуются для лечения АтД в отсутствие признаков крапивницы или других атопических состояний.

В заключение профессор Е.В. Соколовский отметил, что не надо опасаться использовать сверхсильные топические ГКС в лечении дерматозов. Результаты клинических исследований подтвердили, что правильное применение препаратов повышает эффективность терапии и предотвращает развитие нежелательных явлений. Современные препараты различных групп позволяют выбрать рациональный способ ведения пациентов с АтД и контролировать



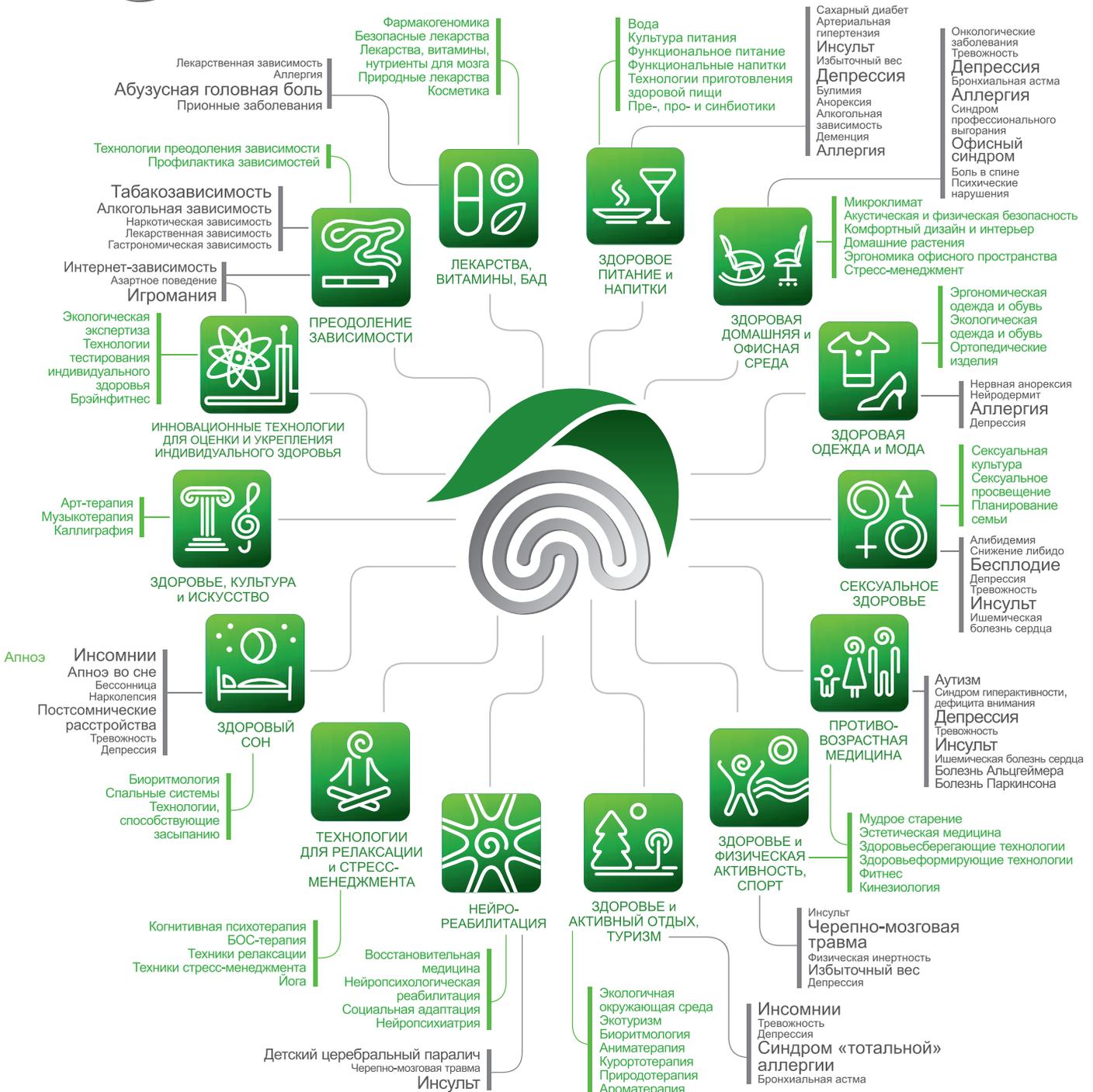
3-й МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС

ЭКОЛОГИЯ МОЗГА

ИСКУССТВО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ

15-17 МАЯ 2015

ЭКОПАРК СОКОЛЬНИКИ
ПАВИЛЬОН №2



www.braineco.ru

«ЭКОЛОГИЯ МОЗГА» является информационно-образовательным проектом Ассоциации междисциплинарной медицины и Европейской федерации неврологических ассоциаций (EFNA — European Federation of Neurological Associations), в рамках Года мозга в Европе 2014 (YEAR OF THE BRAIN IN EUROPE — 2014) на территории РФ.
*Ассоциация междисциплинарной медицины является некоммерческой общественной организацией, целью которой является содействие эффективному междисциплинарному взаимодействию специалистов различных областей медицины для повышения качества медицинской помощи. Подробная информация на сайте www.internmeda.ru



Актуальные вопросы дерматологии и венерологии

Рассмотрению оптимальных подходов к наружной терапии дерматозов, а также современных стандартов лечения инфекций, передаваемых половым путем, и урогенитальных инфекций был посвящен симпозиум компании Astellas «Актуальные вопросы дерматологии и венерологии», состоявшийся в рамках VIII Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (30 октября 2014 г.). На симпозиуме обсуждались возможности применения инновационных лекарственных форм препарата Локоид при остром, подостром и хроническом процессах дерматологического заболевания, эффективность и безопасность мази Протопик в терапии атопического дерматита, псориаза, себорейного дерматита и других хронических дерматозов, представлены современные рекомендации по лечению урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекций с использованием джозамицина и доксициклина моногидрата.



Профессор
А.В. Сухарев

В настоящее время лечение ряда воспалительных дерматозов трудно представить без применения наружных лекарственных средств, в состав которых входят глюкокортикостероиды (ГКС). По словам профессора кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н. Алексея Владимировича СУХАРЕВА, наличие их в арсенале дерматологов коренным образом изменило возможности наружной терапии

Инновационные лекарственные формы топических стероидов

большого количества кожных заболеваний.

