

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в дерматовенерологии и дерматокосметологии

№3 • 2010

Комплексная терапия аллергодерматозов

Принципы наружной терапии псориаза

Ферментотерапия в дерматовенерологии

Тема номера:

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

БЕРЕЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЖИ

афлодерм®

- ЗАБОТА и НЕЖНОСТЬ



РЕГ. №: ИП 100131301 от 25.09.2005 № 1100215306 от 25.09.2005 БЕЛУПО



- эффективный мягкий топический глюкокортикоид с высоким уровнем местной и системной безопасности и дополнительным увлажняющим действием
- применяется для терапии дерматозов «чувствительных» участков кожи: на лице, шее, в складках, генитальной зоне
- подходит для нежной детской кожи
- может использоваться на больших площадях и при необходимости длительной терапии



www.belupo-dd.ru



БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.
Республика Хорватия

Представительство в России:
119330, Москва,
Ломоносовский пр., д. 38, 71-72

Тел.: 933-7212/13/14
Факс: 933-7215
belupo@belupo-dd.ru



III Международный Форум Медицины и Красоты

8-10 декабря 2010 года

ВВЦ, павильон 75 (станция метро "ВДНХ")

Форум традиционно собирает от 2500 до 4000 посетителей научной программы и выставки, из которых около 90% являются врачами-специалистами.

В рамках ФМК:

обширная научно-практическая программа для специалистов в области дерматологии, косметологии, эстетической медицины, менеджмента индустрии красоты.

Среди докладчиков Форума – эксперты в области дерматологии и косметологии из России, Великобритании, Германии, Израиля, Италии, Испании, Китая, Латвии, Норвегии, Польши, США, Украины, Тайваня, Чехии, Франции, Швейцарии, Швеции.

Все слушатели научной программы получают соответствующие сертификаты от Национального альянса дерматологов и косметологов;

профильная выставка;

NEW! В рамках Форума-2010 впервые состоится финал **Первого Международного конкурса молодых дерматологов и косметологов «Сферы мастерства».**

Конкурс проходит при поддержке Комиссии по охране здоровья и экологии Общественной палаты Российской Федерации.

Сферы мастерства



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС

ДЕРМАТОЛОГОВ



КОСМЕТОЛОГОВ

Официальные партнеры мероприятий НАДК



Генеральный информационный партнер:



Информационные партнеры:



ВЕСТНИК СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ



Аптечный бизнес



Спортивные Вестник



Косметическая Мастерская



Национальный альянс дерматологов и косметологов: (495) 785-11-04

www.nadc.ru

Миссия журнала. Издание должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России, пропаганде научных достижений медицинской, биологической и фармацевтической науки и практики, содействовать повышению качества подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Журнал призван привлекать внимание социума к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с распространением социально значимых заболеваний. Журнал предназначен для повышения квалификации дерматовенерологов, дерматокосметологов, акушеров-гинекологов, урологов, андрологов, педиатров, врачей общей практики, иммунологов, аллергологов, терапевтов, инфекционистов, ознакомления ученых-медиков с современными проблемами медицинской науки, выработки научно обоснованных управленческих решений руководителями отрасли, обучения студентов-медиков. Журнал представляет собой научно-практическое издание, аккумулирующее современные достижения отечественной и зарубежной медицины.



Здравоохранение сегодня

Федеральные программы в области профилактики и лечения социально значимых заболеваний. Статистические и медико-эпидемиологические обзоры заболеваемости в области дерматовенерологии

Фармакоэкономика

Оценка и расчет затрат на лечение основных заболеваний и побочных эффектов. Анализ схем лечения с позиции качества жизни пациента и совокупных затрат общества

Доказательная медицина

Стандартизация и качество медицинской помощи. Клинико-экономический анализ медицинских вмешательств. Эффективность и безопасность лекарственных средств. Клинические и эпидемиологические исследования

Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики.

Практические школы и лекции для врачей.

Обзоры, рефераты, зарубежный опыт

Форум

Освещение основных российских и международных конгрессов, конференций, симпозиумов. Международные проекты и исследования

Компании и их продукция

Производители лекарственных средств: новости, интервью, обзоры стратегий, маркетинговые программы фармацевтических компаний

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ ЖУРНАЛА

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Доказательная медицина
Наука

Компании и их продукция
Форум
Качественная клиническая практика
Непрерывное образование врачей

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

(мнения, экспертные оценки, практические рекомендации опинион-лидеров для дерматовенерологов и дерматокосметологов)

- Психодерматология
- Проблемы диагностики и лечения дерматозов
- Дерматиты
- Акне
- Розацеа
- Экзема
- Профдерматозы
- Лепра
- Дерматофитии
- Вирусные дерматозы
- Инфекция ВИЧ (дерматологические аспекты)
- Лечение и профилактика сифилиса
- Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения ИППП
- Оптимальные подходы к коррекции косметических недостатков кожи
- Аппаратная терапия в дерматологии
- Возрастные изменения кожи: новое в теории и практике
- Иммуноterapia в дерматологии
- Дерматоонкология: проблемы и перспективы
- Алгоритм лечения пациентов с аллергодерматозами
- Современные подходы к лечению псориаза
- Эритематоз (красная волчанка)
- Алопеция
- Трофические язвы кожи
- Микозы

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (12 000 экз.)

Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям.

Прямая адресная доставка дерматовенерологам, дерматокосметологам, акушерам-гинекологам, урологам, педиатрам, врачам общей практики, иммунологам, аллергологам, инфекционистам Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбургa, Ростова-на-Дону, Новосибирска с использованием базы данных редакции. Бесплатное распространение издания на профильных и междисциплинарных конференциях.

На журнал можно подписаться в редакции, направив заявку по e-mail: podpiska@webmed.ru

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- Управления здравоохранения регионов России
- Главные дерматовенерологи 7 федеральных округов, 78 субъектов РФ
- Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава
- Реестр врачей дерматовенерологов и дерматокосметологов России
- ЛПУ
- Кожно-венерологические диспансеры
- Косметологические клиники и кабинеты
- Коммерческие медицинские центры
- Страховые медицинские компании и их клиенты
- В рамках программы «Непрерывное образование врачей» (медицинские вузы, кафедры с курсом дерматовенерологии и клинической микологии, курсы повышения квалификации дерматовенерологов, дерматокосметологов, акушеров-гинекологов, урологов, андрологов, педиатров, врачей общей практики, иммунологов, аллергологов, терапевтов, инфекционистов)



ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия

в дерматовенерологии и дерматокосметологии

Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**

шеф-редактор **Е. Стойнова**

(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **Я. Соловьева,**

В. Павлова

ответственный секретарь **С. Лытнева**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **О. Климович**

набор **Е. Виноградова**

менеджер по рекламе **Н. Маркотенко**

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

Редакционный совет

В.А. Молочков (Москва),
научный редактор журнала

М.А. Гомберг (Москва)

И.Н. Захарова (Москва)

В.И. Кисина (Москва)

С.В. Ключарева (Санкт-Петербург)

И.М. Корсунская (Москва)

Н.Г. Кочергин (Москва)

Е.В. Липова (Москва)

С.А. Масюкова (Москва)

А.В. Молочков (Москва)

Ю.Н. Перламутров (Москва)

Е.С. Снарская (Москва)

Е.В. Соколовский (Санкт-Петербург)

А.А. Халдин (Москва)

Н.И. Чернова (Москва)

Контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, офис 3515

Тел. (495) 234-07-34

www.webmed.ru

Тираж 12 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№3 • 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: герпесвирусная инфекция

**В.А. Молочков, Т.Б. Семенова,
Е.В. Балюра, А.Е. Гуцин**

К эффективности Индинола при генитальном герпесе **6**

ВПЧ-инфекция и ассоциированные с ней заболевания

Ю.С. Бутов, Н.Н. Потехаев

Роль топической интерферонотерапии в комбинированном лечении
кондиломатоза аногенитальной области **10**

аллергодерматозы с сопутствующей патологией ЖКТ

М.В. Горячкина, Т.А. Белоусова

Новые возможности комплексной терапии аллергодерматозов **16**

терапия псориаза

Л.Ш. Тогоева, М.Т. Миннибаев, И.М. Корсунская

Принципы наружной терапии псориаза **22**

клиническая эффективность

Т.А. Белоусова, М.В. Горячкина

Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт™)
в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита **24**

лекции для врачей

В.А. Молочков, Г.Ю. Кнорринг, Г.Ф. Романенко

Рациональная ферментотерапия в дерматовенерологии **30**

опыт регионов

«Телемедицина – будущее дерматовенерологии Южного Урала»
*Интервью с главным дерматовенерологом Челябинской области
О.Р. Зиганшиным* **36**

Создана искусственная кожа, передающая тактильные ощущения

Одновременно два новых высокотехнологичных материала, наделенных способностью осязать, описаны в специализированном журнале Nature Materials. Ткани представляют собой сеть крохотных сенсоров давления, которые преобразуют информацию о прикосновении в электрический сигнал. Сеть помещается между двумя слоями резиновых листов и может принимать самые разные формы.

Новый материал может быть использован для покрытия протезов и для создания роботов, которые будут способны обращаться с хрупкими предметами. Один из материалов создан учеными под руководством Али Джавэй из университета Беркли. Они смонтировали слои мельчайшей сетки из нановолокон

в тонкий лист резины. Получившийся материал действует как тонкопленочный транзистор с чувствительным верхним слоем. Сила электрического заряда, проходящего через ткань, зависит от давления, которому подвергается его поверхность. Чем больше давление, тем выше сила тока.

Исследователи продемонстрировали гибкость разработанной им ткани, свернув ее в трубочку радиусом не больше карандаша: свойства материала при этом не пострадали. Второй подход к созданию подобного материала продемонстрировала группа исследователей из Стэнфордского университета под руководством Чжэня Бао. По его словам, они использовали микроструктурированную резину, сделав сами транзисторы чувствительными к давлению.

Источник: medlinks.ru

Посетители соляриев пренебрегают опасностью

В то время как погода становится слишком холодной для пляжа, самые горячие любители солнца перебираются в солярии, чтобы сохранить свой летний загар», — пишет USA Today, отмечая, что при этом «многие из них знают об опасности для здоровья».

По данным Международного агентства исследования рака, аффилированного с ВОЗ, люди младше тридцати, посещающие солярий, повышают опасность рака кожи на 75%. Как показало исследование Национального института рака, число случаев меланомы среди молодых женщин с 1973 по 2004 гг. — период, когда посещение соляриев существенным образом участилось — почти утроилось.

Для некоторых загар является не просто дурной привычкой, а зависимостью, утверждает дерматолог Дэвид Фишер, автор статьи, опубликованной в журнале The New England Journal of Medicine. По данным опроса 229 посетителей солярия, опубликованного в журнале Archives of Dermatology, до 39% из них вписались в критерии зависимости. Люди, подходившие под эти критерии, были больше других склонны к тревоге, депрессии и употреблению других вещей, вызывающих зависимость, таких как наркотики и алкоголь, сообщает автор статьи Лиз Жабо.

Как утверждает Стивен Фелдман, дерматолог с факультета медицины Университета Уэйк-Форест, причиной зависимости могут быть эндорфины, выделяющиеся под воздействием ультрафиолетовых лучей и формирующие у человека положительные эмоции.

Источник: Inopressa.ru

Изменение климата провоцирует грибковые заболевания

Аномальная жара, обрушившаяся на Европу этим летом, спровоцировала рост дерматологических заболеваний. За период с апреля по август 2010 года грибковые поражения кожи (в том числе, перхоть, себорейный дерматит, отрубевидный лишай) в Европе участились на 25% по сравнению с аналогичным периодом 2009 года.

Жаркая погода и резкие температурные перепады крайне неблагоприятны для тех, кто страдает дерматологическими заболеваниями. Согласно статистическим данным, с такой проблемой как перхоть сталкивается около 20% населения земного шара. При этом распространенность данного состояния в некоторых странах достигает 40-60%. Рекордно высокие температурные показатели лета 2010 года спровоцировали небывалый всплеск грибковых заболеваний кожи в европейских странах, в том числе и в Украине. Немецкие исследователи компании Dermapharm AG зафиксировали 25-процентный рост грибковых заболеваний кожи, наиболее распространенным из которых является сухая себорея (перхоть).