Топические ГКС обладают противовоспалительным, иммуносупрессивным, противоаллергическим и антипролиферативным эффектами. Они сочетаются практически со всеми видами физио- и системной терапии. В связи с этим спектр применения местных ГКС весьма широк. Показаниями к их применению служат контактный и аллергический дерматит, крапивница, экзема, себорейный дерматит, эритродермия, ограниченный нейродермит, стероидочувствительные дерматозы, красная волчанка, псориаз и др.

Назначать местные ГКС следует строго по показаниям, поскольку при недостаточно осторожном применении препараты могут вызвать ряд нежелательных эффектов, как местных (атрофия кожи, стрии, периоральный дерматит, гипертрихоз, активация грибковой или бактериальной инфекции, застойная гипер-

емия, синдром отмены и др.), так и системных.

Часто нежелательные эффекты обусловлены активностью препарата, концентрацией основного вещества, проникающей способностью основы, длительностью терапии, частотой, методикой и местом нанесения. «Мы лишь в двух случаях назначаем местные топические кортикостероиды для кожи лица – при красной волчанке, когда атрофия уже будет сформирована и нам нужно остановить процесс, и при псориазе, поскольку атрофия еще не успеет сформироваться – клетки кожи начнут отшелушиваться», – уточнил докладчик.

Далее профессор А.В. Сухарев остановился на алгоритме выбора средства терапии.

Сначала необходимо выбрать степень активности препарата, которая была бы достаточной для контроля заболевания. Весьма перспективным считается метод нисходящей терапии (step-down therapy), когда осуществляется



Сателлитный симпозиум компании Astellas

переход с более сильного на более слабый препарат, а затем применяются индифферентные наружные средства. Либо снижается кратность применения ГКС: вместо трех раз в сутки – два или один, препарат используют через день, а после достижения ремиссии отменяют. «Ни в коем случае нельзя разводить ГКС, так как меняется его липофильность, препарат всасывается и начинает оказывать системное воздействие», – заметил докладчик.

Далее выбирается действующее вещество, которое будет оказывать наименьшее количество побочных эффектов. Наиболее безопасным, по словам профессора А.В. Сухарева, считается класс негалогенизированных топических ГКС (гидрокортизона 17-бутират), который имеет второй терапевтический индекс, самый высокий на сегодняшний день. Если таковых нет, применяются хлорированные ГКС, далее – фторированные ГКС. И конечно же не надо забывать о клобетазоле.

Докладчик отметил, что степень проникновения ГКС зависит от места нанесения препарата, возраста пациента, свойств активных компонентов, основы препарата, метода аппликации и состояния кожи. Так, относительная степень всасывания ГКС (за единицу взяли предплечье) в области подбородка будет выше

в 13 раз, а в области мошонки – в 42 раза. Поэтому назначать на половые органы фторированный ГКС просто преступление.

Следующий момент, на который надо обратить внимание, – форма лекарственного средства. Выбор зависит от фазы воспалительного процесса, локализации кожного поражения и возрастных особенностей кожи. При хронических дерматозах, сопровождающихся сухостью, шелушением, лихенизацией, целесообразно применять мази. Во время острых фаз – лосьоны, аэрозоли и кремы.

Чтобы снизить количество нежелательных эффектов, также важен метод нанесения топических ГКС. На сегодняшний день к основным методам нанесения относят тандем-терапию (один день наносят ГКС, на следующий день – индифферентное средство), ступенчатое нанесение (пораженные зоны лечатся поочередно) и штриховой метод (целесообразен при большой площади поражения).

Как отметил выступающий, идеальный топический ГКС должен быстро снимать воспаление, иметь высокую безопасность и быть удобным в применении на любых стадиях воспалительного процесса. Этим параметрам в полной мере отвечает негалогенизированный топический кортикостероид Локоид (гидрокортизона 17-бутират), который представлен четырьмя лекар-

ственными формами: традиционные – Локоид мазь и Локоид крем, новые – Локоид Липокрем и Локоид Крело.

Локоид Крело – уникальная эмульсия жира в воде (85% воды, 15% жира). Препарат занимает промежуточное положение между кремом и лосьоном, не содержит спирта. Локоид Крело предназначен для использования на обширных поверхностях экссудативного поражения кожи, на волосистой части головы и участках тела с обильным волосным покровом при остром воспалении, в том числе с мокнутием.

Локоид Липокрем – это эмульсия масла в воде с высоким содержанием липидов (70%), поэтому препарат обладает свойствами крема и мази. Липокрем хорошо увлажняет, смягчает и восстанавливает барьерную функцию кожи, легко наносится, не оставляет пятен, легко смывается водой. Локоид Липокрем применяется в области лица, шеи и в складках при подостром и хроническом воспалении.

В заключение профессор А.В. Сухарев подчеркнул, что наличие нескольких инновационных форм топического стероида с высоким терапевтическим индексом (препарат Локоид) позволяет эффективно лечить пациентов с различными клиническими и морфологическими проявлениями кожного процесса.

дерматовенерология

Возможности применения топических ингибиторов кальциневрина в дерматологии

Как отметил профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (ПСПбГМУ), д.м.н. Константин Николаевич МОНАХОВ, хронические кожные заболевания, зачастую являющиеся болезнями наследственной предрасположенности, имеющие, как псориаз,

экзема, атопический дерматит, иммуноопосредованный механизм развития, в большинстве своем неизлечимы и требуют длительной терапии.

Значительный прорыв в лечении кожных болезней совершен благодаря применению топических ГКС. Однако их длительное использование может быть сопряжено с нежелательными местными и системными эффек-



Профессор
К.Н. Монахов



тами. К сожалению, зачастую больные испытывают опасение в отношении потенциальных побочных эффектов ГКС, что снижает приверженность лечению. По мнению докладчика, полностью исключить топические ГКС из схем лечения невозможно, да и не нужно. Доказано, что можно уменьшить в два раза потребность в местных ГКС, если использовать средства базового ухода. Снижению кортикостероидной нагрузки также способствует метод нисходящей терапии либо метод интермиттирующей терапии. Тем не менее необходим эффективный, безопасный и простой в применении препарат для наружного использования, способный составить конкуренцию топическим ГКС.