Объясняется такая ситуация тем, что значительные перепады температуры стимулируют избыточную секрецию сальных желез, что создает благоприятную среду для активного размножения дрожжевого грибка *Pityrosporum ovale*, вызывающего перхоть, отрубевидный лишай, себорейный дерматит. Резкие колебания температуры, в свою очередь, неблагоприятно влияют на гормональный баланс и еще более усугубляют ситуацию.

Источник: Dermapharm.com.ua

Стероиды и средства для похудения могут ускорить выпадение волос

Многие мужчины и женщины теряют волосы от использования популярных средств для уменьшения веса, содержащих сывороточный белок. И гены, которые принято обвинять в потере волос, здесь не причем. Среди людей, страдающих от выпадения волос, очень много испытывающих последствия от заболеваний щитовидной железы, анестезии, косметической хирургии, несбалансированных диет, употребления лекарств, использования гормональных добавок при силовых тренировках, применения стероидов при силовых

тренировках, использования средств для потери веса и сжигателей жира. Естественные, или самоиндуцированные гормональные изменения, присущи мужчинам и женщинам, испытывающим потерю волос.

Такие популярные пищевые добавки, как креатин и анаболические стероиды, быстро поднимают уровень тестостерона в организме, что может привести к потере волос. Средства для похудения изменяют метаболизм щитовидной железы, что также может вызвать потерю волос.

Источник: www.kozhnik.ru

Уровни D-димера помогают диагностировать венозные мальформации

Тест на D-димер может помочь при проведении дифференциального диагноза венозных мальформаций, показали результаты нового исследования, опубликованного в «Archives of Dermatology».

«Повышение уровней D-димера является очень специфическим в отношении венозных мальформаций (чистых, комбинированных или синдромальных), и поэтому этот легкий и недорогой биомаркерный тест должен стать частью клинической оценки сосудистых аномалий», — сообщают доктор Анна Домпартин (Centre Hospitalier Universitaire de Caen in France) и коллеги. Они обнаружили, что 42% пациентов с венозными мальформациями имеют локальную внутрисосудистую коагулопатию и повышенные уровни D-димера. Они оценили 280 пациентов и определили, могли ли уровни D-димера быть биомаркером венозных мальформаций. Допплеровские ультрасонограммы были доступны для 251 пациента.

В общей сложности 195 пациентам был поставлен диагноз: венозная мальформация, у 83 из которых были высокие уровни D-димера, с чувствительностью 42,6%. Только 3 из этих 85 пациентов без венозных мальформаций имели повышенные уровни D-димера, со специфичностью 96,5%.

Уровни D-димера могут также идентифицировать венозный компонент в комбинированных и синдромальных мальформациях, отмечают исследователи, что особенно полезно для пациентов с синдромом Клиппеля–Треноне, а также в дифференциации медленно-поточковых от быстро-поточковых повреждений. Тестирование на уровни D-димера — «полезный дополнительный инструмент» для диагностики сосудистых аномалий, заключают ученые, но он «не заменяет визуализационных методик, необходимых для оценки и ведения пациентов».

Источник: *Abbottgrowth.ru*

Атопический дерматит может повышать риск рака

Доктор Алехандро Арана (Bridgewater, New Jersey) из компании Risk Management Resources и коллеги проанализировали медицинские отчеты приблизительно 4,5 млн жителей Великобритании и наблюдали за их медицинской историей в течение в среднем почти 7 лет.

В целом, индивидуумы без атопического дерматита, более вероятно, разовьют рак, чем пациенты с этим заболеванием, с приблизительной нормой 42 против 33 на 10000 человек, согласно сообщению в *British Journal of Dermatology*.

Но когда исследователи убрали влияние возрастных различий, и оценили в пределах каждой определенной возрастной группы, закономерность стала обратной. Для каждого возрастного диапазона норма рака была выше среди пациентов с атопическим дерматитом. Ассоциация сохранялась в отношении лимфомы, меланомы и немеланомного рака кожи. С учетом возраста и пола полное отношение нормы общего рака составило 1,49 для пациентов с атопическим дерматитом, по сравнению с пациентами без этого условия.

«Возрастные специфические различия риска, замеченные в этом исследовании, являются небольшими», — отметил доктор Арана, «но клиницисты всегда должны быть осведомлены о недавних исследованиях, и принимать первичные меры по предотвращению рака у пациентов с атопическим дерматитом».

Источник: *Abbottgrowth.ru*

Пиво повышает риск псориаза у женщин

Крупномасштабное исследование американских ученых показало, что у женщин, которые выпивают не менее пяти порций пива в неделю, риск развития псориаза повышается более чем вдвое, сообщает *MedPage Today*. Сотрудники Бостонской больницы Brigham and Women's проанализировали данные 82869 женщин в возрасте от 27 до 44 лет, принявших участие в проспективном исследовании здоровья медсестер с 1991 по 2005 гг. К моменту начала исследования ни одна из участниц не страдала псориазом. На протяжении наблюдения женщины раз в два года заполняли опросник, касающийся потребления ими алкоголя и включающий вопросы о виде напитков — обычное пиво, легкое пиво (с пониженным содержанием алкоголя), красное вино, белое вино, крепкое спиртное — и их количестве. Все они должны были сообщить исследователям о заболевании псориазом, если этот диагноз подтвержден врачом.

После введения поправок на возраст, физическую активность, диету, массу тела и отношение к курению оказалось, что у женщин, выпивающих пять и более стандартных 350-миллилитровых порций обычного пива в неделю, риск развития псориаза примерно в 2,3 раза больше, чем у непьющих. Употребление аналогичных (в пересчете на чистый спирт) доз других напитков, в том числе легкого пива, и меньших доз обычного пива на риск псориаза не влияло. Было высказано предположение, что причиной обнаруженной взаимосвязи может быть содержание в обычном пиве белка злаков глютена, которого в остальных напитках гораздо меньше или нет вовсе.

Источник: *Medportal.ru*

Создан «электрический пластырь», избавляющий кожу подростков от угрей

Ученые разработали новое средство для борьбы с подростковыми угрями при помощи небольшого электрического разряда, который убивает портящие кожу бактерии. Результаты небольшого теста показали, что после трех дней применения нового метода лечения прыщи почти исчезли, а пятна на коже уменьшились.

Как пишет *The Daily Mail*, угри являются самым распространенным типом кожного заболевания среди подростков. Однако в некоторых случаях они продолжают беспокоить людей и во взрослой жизни. Угри портят жизнь в среднем каждой двадцатой взрослой женщине и каждому сотому мужчине старше 25 лет.

Причиной возникновения прыщей, полагают эксперты, является переизбыток

половых гормонов, что вызывает слишком активную работу сальных желез, которые расположены около поверхности кожи. Они крепятся к волосным фолликулам и вырабатывают маслянистое вещество, называемое кожным салом, защищающее волосы на коже от высыхания. Новый метод был разработан компанией Orloп из Израиля. Лекарство выглядит как пластырь-сетка. Но при соприкосновении с влагой на коже, она создает микроскопические электрические поля, в которых бактерии не выживают. Сетка содержит также салициловую кислоту, удаляющую мертвые клетки кожи, блокирующие фолликулы и азелаиновую кислоту, дабы убить бактерии, попавшие в поры.

Источник: *Medicine.newsru.com*

В.А. МОЛОЧКОВ,
Т.Б. СЕМЕНОВА,
Е.В. БАЛЮРА,
А.Е. ГУЩИН

Отделение
дерматовенерологии
и дерматоонкологии
МОНИКИ им. М.Ф.
Владимирского

К эффективности Индинола при генитальном герпесе

В последние годы отмечается нарастание резистентных штаммов вируса простого герпеса (ВПГ) к циклическим нуклеозидам – ацикловиру, ганцикловиру, Валтрексу, что проявляется в снижении эффективности проводимой терапии, увеличении частоты рецидивов, несмотря на длительное супрессивное противовирусное лечение (3).

В этой связи следует отметить, что для достижения более выраженного терапевтического эффекта, предотвращения появления резистентных штаммов ВПГ, а также снижения частоты и продолжительности рецидивов заболевания, все чаще используются противогерпетические препараты с различным механизмом действия. Так, Г.И. Мавров и соавт. (2007) отметили высокую эффективность лечения генитального герпеса (ГГ) (с нормализацией иммунных показателей и снижением продолжительности рецидива заболевания) при применении в комбинации с Ацикловиром (внутри по 800 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней) индуктора интерферона Кагоцела (6). По данным И.Ф. Баринского и соавт.

(2007), эффективность лечения рецидивирующего ГГ со снижением частоты рецидивов и увеличением продолжительности межрецидивного периода повышается при комплексном применении интерферонов и их индукторов с герпетической вакциной Витагерповак (1). Мы с успехом проводили комплексную терапию рецидивирующего генитального герпеса с использованием, наряду с ацикловиром или валацикловиром, препарата Индинол, стимулирующего апоптоз инфицированных ВПГ клеток (7).

Индинол разработан на основе субстанции индол-3-карбинола, которая содержится в растениях семейства крестоцветных. Исследования противовирусной активности Индинола *in vitro* показали, что, не обладая прямым ингибирующим эффектом в отношении герпесвирусов, он прекращает размножение ВПГ-1 и ВПГ-2, в том числе и устойчивых к ацикловиру, путем выраженного проапоптотического эффекта (2, 11, 13). Таким образом, мишенью для индол-3-карбинола является инфицированная клетка, а не сам вирус. Другой аргумент в пользу целесообразности применения

Индинола при вирусных инфекциях состоит в том, что индол-3-карбинол индуцирует экспрессию рецепторов ИФН- γ (12), повышая чувствительность клеток к противовирусному и противоопухолевому действию эндогенного интерферона γ . Именно эти данные позволили нам ожидать, а затем и получить положительный эффект при лечении Индинолом больных не только рецидивирующим ГГ, но и обусловленными ВПГ тяжелыми дерматозами, такими как экссудативная эритема и герпетическая экзема Капоши, развившимися у больных, получавших лечение преднизолоном по поводу буллезного пемфигоида Левера (8).

Ниже приводим случай эффективного применения Индинола в комплексной терапии ГГ, протекавшего в форме хронического уретропростатита и хронического эпидидимита.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной М., 32 лет, обратился в Клинику дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского 22.11.2007 г. с жалобами на зуд и жжение в уретре, периодически возникающие боли внизу живота. Болен в течение 2 лет, когда впервые после переохлаждения появились зуд и слизистые выделения из уретры, боли внизу живота, усиливающиеся после полового акта. По этому поводу обратился к венерологу

Пример эффективного применения препарата Индинол в комплексном лечении хронического бактериально-герпетического уретропростатита, хронического левостороннего эпидидимита – с помощью ПЦР в реальном времени отмечена эрадикация ВПГ-2 в секрете предстательной железы и эякуляте.

по месту жительства – был установлен диагноз: хронический хламидийный уретропростатит. Получал лечение: Сумамед 0,25 г 4 раза в день (3 цикла с интервалом в 7 дней), Полиоксидоний по 6 мг внутримышечно 2 раза в нед., на курс 10 инъекций; Эскузан внутрь по 15 кап. 3 раза в день до еды 30 дней; массаж предстательной железы через день №10, ректальные свечи с ихтиолом, магнитотерапию предстательной железы на аппарате «Пульсар» (№10). После лечения произошла элиминация *Chlamydia trachomatis*, но периодический зуд в уретре и боли внизу живота (особенно после полового акта) сохранялись. По этому поводу неоднократно лечился у урологов и венерологов: получал различные антибиотики (Доксициклин, Вильпрафен, Кларитромицин, Таривид, Абактал) продолжительностью от 7 дней до 2 мес.); свечи Виферон; инстилляции уретры 0,5% нитратом серебра, физиотерапию на область предстательной железы (диадинамические токи на аппарате «Тонус-2»; гальванизацию и электрофорез новокаина на аппарате «Лотос-1», амплипульстерапию на аппарате «Стимул-1»; УВЧ-терапию на аппарате «Импульс-2»). Эффект от лечения отсутствовал или был частичным и непродолжительным.