С этой точки зрения особый интерес представляет препарат из группы ингибиторов кальциневрина такролимус (Протопик), который изначально создавался для длительной поддерживающей терапии атопического дерматита. В отличие от кортикостероидов, которые действуют на все клетки кожи, такролимус воздействует только на антигенпрезентирующие. Он ингибирует активацию и пролиферацию CD4+ Т-лимфоцитов за счет соединения с клеточными рецепторами. Образующийся при этом комплекс ингибирует кальциневрин-фосфатазу, что препятствует образованию и высвобождению провоспалительных цитокинов (интерлейкинов 2, 3, 4, 5, фактора

некроза опухоли альфа, интерферона-гамма). Кроме того, под влиянием такролимуса происходит ингибирование высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, базофилов, снижение экспрессии высокоаффинного поверхностного рецептора для иммуноглобулина Е на клетках Лангерганса, что ведет к снижению их активности и презентирования антигена Т-лимфоцитами. Таким образом, такролимус обладает противовоспалительной и иммуномодулирующей активностью.

Положительные свойства мази такролимуса были оценены в международных клинических исследованиях с участием взрослых (0,1%) и детей от двух лет (0,03%). Применение мази такролимуса два раза в неделю показало хороший клинический эффект у пациентов с умеренно выраженным и тяжелым течением атопического дерматита. На сегодняшний день данный препарат является единственным топическим средством, для которого Европейским агентством лекарственных средств (European Medicines Agency – EMEA) официально одобрено применение по указанной схеме в течение 12 месяцев и более.

Установлено, что при сопоставимой эффективности преимуществом мази такролимуса (Протопика) является отсутствие побочных эффектов, характерных для кортикостероидов. Протопик не только не вызывает атрофию кожи, но и восстанавливает синтез коллагена, эпидермальный барьер. Протопик отличает хороший профиль безопасности. В настоящее время доказано отсутствие ассоциативной связи между применением топических ингибиторов кальциневрина и повышением риска развития злокачественных заболеваний у больных атопическим дерматитом.

«Перспективы у местных ингибиторов кальциневрина просто колоссальные, и в ряде стран, например в Германии, расширены

показания к их применению, в частности в отношении лечения псориаза», – уточнил профессор К.Н. Монахов. Многочисленные исследования показали максимальную эффективность 0,1%-ной мази такролимуса при лечении интертригинозного и лицевого псориаза. Получены положительные результаты лечения больных с генерализованной формой пустулезного псориаза, рефрактерного к терапии стероидами.

Ингибиторы кальциневрина включены в Национальные клинические рекомендации 2013 г. для лечения себорейного дерматита. Основанием стали результаты рандомизированных исследований, продемонстрировавшие, что 0,1%-ная мазь такролимуса является эффективным, хорошо переносимым препаратом для лечения себорейного дерматита лица умеренного или тяжелого течения.

Изучался также эффект ингибиторов кальциневрина в составе комплексного лечения витилиго. Считается, что применение препаратов данной группы может способствовать репигментации кожи. Такролимус рассматривается как альтернатива топическим ГКС в терапии красной волчанки, так как обладает противовоспалительным, иммуносупрессивным действием и не вызывает атрофии кожи.

В зарубежной литературе есть данные об успешном применении топических ингибиторов кальциневрина в терапии вульгарной пузырчатки, склероатрофического лишая, липоидного некробиоза. «Мы имеем собственный успешный опыт использования Протопика в терапии не только тяжелого атопического дерматита, но и экземы, витилиго, склероатрофического лишая, липоидного некробиоза. Он подтверждает наличие у препарата широких возможностей в отношении иммунозависимых дерматозов», – подвел итог выступления профессор К.Н. Монахов.

Протопик изначально создавался для длительной поддерживающей терапии атопического дерматита.

В отличие от кортикостероидов, которые действуют на все клетки кожи, такролимус воздействует только на антигенпрезентирующие

ДАЖЕ КОГДА КОЖА КАЖЕТСЯ СПОКОЙНОЙ,

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВСЕГДА ГОТОВ К АТАКЕ

При atopическом дерматите среднетяжелого и тяжелого течения² у взрослых и у детей с 2 лет.*

- Быстрое¹ устранение острых симптомов заболевания²
- Длительный контроль atopического дерматита^{3,4}

Предупреждение обострений и увеличение длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями^{2,4}

* У детей и подростков от 2 до 16 лет следует применять мазь Протопик® 0,03%

1. Корнсун И.М., Невозинская З.А., Мельниченко О.О., ж-л Клиническая Дерматология и Венерология 2011; №5, с.86-91.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Протопик® LCP-001885/10-120310
3. Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F. et al. Allergy 2008; 63:742-750
4. Thaci D, Reitamo S, Ensenat M.AG et al. Br J Dermatol 2008; 159:1348-1356



Протопик®
(такролимус мазь 0,03%, 0,1%)



ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
Протопик® мазь для наружного применения 0,03% и 0,1%. Международное непатентованное название: Такролимус (Tacrolimus). **Лекарственная форма:** мазь для наружного применения. **Описание:** Мазь однородной консистенции от белого до слегка желтоватого цвета. **Состав:** в 100 г мази содержится 0,03 г такролимуса (в виде такролимуса моногидрата); *вспомогательные вещества:* парафин белый мягкий 77,47/77,40 г, парафин жидкий 11,00/11,00 г, пропиленкарбонат 5,00/5,00, воск пчелиный белый 3,50/3,50 г, парафин твердый 3,00/3,00 г. **Фармакотерапевтическая группа:** противовоспалительное средство для местного применения. **Код АТХ: D11AB01. Фармакологические свойства. Фармакодинамика.** Такролимус относится к группе ингибиторов кальциневрина. Он связывается со специфическим цитоплазматическим белком иммунофилином (FKBP12), который является цитозольным рецептором для кальциневрина (FK506). В результате этого формируется комплекс, включающий такролимус, FKBP12, кальций, кальмодулин и кальциневрин, что приводит к ингибированию фосфатазной активности кальциневрина. Это делает невозможным дефосфорилирование и транслокацию ядерного фактора активированных Т-клеток (NFAT), необходимого для инициации транскрипции генов, кодирующих продукцию ключевых для Т-клеточного иммунного ответа цитокинов (ИЛ-2 и интерферон-гамма). Кроме того, такролимус ингибирует транскрипцию генов, кодирующих продукцию таких цитокинов, как ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, гранулоцитарно-макрофагальный колонизирующий фактор (GM-CSF) и фактор некроза опухоли (TNF- α), которые принимают участие в начальных этапах активации Т-лимфоцитов. Помимо этого, под влиянием такролимуса происходит ингибирование высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, базофилов и эозинофилов, а также снижение экспрессии Fc ϵ RI (высокоаффинный поверхностный рецептор для иммуноглобулина E) на клетках Лангерганса, что ведет к снижению их активности и презентированию антигена Т-лимфоцитами. Мазь такролимуса не влияет на синтез коллагена и, таким образом, не вызывает атрофию кожи. **Фармакокинетика. Абсорбция.** Всасывание такролимуса в системный кровоток при местном применении является минимальным. У большинства пациентов с atopическим дерматитом (у взрослых и детей) как при однократном нанесении, так и при многократном применении 0,03 и 0,1% мази такролимуса концентрация его в плазме крови составляла < 1,0 нг/мл. Системная абсорбция зависит от площади поражения и уменьшается по мере исчезновения клинических проявлений atopического дерматита. Кумуляции препарата при длительном применении (до 1 года) у детей и взрослых не отмечалась. **Распределение в организме.** В связи с тем, что системная абсорбция мази такролимуса низкая, высокая способность связываться с белками плазмы (более 98,8%) рассматривается как клинически незначимая. **Метаболизм.** Такролимус не метаболизируется в коже. При попадании в системный кровоток такролимус в значительной степени метаболизируется в печени посредством CYP3A4. **Выведение.** При многократном местном применении мази такролимуса период полувыведения составляет 75 ч у взрослых и 65 ч у детей. **Показания к применению.** Мазь Протопик применяется в дозировке 0,03% и 0,1% у взрослых и детей от 2 до 16 лет для лечения atopического дерматита (средней степени тяжести и тяжелых форм) в случае недостаточного ответа на традиционную терапию иными наружными средствами (в т.ч. глюкокортикостероидами) или наличия противопоказаний к таковым. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к такролимусу, к вспомогательным веществам, к макролидам. Беременность и грудное вскармливание. Не следует применять Протопик® у пациентов с серьезными нарушениями эпидермального барьера, в частности, синдромом Нетертона, ламеллярным ихтиозом или проявлениями реакции «трансплантат против хозяина», а также при генерализованной эритродермии в связи с риском увеличения системной абсорбции такролимуса. Применение мази Протопик® в дозировке 0,1% противопоказано у детей и подростков младше 16 лет, в дозировке 0,03% — у детей младше 2 лет. **Способ применения и дозы.** Протопик® применяется у детей и подростков в виде ежедневных курсов, особенно у детей. Взрослым и детям старше 2 лет мазь Протопик® наносят тонким слоем на пораженные участки кожи. Препарат можно применять на любых участках тела, включая шею, область подмышек. Не следует наносить препарат на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки. **Применение у детей.** У детей старше 2 лет препарат наносят на пораженные участки кожи 2 раза в сутки. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать трех недель. В дальнейшем частота применения уменьшается до одного раза в сутки, лечение продолжается до полного очищения очагов поражения. Применение у взрослых и подростков 16 лет и старше. Лечение необходимо начинать с применения 0,1% мази Протопик® два раза в сутки и продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения можно уменьшать частоту нанесения 0,1% мази или переходить на использование 0,03% мази Протопик®. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение 0,1% мазью Протопик® дважды в день. Если позволяет клиническая картина, следует предпринять попытку снизить частоту применения препарата, либо использовать меньшую дозировку — 0,03% мазь Протопик®. Применение у людей пожилого возраста (65 лет и старше). Особенности применения у людей пожилого возраста отсутствуют. Обычно улучшение наблюдается в течение одной недели с момента начала терапии. Если признаки улучшения не наблюдаются в течение одной недели применения Протопик®, следует рассмотреть возможность применения другой терапевтической тактики. **Лечение обострений.** Мазь Протопик® может использоваться кратковременно или длительно в виде периодических повторяющихся курсов терапии. Лечение пораженных участков кожи проводится до полного исчезновения клинических проявлений atopического дерматита. Как правило, улучшение наблюдается в течение первой недели лечения. Если признаки улучшения не наблюдаются в течение двух недель с момента начала использования мази, необходимо рассмотреть другие варианты дальнейшего лечения. Лечение следует возобновить при появлении первых признаков обострения atopического дерматита. **Профилактика обострений.** При предупреждении обострений и увеличении длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями заболевания в анамнезе рекомендуется поддерживающая терапия мазью Протопик®. Целесообразность назначения поддерживающей терапии определяется лечащим врачом. Целесообразность назначения поддерживающей терапии (в день) на протяжении не более 6 недель. При поддерживающей терапии мазью Протопик® следует наносить 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг) на участки кожи, обычно поражаемые при обострении. Промежуток времени между нанесением препарата должен составлять не менее 2-3 дней. У взрослых и подростков 16 лет и старше используется 0,1% мазь Протопик® у детей (2 года и старше) — 0,03% мазь Протопик®. При появлении признаков обострения следует перейти к обычному режиму терапии мазью Протопик® (см. раздел «Лечение обострений»). Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо

оценить клиническую динамику и решить вопрос о целесообразности продолжения профилактического использования мази Протопик®. У детей для оценки клинической динамики следует временно отменить препарат и затем рассмотреть вопрос о необходимости продолжения поддерживающей терапии. **Побочное действие.** Наиболее частыми нежелательными реакциями являются симптомы раздражения кожи (ощущение жжения и зуда, покраснение, боль, парестезии и сыпь) в месте нанесения. Как правило, они выражены умеренно или незначительно и проходят в течение первой недели после начала лечения. Часто встречается непереносимость алкоголя (покраснение лица или симптомы раздражения кожи после употребления спиртных напитков). У пациентов, применяющих мазь Протопик®, отмечается повышенный риск развития фолликулита, акне и герпетической инфекции. По частоте встречаемости нежелательные реакции делятся на очень частые (> 1/10), частые (> 1/100, < 1/10) и редкие (> 1/1000, < 1/100). В рамках каждой группы нежелательные реакции представлены в порядке убывания значимости. **Очень распространенные местные реакции.** Очень частые: жжение и зуд в месте применения. Частые: ощущение тепла, покраснение, сыпь, раздражение, сыпь в месте применения. С неизвестной частотой: отек в месте применения. **Иногда, Частые:** Местные кожные инфекции вне зависимости от этиологии. В частности (но не ограничиваясь перечисленными), это герпетическая экзема Капоши, фолликулит, инфекция, вызванная вирусом Herpes simplex, другие инфекции, вызванные вирусами семейства Herpesviridae; *Кожа и подкожная клетчатка.* Частые: фолликулит, зуд. Нечастые: акне. **Редко, Иногда, Частые:** парестезии, гиперестезия. **Иногда и с неизвестной частотой.** Частые: непереносимость алкоголя (гиперемия лица или симптомы раздражения кожи после употребления спиртных напитков). За весь период наблюдения препарата были зарегистрированы единичные случаи розacea, малигнизации (кожные и другие виды лимфом, рак кожи). **Передозировка.** При местном применении случаев передозировки не отмечалось. При попадании внутрь, необходимо предпринять общепринятые меры, которые включают контроль жизненно важных функций организма и наблюдение за общим состоянием. Стимуляция рвоты или промывание желудка не рекомендуются. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Такролимус не метаболизируется в коже, что исключает риск лекарственных взаимодействий в коже, которые могут повлиять на его метаболизм. Так как системная абсорбция такролимуса при использовании в форме мази минимальна, взаимодействие с ингибиторами CYP3A4 (в том числе эритромицином, клотримазолом, дилтиаземом) при одновременном применении с мазью Протопик® маловероятно, однако не может быть полностью исключено у пациентов с обширными участками поражения и/или эритродермией. Влияние мази Протопик® на эффективность вакцинации не изучалось. Однако, из-за потенциального риска снижения эффективности, вакцинацию необходимо провести до начала применения мази Протопик®. В случае применения живой аттенуированной вакцины, этот период должен быть увеличен до 28 дней, в противном случае следует рассмотреть возможность использования альтернативных вакцин. **Применение у детей.** Было проведено исследование по изучению взаимодействия с конъюгированной вакциной против Haemophilus influenzae типа b, в котором приняли участие дети в возрасте от 2 до 11 лет. Результаты этого исследования свидетельствуют, что одновременное применение такролимуса не оказывало влияния на первичный ответ на вакцинацию, формирование иммунной памяти, а также гуморальный и клеточный иммунный ответ. Возможность совместного применения мази Протопик® с другими наружными препаратами, системными глюкокортикостероидами и иммунодепрессантами не изучалась. **Особые указания.** Мазь Протопик® нельзя использовать у больных с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или у пациентов, которые принимают иммуносупрессивные препараты. Во время применения мази Протопик® необходимо минимизировать попадание на кожу солнечных лучей, посещение солярия, терапию УФ-лучами В или А в комбинации с псораленом (PUVA-терапия). Мазь Протопик® не должна применяться для лечения обширных поражений, которые рассматриваются как потенциально злокачественные или предзлокачественные. В течение 2 ч на участки кожи, на которые наносилась мазь Протопик®, нельзя использовать смягчающие средства. Эффективность и безопасность применения мази Протопик® для лечения обширных поражений atopического дерматита не оценивались. При наличии признаков инфицирования до назначения мази Протопик® необходимо проведение соответствующей терапии. Применение мази Протопик® может быть связано с повышенным риском развития герпетической инфекции. При наличии признаков герпетической инфекции следует индивидуально оценить соотношение пользы и риска применения Протопика. При наличии лимфаденопатии необходимо обследовать пациента до начала терапии и наблюдать за ним в период применения мази. При отсутствии очевидной причины лимфаденопатии или при наличии признаков лимфаденопатии необходимо прекратить применение мази Протопик®. Необходимо избегать попадания мази в глаза и на слизистые оболочки (в случаях случайного попадания мази необходимо тщательно удалить и/или промыть водой). Не рекомендуется наносить мазь Протопик® на поврежденную кожу. В случае попадания мази Протопик® на слизистые оболочки или в глаза, необходимо промыть их большим количеством воды. Влияние на их находящуюся на стадии развития иммунную систему, было продемонстрировано, что лечение мазью такролимуса 0,03% на фоне вакцинации конъюгированной вакциной против Neisseria meningitidis типа b не оказывало влияния на формирование иммунного ответа на вакцинацию, индукцию Т-клеточного иммунного ответа и формирование иммунной памяти. **Влияние на способность управлять автомобилем и работать со сложной техникой.** Исследования по влиянию мази на способность управлять автомобилем и на быстроту реакции при работе со сложной техникой, требующей повышенного внимания, не проводились. Мазь Протопик® применяется местно и нет оснований полагать, что она может оказывать влияние на способность управлять автомобилем и работать с механизмами. **Форма выпуска.** Мазь для наружного применения 0,03% и 0,1%. По 10, 30 или 60 грамм мази для наружного применения в пластиковые тюбики. По 1 тюбику вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **Условия хранения.** Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности.** 3 года. Не применять препарат после окончания даты срока годности, указанного на упаковке! **Условия отпуска.** По рецепту. **Производитель.** Владелец Регистрационного удостоверения: Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды. Силвиусверг 62, 2333 ВЕ Лейден, Нидерланды. **Произведено** Астеллас Фарма Тек Ко, Лтд, Япония. **Упаковка и выпускной контроль.** Астеллас Ирланд Ко,Лтд, Ирландия Оксфорд Керри, Ирландия. **Претензии по качеству принимаются Представительством компании в Москве.** Адрес Представительства компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» (Нидерланды): 109147 Москва, Марксистская ул. 16, «Мосларко Плаза-1» бизнес-центр, телефон: (495) 737 07 55; факс: (495) 737 07 67