Не женат. Часто менял половых партнеров; практикует незащищенный оральный и анальный секс. В течение 10 лет страдает рецидивирующим лабиальным герпесом, а на протяжении последних 2 лет рецидивирующим генитальным герпесом. По этому поводу неоднократно получал ацикловир, Валтрекс (внутри по 7-10 дней); рецидивы возникали каждые 1-3 мес. В последние 1,5 года неудачи в лечении воспаления предстательной железы и рецидивирующего генитального герпеса привели к выраженному психологическому дискомфорту, что негативно влияло на соци-

альную и сексуальную (снижение эрекции, притупление оргазма) жизнь пациента.

При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, рост волос по мужскому типу. Губки уретры отечны, склеены, уретра при пальпации умеренно уплотнена, безболезненна, свободных выделений нет. Моча в I порции светлая с наличием нитей, II порция светлая, прозрачная. Предстательная железа в форме каштана, упруго-эластической консистенции, левая доля в верхнем полюсе увеличена, поверхность ее бугристая, а границы в этом месте сглажены; продольная бороздка сглажена, болезненна при пальпации в проекции семенного бугорка; семенные пузырьки не пальпируются. В области хвоста левого придатка яичка пальпируется слегка болезненный инфильтрат упруго-эластической консистенции диаметром 0,7 см.

При УЗИ обнаружено увеличение предстательной железы в объеме и участки повышенной эхогенности. В секрете предстательной железы количество лейкоцитов повышено до 50 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве.

В уретральном отделяемом – лейкоциты до 25 в поле зрения, клетки эпителия, слизь в значительном количестве. 4-стаканная проба: в I порции «хлопья» в виде запятых, оседающие на дно стакана; II порция – прозрачная, в III порции мочи после массажа предстательной железы культурально обнаружен рост *E. coli* 10⁵ КОЕ/мл, в секрете предстательной железы – лейкоциты 30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве.

По данным урофлуорометрии: Q_{max} 1,5 мл/с, RU – 18 мл (УЗИ).

По данным ТРУЗИ: предстательная железа величиной 30 × 22 × 36 мм, объем-13,5 см³, экзогенность ее понижена за счет выраженной диффузной воспалительной инфильтрации в перипуэраль-

ном и перивезикальном отделах. Структуры железы неравномерные за счет единичных гипозоногенных включений неправильной формы величиной до 2 мм. В перипуэральном отделе единичные щелевидные гипозоногенные включения в правой и левой долях и в заднем отделе. Семенные пузырьки не изменены.

Заключение: ультразвуковые признаки хронического простатита с выраженными воспалительными изменениями и псевдомикроабсцессами.

Диагностика герпесвирусной инфекции проводилась методом ПЦР в реальном времени с помощью тест-системы «Амплиценс HSV 1,2-FRT» (производства

Индинол разработан на основе субстанции индол-3-карбинола, которая содержится в растениях семейства крестоцветных. Исследования противовирусной активности Индинола *in vitro* показали, что, не обладая прямым ингибирующим эффектом в отношении герпесвирусов, он прекращает размножение ВПГ-1 и ВПГ-2, в том числе и устойчивых к ацикловиру, путем выраженного проапоптотического эффекта.

ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора), позволяющей выявлять ДНК ВПГ и определять тип вируса: ВПГ-1 и ВПГ-2. В качестве клинического материала были исследованы: отделяемое уретры, осадок 1-й порции мочи, секрет предстательной железы и эякулят. В результате исследования была обнаружена ДНК ВПГ-2 в секрете предстательной железы и эякулята. Несмотря на то, что ПЦР исследование выполнялось в качественном формате, анализ динамики накопления флуоресцентного сигнала, свидетельствующий о накоплении специфических продуктов ДНК ВПГ-2 в процессе ПЦР, показал,

Мишенью для индол-3-карбинола является инфицированная клетка, а не сам вирус. Индол-3-карбинол индуцирует экспрессию рецепторов ИФН-γ, повышая чувствительность клеток к противовирусному и противоопухолевому действию эндогенного интерферона γ. Именно эти данные позволили нам ожидать, а затем и получить положительный эффект при лечении Индинолом больных не только рецидивирующим ГГ, но и обусловленными ВПГ тяжелыми дерматозами, такими как экссудативная эритема и герпетическая экзема Капоши, развившимися у больных, получавших лечение преднизолоном по поводу буллезного пемфигоида Лёвера.

что концентрация вируса в эякуляте была выше, чем в секрете предстательной железы как минимум в 10 раз.

Диагноз, установленный после проведения сухой тотальной уретроскопии: хронический уретрит (переходный инфильтрат передней уретры, литтреит, морганит, интерстициальный колликулит); хронический паренхиматозный простатит, хронический левосторонний эпидидимит, вызванные сочетанной инфекцией вирусом герпеса и кишечной палочки.

Получал лечение: Вильпрафен внутрь по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней; инстилляции уретры соком колонхоэ пополам с 0,5% раствором новокаина ежедневно 25 дней, ректальные свечи с ихтиолом 30 дней; Вобэнзим по 5 табл. 3 раза в день 20 дней; массаж предстательной железы №15; физиотерапия предстательной железы на аппарате «Интрамаг» 12 сеансов. По поводу ре-

цидивирующей герпетической инфекции получал внутрь Валтрекс по 500 мг/сут в течение 10 дней на фоне приема Индинола (внутри по 400 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев).

В результате лечения наступило клиническое выздоровление, причем симптомы заболевания исчезли на 8-й день лечения.


При контрольном ПЦР исследовании ДНК ВПГ-2 не обнаруживалась ни в одном из типов клинического материала (уретра, секрет предстательной железы, эякулят). При посеве 1-3 порций мочи: *Bacteroides* 10³ КОЕ/мл, *E. coli* 10³ КОЕ/мл, *M. hominis* 10³ КОЕ/мл. *Fusobacterium* < 10⁴ копий/мл. ТРУЗИ предстательной железы без признаков воспаления. На 25 день лечения по данным урофлуорометрии Q_{max} 22 мл/с, RU – 0 мл (УЗИ). Инфильтрат в хвостовой части левого придатка разрешился.

Рецидива герпетической инфекции в течение 2 лет после лече-

ния не отмечено.

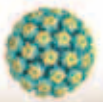
Приведенный случай является примером бактериального (обусловленного *E. coli*) уретрита (хронического торпидного тотального), осложненного литтреитом, морганитом, интерстициальным колликулитом, хроническим бактериально-герпетическим простатитом и левосторонним хроническим герпетическим эпидидимитом. Заболевание протекало без характерных для ГГ сгруппированных пузырьковых элементов. При этом больной часто практиковал незащищенные оро-генитальные контакты, при которых частота выявления ВПГ-1 и ВПГ-2 достоверно повышается, по сравнению с другими видами сексуальной практики (4).

Особенность настоящего случая, заключающаяся в наличии у больного хронического герпетического простатита и хронического герпетического эпидидимита, но без обнаружения с помощью ПЦР в реальном времени ВПГ в уретре, еще ждет своего объяснения. В то же время о подобных случаях сообщалось и ранее. В частности, об обнаружении при хроническом простатите ВПГ-2 только в клетках предстательной железы и/или ее секрете при их отсутствии в материале из уретры и/или моче (14, 16-18).

Как известно, существующие методы лечения герпетической инфекции позволяют лишь купировать рецидивы заболевания, но не ликвидируют герпетическую инфекцию (5), тогда как назначение Индинола привело к эрадикации ВПГ-2. 

Литература

- Баринский Ф.И., Самоиленко И.И., Зайцев А.В., Махмудов Ф.Р. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007; №1: 30-32.
- Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Димитрейд График групп, 2004.
- Киселев О.И., Виноградов Г.Р. и др. Герпесвирусные инфекции, лекарственные препараты и ПЦР-мониторинг терапии. СПб, 1999.
- Ковалык В.П., Гомберг М.А., Климова Р.Р., Куц А.А. // Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил.: Герпес. 2006; №2: 12-20.
- Мавров И.И. Половые болезни. М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002.
- Мавров Г.И., Чинов Г.П., Нагорный А.Е. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007; №1: 30-32.
- Молочков В.А., Прокофьев А.А. // Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил.: Герпес. 2008; №1: 47-50.
- Молочков В.А., Челик А.С. // Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил.: Герпес. 2008; №2 (в печати).
- Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. С.С. Стречунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007.
- Семенова Т.Б., Стоянов В.Б. // Рус. мед. журнал. 2001; №13-14: 20.
- Bell M.C., Crowley-Nowick P., Bradlow H.L. et al. // Gynecol. Oncology. 2000; Vol. 78: 123-129.
- Chatterji U., Riby J.E. et al. // Carcinogenesis. 2004; Vol. 25: 1119-1128.
- Da-Zhi Chen, Auburn K.J., Timothy H. // Journal of Nutrition. 2001; Vol. 131: 3294-3302.
- Deardourff S.L., Dewture F.A., Dryle D.M. et al. // J. Urol. 1974; Vol. 112: 126-127.
- Deguchi T., Maeda S. // J. Urol. (Baltimore). 2002; Vol. 167: 1210-1217.
- Morrisseau P.M., Phillips C.A., Leadbetter G.W. // J. Urol. 1970; Vol. 103: 767-769.
- Nielsen M.L., Vestergaard B.F. // J. Urol. 1974; Vol. 109: 1023-1025.
- Oni A., Adu F.D., Ekweozor C.C. // Sex. Transm. Dis. 1994; Vol. 21: 187-190.



ВИРУС
ПАПИЛЛОМЫ
ЧЕЛОВЕКА

Лечиться нужно ВМЕСТЕ!



При папилломавирусной инфекции (кондиломах, папилломах)
в комплексном применении с иммуномодуляторами

ИНДИНОЛ®:

- ✓ повышает эффективность лечения в 2 раза^{1,2}
- ✓ снижает частоту рецидивов в 3-4 раза^{1,2}

Телефон горячей линии:
8-800-555-8-800
(звонки по России бесплатно)

Производитель: ЗАО «МираксБиоФарма»
Юр. адрес: РФ, 121059, г. Москва, ул. Брянская, д. 5, тел. +7 (495) 721-20-58.
Адрес производства: РФ, 141401, Московская область, _____ шей
г. Химки, ул. Рабочая, д. 2а, корп. 1.

www.indinol.ru



Рег. в Роспотребнадзоре № 77.99.23.371481.1.07 от 06.01.2009 г.
Не является лекарственным средством. Не применять беременным.

¹ Н.В. Шперлинг и соавт. «Опыт применения Индинола при рецидивирующей папилломавирусной инфекции гениталий», Клиническая Дерматология и Венерология, 2, 2009.

² И.А. Анолихина «Папилломавирусная инфекция: актуальная проблема современной гинекологии», Медицинский Вестник, №23, 2010.

x2
6 месяцев

**2 капсулы 2 раза в день
в течение 6 месяцев**



Ю.С. БУТОВ,
Н.Н. ПОТЕКАЕВ

Роль топической интерферонотерапии в комбинированном лечении кондиломатоза аногенитальной области

Кафедра дерматовенерологии
и клинической микологии
ФУВ РГМУ им. Н.И. Пирогова
Росздрава, Клинический Кожно-
венерологический диспансер
№ 23 ЮЗАО г. Москвы;
Кафедра дерматовенерологии
I Медицинского университета
им. И.М. Сеченова,
Кожно-венерологический
диспансер № 15 г. Москвы

Кондиломатоз аногенитальной области (КАО, аногенитальный папилломатоз, аногенитальные бородавки, остроконечные кондиломы) – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний половых органов, вызываемое вирусом папилломы человека (ВПЧ) (7).

В настоящее время выделено, по крайней мере, 100 различных серотипов ВПЧ, однако ключевая роль в развитии КАО отведена ВПЧ 6 и 11 типов (реже – 16). В отличие от высокоонкогенных штаммов, данные типы ВПЧ не повышают риск развития злокачественных новообразований, однако в связи с высокой резистентностью к терапии, частым развитием рецидивов и негативным влиянием на качество жизни больных проблема лечения КАО в настоящее время все еще находится в центре внимания практикующих дерматовенерологов и врачей смежных специальностей (8, 9, 13).