Реклама

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА



Профессор
Е.В. Соколовский

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и урогенитальные инфекции представляют серьезную медико-социальную проблему в силу их широкой распространенности, бессимптомности течения большинства из них, а также ошибок в диагностике и лечении. Согласно анализу медицинской документации, представленному заведующим кафедрой дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ, д.м.н., профессором Евгением Владиславовичем СОКОЛОВСКИМ, дефекты медицинской помощи на этапе диагностики заключаются прежде всего в нарушении алгоритма обследования пациента, а на этапе лечения – в многократном превышении доз антибактериальных препаратов. Так, при неосложненной хламидийной инфекции пациенты в 44% случаев получили два курса антибактериальной терапии, в 35% случаев – три. При лечении урогенитального кандидоза 61% больных применяли системную терапию, 33% – комбинированное лечение. При этом злоупотребление иммуномодулирующими препаратами отмечено при всех нозологиях.

«Специалисты должны хорошо знать современные клинические протоколы по ведению пациентов с ИППП и урогенитальными инфекциями, основанные на отечественных клинических рекомендациях 2012 г., которые

Современные рекомендации по лечению инфекций, передаваемых половым путем, и урогенитальных инфекций

достаточно хорошо структурированы», – подчеркнул профессор Е.В. Соколовский. Выбор препаратов необходимо осуществлять с учетом анамнестических данных. Показанием к проведению лечения служит выделение абсолютного патогена. Принципиально важный момент – лечение беременных с хламидийной инфекцией осуществляется антибактериальными препаратами на любом сроке беременности (учитывается их влияние на плод), при этом с позиции доказательной медицины проведение дополнительной терапии (системной энзимотерапии, иммуномодулирующей, местной антисептической терапии) не рекомендуется.

Для диагностики хламидиоза рекомендованы молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Chlamydia trachomatis*. Поскольку *C. trachomatis* считается облигатным патогеном, сам факт обнаружения микроорганизма либо у пациента, либо у его полового партнера является показанием к лечению обоих партнеров. Его цели – эрадикация *C. trachomatis*, клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений и предупреждение инфицирования других лиц.

Длительность курса терапии хламидийной инфекции зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. При неосложненной форме курс терапии составляет семь дней.

Схема лечения хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы (препараты нозологической группы А56.0), аноректальной области (А56.3), хламидийного фарингита (А56.4), хламидийного конъюнктивита (А74.0) следующая:

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.

Курс терапии осложненной формы хламидийной инфекции может варьировать от 14 до 21 дня и включает только два препарата – доксициклина моногидрат и джозамицин.

Схема лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (А56.1 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.

«На сегодняшний день не надо доказывать, что мы можем пользоваться джозамицином при беременности. Многочисленные исследования показали, что джозамицин не обладает тератогенным эффектом. Вследствие высокой безопасности джозамицин (Вильпрафен) был включен в российские и зарубежные рекомендации для применения в период беременности и лактации», – пояснил профессор Е.В. Соколовский. В последние годы врачи-венерологи все чаще отмечают недостаточную эффективность азитромицина. Так, метаанализ российских авторов показал, 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 микробиологи-



Сателлитный симпозиум компании Astellas

ческой эффективности (ОШ 0,15 при 95% ДИ 0,04–0,69, $p = 0,009$)¹. Объясняется это тем, что чувствительность *S. trachomatis* к антибиотикам при нормоксии и гипоксии различна. В условиях воспаления и гипоксии активность азитромицина снижается, а активность доксициклина повышается².

Американские коллеги F.Y. Kong и соавт. (2014) выполнили метаанализ 23 рандомизированных контролируемых исследований, в которых азитромицин или доксициклин применялись в стандартных режимах для лечения урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин и женщин³. Установлено, что микробиологическая эффективность доксициклина превышает активность азитромицина на 2,6% при анализе смешанной популяции (95% ДИ 0,5–4,7). У мужчин с клинически выраженным урогенитальным хламидиозом различия были более значимы и составили 7,4% (95% ДИ 2,0–12,9) в пользу доксициклина.

Кроме того, препарат для лечения ИППП и урогенитальных инфекций должен обладать способностью преодолевать механизмы резистентности. Как показывают исследования, низкую резистентность продемонстрировал джозамицин по сравнению с азитромицином и эритромицином – восьмикратный прирост

минимальной подавляющей концентрации против 16-кратного⁴. Далее докладчик рассказал о стандартах диагностики и терапии заболеваний, вызываемых генитальными микоплазмами. К основным клиническим показаниям для обследования на *Mycoplasma genitalium* относятся клинические и/или лабораторные признаки уретрита/цервицита, предгравидарное обследование половых партнеров, предстоящие инвазивные манипуляции на органах малого таза, перинатальные потери и бесплодие в анамнезе, беременность, обследование по контакту, сексуальное насилие в период до 60 дней. Показанием к проведению лечения является идентификация *M. genitalium* с помощью молекулярно-биологических методов исследования у пациента либо его полового партнера.

К сожалению, для *M. genitalium* также характерно развитие резистентности к макролидам, в частности азитромицину⁵. Свой вклад в снижение эффективности азитромицина вносит увеличение содержания мутантных штаммов *M. genitalium* – селекция мутантов в присутствии препарата в 55% случаев становится причиной его неэффективности⁶.

В то же время джозамицин на сегодняшний день является универсальным препаратом, кото-

рый эффективен и при моноинфекции, и при урогенитальных инфекциях смешанной этиологии^{7–9}. Поэтому схемы лечения патологий, спровоцированных *M. genitalium*, не включают азитромицин и аналогичны схемам лечения осложненных форм хламидийной инфекции, с той лишь разницей, что курс терапии составляет 10 дней.

Беременным назначают только джозамицин в дозе 500 мг внутрь три раза в сутки в течение 10 дней, детям с массой тела менее 45 кг – 50 мг/кг массы тела в три приема в течение 10 дней.

Ureaplasma и *Mycoplasma hominis* считаются условно патогенными микроорганизмами, проявление патогенных свойств которых происходит при определенных условиях. Они способствуют развитию уретрита (*U. urealyticum*), а также цервицита, цистита, воспалительных заболеваний органов малого таза и послеродовых, послеоперационных осложнений. Показаниями к обследованию на *Ureaplasma* spp. и *M. hominis* служат, во-первых, наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в урогенитальном тракте при отсутствии истинно патогенных микроорганизмов, во-вторых, бесплодие, невынашивание беременности и перинатальные потери в анамнезе, а также донорство спермы.

¹ 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.

² Shima K., Szaszak M., Solbach W. et al. Impact of a low-oxygen environment on the efficacy of antimicrobials against intracellular Chlamydia trachomatis // Antimicrob. Agents Chemother. 2011. Vol. 55. № 5. P. 2319–2324.

³ Kong F.Y., Tabrizi S.N., Law M. et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital chlamydia infection: a meta-analysis of randomized controlled trials // Clin. Infect. Dis. 2014. Vol. 59. № 2. P. 193–205.

⁴ Zhu H., Wang H.P., Jiang Y. et al. Mutations in 23S rRNA and ribosomal protein L4 account for resistance in Chlamydia trachomatis strains selected in vitro by macrolide passage // Andrologia. 2010. Vol. 42. № 4. P. 274–280.

⁵ Jensen J.S., Bradshaw C.S., Tabrizi S.N. et al. Azithromycin treatment failure in Mycoplasma genitalium-positive patients with nongonococcal urethritis is associated with induced macrolide resistance // Clin. Infect. Dis. 2008. Vol. 47. № 12. P. 1546–1553.

⁶ Bissessor M., Fairley C.K., Chen M.Y. et al. The contribution of macrolide resistance mutations to failure of azithromycin treatment in mycoplasma genitalium infection // Sex. Transm. Infect. 2013. Vol. 89. Suppl. 1. A 117.

⁷ 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.

⁸ Гуцин 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.

⁹ Лысенко О.В., Кузнеценкова Т.В., Игликов В.А., Дерябина В.П. Распространенность воспалительных заболеваний мочеполювых органов, ассоциированных с генитальными микоплазмами. Эффективность лечения // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 2. С. 83–88.

дерматовенерология



Для верификации диагноза проводят лабораторные исследования с помощью культурального или молекулярно-биологических методов. Обязательным также является микроскопическое исследование клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала. Показанием к проведению лечения считается наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *C. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*. Половые партнеры лиц, инфицированных *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis*, подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов.

Согласно зарубежным и российским данным, самую высокую чувствительность *M. hominis*, *U. urealyticum*, *Ureaplasma* spp. сохраняли к джозамицину и доксициклину моногидрату¹⁰⁻¹⁴. Именно поэтому данные препараты внесены в стандарты по ведению пациентов с заболеваниями, вызванными генитальными микоплазмами.

Схема лечения заболеваний, вызываемых *M. hominis* и/или *Ureaplasma* spp.:

- доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь два раза в сутки в течение 10 дней;
- джозамицин по 500 мг внутрь три раза в сутки в течение 10 дней.

Беременным назначают джозамицин в дозе 500 мг внутрь три раза в сутки в течение 10 дней, детям

с массой тела менее 45 кг – джозамицин в дозе 50 мг/кг массы тела в три приема в сутки.

Профессор Е.В. Соколовский отметил, что сегодня *U. urealyticum* рассматривается как один из потенциальных возбудителей хронического простатита. В этой связи интересны результаты исследования по оценке чувствительности выявленных возбудителей к антибактериальным препаратам у более одной тысячи бесплодных мужчин: джозамицин и доксицик-

лина моногидрат продемонстрировали наибольшую активность в отношении *U. urealyticum*¹⁵.

Таким образом, лечение больных с верифицированной урогенитальной микоплазменной и хламидийной инфекцией должно основываться на современных стандартах оказания медицинской помощи, предполагающих использование эффективных и безопасных препаратов, каковыми являются джозамицин и доксициклина моногидрат.

Заключение

Местное лечение – важная составляющая комплексной терапии дерматологических болезней. Получить хороший эффект можно лишь при грамотном выборе препарата.

Наличие нескольких инновационных форм топического стероида Локоид (кремо, липокрем, крем, мазь) с высоким терапевтическим индексом позволяет эффективно лечить пациентов с разными клиническими и морфологическими проявлениями кожного процесса. Эффективной и безопасной альтернативой топическим ГКС, особенно для пациентов со стероидофобией или с резистентностью к стероидной терапии, считается Протопик. Протопик в виде мази (0,1%-ной для взрослых и 0,03%-ной для детей с двух лет) может длительно (12 месяцев и более) применяться у пациентов с атопическим дерматитом, псориазом, особенно в области лица и шеи, себорейным

дерматитом. Получены также данные о его положительном эффекте при комплексном лечении красной волчанки, витилиго, склероатрофического лишая, липоидного некробиоза.

Алгоритмы ведения больных ИППП и урогенитальными инфекциями предусматривают антибактериальную терапию. Согласно современным российским стандартам и клиническим рекомендациям препаратами выбора для лечения неосложненных и осложненных форм хламидийной инфекции, а также микоплазменной и уреоплазменной инфекций считаются доксициклина моногидрат (Юнидокс Солютаб) и джозамицин (Вильпрафен). Джозамицин (Вильпрафен) является единственным антибиотиком, рекомендованным для лечения беременных с урогенитальной микоплазменной или хламидийной инфекцией и детей с массой тела менее 45 кг. ●

¹⁰ Krausse R., Schubert S. In-vitro activities of tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones and clindamycin against *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma* spp. isolated in Germany over 20 years // Clin. Microbiol. Infect. 2010. Vol. 16. № 11. P. 1649–1655.

¹¹ Hunjak B., Sabol I., Vojnović G. et al. *Ureaplasma urealyticum* and *Ureaplasma parvum* in women of reproductive age // Arch. Gynecol. Obstet. 2014. Vol. 289. № 2. P. 407–412.

¹² Тищенко А.Л., Умеренков М.Г. Терапия смешанной урогенитальной инфекции Вильпрафеном (джозамицином) // Вестник дерматологии и венерологии. 2001. № 4. С. 41–45.