Наиболее часто передача вируса осуществляется при половом контакте, однако не исключен и бытовой путь передачи (через руки инфицированного человека, предметы его обихода) (8, 9, 13). Высока частота интранатального инфицирования при аспирации плодом содержимого влагалища и цервикального канала, что в дальнейшем влечет за собой развитие папилломатоза гортани, нередко требующего проведения оперативного вмешательства (3, 10).

Еще несколько десятилетий назад

остроконечные кондиломы, в основном, диагностировались у представителей социально неблагополучных слоев населения (лиц, занимающихся проституцией и т.п.), однако в настоящее время ареал распространения данного заболевания существенно расширился.

Так, наиболее часто остроконечные кондиломы диагностируются у пациентов молодого возраста (20-25 лет), живущих активной половой жизнью, причем риск заражения ВПЧ при однократном половом контакте превышает 50% (8, 9, 13). Вероятно именно этот факт, а также частое субклиническое течение заболевания и обуславливают высокую частоту выявления генитального папилломатоза у обоих половых партнеров (65-70%).

На данный момент основным методом лечения КАО являются деструктивные методы воздействия (диатермокоагуляция, лазерная терапия, криодеструкция, химическая деструкция с помощью трихлоруксусной кислоты, ферезола, Солкодерма® и др.) (8, 9). В течение долгого времени применяются цитотоксические препараты – подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил, обладающие рядом побочных эффектов, что в значительном числе случаев ограничивает их использование (16, 17). Описанные методы лечения имеют общий недостаток – частое рецидивирование, развивающееся в первые 3 месяца уже у 25% больных (8, 9, 16). Наиболее вероятной причиной подобных неудач в лечении является способность ВПЧ оказывать

супрессирующее влияние как на местный, так и на системный иммунный ответ, осуществляемое за счет синтеза ряда вирусных белков, а также особенности жизненного цикла вируса (8, 9).

Известно, что ВПЧ поражает клетки базального слоя эпителия, внедрившись в ядро которых вирус может существовать в неактивном состоянии неопределенно долгое время. При возникновении благоприятных условий в кератиноцитах начинается процесс размножения вируса, который не сопровождается разрушением клеток, что ограничивает выход вирус-специфических белков и их контакт с антигенпрезентирующими клетками.

В ходе развития папилломавирусной инфекции (ПВИ) отсутствует фаза виремии, что препятствует распознаванию заболевания иммунной системой хозяина и развитию полноценного системного ответа.

Синтезируемый вирусом белок E7 нейтрализует противовирусную и противоопухолевую активность интерферона альфа (ИФН α) за счет способности блокировать большинство генов, индуцируемых интерфероном. Помимо этого, он блокирует фактор регуляции активности интерферона IRF, являющийся фактором транскрипции генов, которые активируются при воздействии на клетки ИФН α и - γ . Это вызывает снижение противовирусной активности эндогенных интерферонов при сохранении их физиологической концентрации. Тем не менее, известно, что у боль-

ных с ПВИ отмечается угнетение выработки ИФН α и γ до 40% и 50% соответственно, однако механизм данного феномена в настоящее время изучен недостаточно.

Кроме того, белок Е7 оказывает негативное влияние на процессы созревания антиген-презентирующих клеток, а также подавляет экспрессию генов главного комплекса гистосовместимости, затрудняя тем самым процесс распознавания антигенных структур Т-лимфоцитами (13).

Таким образом, иммунологические нарушения при ПВИ выражаются, в основном, в угнетении клеточно-опосредованных реакций иммунной системы и снижении активности и концентрации эндогенного интерферона, что служит обоснованием для включения данного цитокина или его индукторов в стандартную терапию ПВИ.

Терапевтическое применение индукторов интерферона в условиях длительно существующего иммунодефицита, сопровождающего ПВИ, представляется недостаточно обоснованным. Прежде всего, это объясняется неспособностью пораженных клеток к длительной и достаточной продукции интерферона, быстрой их истощаемостью, а также необходимостью предварительного накопления клона иммунокомпетентных клеток (9). Исходя из этого, более рациональным можно считать профилактическое использование индукторов интерферона, которое следует начинать после проведения полноценного курса иммуномодулирующей терапии препаратами экзогенного интерферона.

Введение экзогенного интерферона позволяет достичь выраженного эффекта, начиная с первых дней терапии. По результатам многочисленных зарубежных и отечественных исследований установлено, что парентеральное введение интерферона существенно повышает эффективность лечебных мероприятий, однако сопровождается рядом побочных эффектов, снижающих приверженность больных терапии. К наиболее частым нежелательным явлениям системного применения

препаратов интерферона относятся гриппоподобный синдром, диспептические явления, депрессия, потеря веса, угнетение кроветворения и др. (7, 14-18). Неудовлетворительные параметры безопасности парентеральных форм интерферона послужили лимитирующим фактором для их широкого применения и обусловили необходимость разработки более безопасных лекарственных форм.

Российским ученым принадлежит первенство в создании суппозиториев, содержащих рекомбинантный человеческий ИФН α , позволивших проводить эффективную и безопасную топическую интерферонотерапию. Наиболее современным представителем этой группы является препарат Генферон[®], суппозитории вагинальные, ректальные (ЗАО «Биокад», Россия), в состав которого входит рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b (рчИФН α -2b), таурин и анестезин. Согласно результатам сравнительного исследования фармакокинетики различных лекарственных форм ИФН α , ректальное введение ИФН α характеризуется высокой биодоступностью (более 80%) и более длительной циркуляцией. Более низкая концентрация рчИФН α -2b, представленная в суппозиториях, не вызывает снижения клинической эффективности: известно, что именно низкие дозы рчИФН α -2b оказывают выраженное иммуномодулирующее действие, а местное применение способствует наступлению противовирусного и антипролиферативного эффекта непосредственно в очаге поражения (4).