¹³ Карамова А.Э., Поляков А.В., Хамаганова И.В. Антибактериальная терапия урогенитальных микоплазменных инфекций. Сравнительное исследование эффективности Вильпрафена и доксициклина // Вестник дерматологии и венерологии. 2003. № 6. С. 41–43.

¹⁴ 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.

¹⁵ Lin H.P., Lu H.X. Analysis of detection and antimicrobial resistance of pathogens in prostatic secretion from 1186 infertile men with chronic prostatitis // Zhonghua Nan Ke Xue. 2007. Vol. 13. № 7. P. 628–631.



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

«Человек и его здоровье»

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ НА 2015 ГОД

12-14 ФЕВРАЛЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

**АО Симпозиум «Современные принципы и технологии
остеосинтеза костей конечностей, таза и позвоночника»**

Санкт-Петербург

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

19-20 ФЕВРАЛЯ

VIII Российская конференция «**Глаукома: теория и практика**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

15-18 АПРЕЛЯ

XIV Всероссийская научно-практическая конференция
«**Поленовские чтения**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, 14)

22-23 АПРЕЛЯ

**XI конгресс Российского артроскопического общества
с международным участием, посвященный 130-летию
профессора Н.Н. Приорова**

Москва,

гостиница «Рэдиссон Славянская» (пл. Европы, 2)

4-5 ИЮНЯ

Научно-практическая конференция
«**Белые ночи гепатологии 2015**»

Санкт-Петербург,

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

8-10 ИЮНЯ

**V Юбилейный Балтийский конгресс
по детской неврологии**

при поддержке ICNA, International Child Neurology Association

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

10-12 ИЮНЯ

Международная научно-практическая конференция
«**Актуальные вопросы профилактики передачи
ВИЧ-инфекции от матери ребенку**»

Санкт-Петербург,

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

20-28 ИЮНЯ

Поездка делегации Всероссийской гильдии
протезистов-ортопедов на **Конгресс ISPO**

Лион (Франция)

25-27 ИЮНЯ

ESOR (European School of Radiology) Galen Advanced Course

Санкт-Петербург

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

17-18 СЕНТЯБРЯ

XV Северо-западная научно-практическая конференция
«**Междисциплинарный подход в диагностике
и лечении ревматических заболеваний**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

24-25 СЕНТЯБРЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием «**Давиденковские чтения**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

7-8 ОКТЯБРЯ

Всероссийский ежегодный конгресс
«**Инфекционные болезни у детей:
диагностика, лечение и профилактика**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

15-16 ОКТЯБРЯ

**Новые методы экспресс-диагностики микроорганизмов
в медицине, ветеринарии и экологии**

Санкт-Петербург,

ВМедА им. С.М. Кирова (ул. акад. Лебедева, 6)

22-23 ОКТЯБРЯ

XX Юбилейный конгресс «**Человек и его здоровье**»
с обучающим курсом по ортопедии и неврологии

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, 14)

29-30 ОКТЯБРЯ

IX «Санкт-Петербургские дерматологические чтения»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

5-7 НОЯБРЯ

Конгресс Российской Ассоциации Радиологов

Москва,

гостиница «Рэдиссон Славянская» (пл. Европы, 2)

10-11 ДЕКАБРЯ

**Научно-практическая конференция
по инфекционным заболеваниям**

Санкт-Петербург

В рамках мероприятий проходят тематические выставки. Приглашаем компании к участию



II Научно-практическая конференция СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

4 июня 2015

Здание правительства Москвы,
Новый Арбат, 36

Основные темы: применение стандартов, протоколов и клинических рекомендаций; рациональная фармакотерапия и качество жизни детей; неотложные состояния в практике педиатра; актуальные проблемы детской хирургии; респираторные заболевания; вакцинопрофилактика; иммунокоррекция у часто болеющих детей; аллергические и аутоиммунные заболевания; атопические дерматиты в педиатрии; патологии органов мочевыделительной системы; современные лечебно-диагностические возможности в нейропедиатрии; профилактика детских болезней в педиатрической практике; питание здорового и больного ребенка.

В рамках конференции: • лекции, доклады, симпозиум • выставка • онлайн-трансляция

Регистрация на сайте www.medQ.ru

Инфо: www.medQ.ru, info@medQ.ru, +7(495) 614-43-63, 614-40-61

МЕДЗНАНИЯ⁺

Интернет-магазин медицинской книги www.mbookshop.ru



- Только **НОВИНКИ**
- Книги **ЛУЧШИХ** медицинских издательств

- Ежедневное обновление
- Без регистрации
- **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** подход к расчету доставки
- Подарки и **СКИДКИ** покупателям
- Приятный интерфейс и **УДОБНЫЙ** поиск

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.
Зайдите к нам!



14th European Congress of Internal Medicine

MOSCOW
Crocus Expo

2015

14–16 October

14-й Европейский конгресс по внутренней медицине

Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ)

Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)

В программе конгресса

Примут участие ведущие ученые в области внутренних болезней из более 30 европейских стран

Подробнее на сайте: www.efim2015.org



Календарь мероприятий РНМОТ

140
лет

со дня рождения
М.П. Кончаловского

- 2-3 апреля, Пермь
XIX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.perm2015.rnmot.ru
- 14-16 октября, Москва, Крокус Экспо
X Национальный конгресс терапевтов
www.congress2015.rnmot.ru
- 16-17 апреля, Нижний Новгород
III Съезд терапевтов Приволжского федерального округа
www.nnovgorod.rnmot.ru
- 14-16 октября, Москва, Крокус Экспо
14th European Congress of Internal Medicine
www.efim2015.org
- 20-21 мая, Пятигорск
XX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.pytigorsk2015.rnmot.ru
- 26-27 ноября, Ростов-на-Дону
IV Съезд терапевтов Южного федерального округа
www.rostov2015.rnmot.ru
- 28-29 мая, Барнаул
XXI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.barnaul2015.rnmot.ru

2015

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Технический секретариат:

ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

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. №PND003324/01

реклама



Отпуск без рецепта
Информация для специалистов

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firmm.ru



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