С учетом вышесказанного значительный научный и практический интерес представляет изучение эффектов топической интерферонотерапии в рамках комбинированного лечения больных, страдающих ПВИ.

Для оценки целесообразности включения суппозиторной формы ИФН α в стандартный алгоритм лечения КАО нами было проведено сравнительное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эф-

фективности препарата Генферон[®] в сочетании с деструктивным методом лечения остроконечных кондилом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе двух клинических центров: кафедры дерматовенерологии ФППО ГОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (профессор, д.м.н. Потекаев Н.Н.) и кафедры кожных и венерических болезней, клинической микологии с курсом дерматокосметологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава (заведующий кафедрой – профессор, д.м.н. Бутов Ю.С.).

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности препарата Генферон[®] в комбинированном лечении остроконечных кондилом.

Под наблюдением находилось 73 человека (53 мужчины и 20 женщин) в возрасте от 19 до 49 лет с кондиломатозным поражением аногенитальной области.

К участию в исследовании допускались пациенты в возрасте от 18 до 55 лет с установленным диагнозом остроконечных кондилом, давшие письменное информированное согласие, способные следовать всем предписанным процедурам. Дополнительными критериями включения являлись лабораторно подтвержденное наличие вируса папилломы человека, а также характерная цитологическая картина слизистой оболочки влагалища и цервикального канала.

В соответствии со стандартами, принятыми в участвующих в исследовании центрах, диагноз остроконечных кондилом аногенитальной области считался установленным при визуальном обнаружении характерных разрастаний. Дополнительным критерием диагноза являлось обнаружение ВПЧ методом ПЦР.

После включения в исследование больные были рандомизированы в 4 группы:

- группа А – женщины, применявшие суппозитории Генферон[®] в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки ректально в течение 10 дней, затем им была проведена электрокоагу-

ляция кондиломатозных разрастаний, после чего больные продолжали применять препарат Генферон® в дозе 500 000 МЕ вагинально 2 раза в сутки 10 дней параллельно с ректальным применением в дозе 1 000 000 МЕ 1 раз в 2 дня в течение 20 дней;

- группа В – женщины, получающие плацебо по схеме, аналогичной таковой у пациенток группы А (также на фоне проведения деструктивного лечения);

- группа С – мужчины, получающие суппозитории Генферон® ректально в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней, после чего им проводилась электрокоагуляция кондилом, и назначался препарат Генферон® в той же дозе 1 раз в 2 дня в течение еще 20 дней;

- группа D – мужчины, получающие плацебо по схеме, аналогичной таковой у пациентов группы С (также на фоне проведения деструктивного лечения).

Исследование предусматривало проведение 5 визитов: скрининг (день 1), визит на 11 день для выполнения деструкции и 3 текущих визита на 30, 90 и 180 день для оценки ранних и отдаленных эффектов комбинированного лечения.

На скрининге у всех пациентов был собран подробный анамнез заболевания, проведен осмотр половых органов и перианальной области, молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР на наличие ВПЧ. Для проведения ПЦР-диагностики были использованы тест-системы, зарегистрированные в МЗ и СР РФ и/или получившие сертификаты производства ГИСК им. Л.А. Тарасевича. При положительном результате ПЦР и/или раз-

витии рецидива кондиломатоза, повторное ПЦР-исследование осуществлялось на 30, 90 и 180 день от начала терапии.

Окончательная оценка эффективности проводилась на 180 день от начала терапии. Критериями излечения являлось исчезновение клинических проявлений заболевания, а также отрицательный результат ПЦР-исследования. Кроме того, лечение считалось эффективным, если на момент завершения участия в исследовании у пациента не наблюдалось рецидивирования кондиломатоза.

Безопасность и переносимость исследуемой терапии оценивали на основании анализа частоты возникновения неблагоприятных явлений у всех больных, получивших хотя бы одну дозу препарата Генферон®.

При интерпретации результатов использовали стандартные методы сравнительного анализа и описательной статистики. В зависимости от характера распределения признака использовали параметрический или непараметрический анализ (t-критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни и Вилкоксона соответственно). Частотные показатели интерпретировали на основании точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМОГО ПРЕПАРАТА

Препарат Генферон® (ЗАО «Биокад», Россия) представляет собой суппозитории для ректального введения, активными компонентами которых являются рекомбинантный человеческий интерферон альфа-

2b, таурин и анестезин.

ИФН α обладает широким спектром иммунобиологической активности: он способен ингибировать практически любую стадию размножения вируса, включая процесс проникновения в клетку, транскрипцию, созревание, сборку и высвобождение патогена из клетки. ИФН α увеличивает фагоцитарную активность иммунокомпетентных клеток (макрофагов, моноцитов, нейтрофилов), натуральных киллеров, повышает количество и киллерный потенциал Т-клеток, стимулирует дифференцировку В-лимфоцитов и продукцию ими специфических антител, способствует повышению уровня секреторного IgA и оказывает ряд других положительных иммуномодулирующих эффектов. Помимо этого, препараты экзогенного ИФН α потенцируют действие противомикробных лекарственных средств, что позволяет повысить эффективность этиотропной терапии ряда заболеваний, вызванных трудно поддающимися стандартному лечению микроорганизмами (микоплазмами, уреоплазмами, хламидиями) (1-3, 5, 15, 19).

Таурин – это незаменимая серосодержащая аминокислота, метаболит цистеина. Оказывает выраженное противовоспалительное, антиоксидантное, метаболическое и регенеративное воздействие. Сочетание таурина и ИФН α в составе одной лекарственной формы увеличивает биологическую активность последнего и обеспечивает более широкий спектр действия препарата по сравнению с другими суппозиторными формами ИФН α (6, 8, 9).

Анестезин (МНН: бензокаин) – местный анестетик, способствующий устранению зуда и жжения, которые часто сопутствуют кондиломатозу, а также купирующий болевой синдром после проведения деструктивного лечения. Не оказывает системного воздействия (6, 8, 9).

Сегодня накоплен обширный опыт применения препарата Генферон® в терапии различных инфекционно-

Установлено статистически достоверное повышение эффективности лечебных мероприятий при использовании комбинированного метода лечения, сочетающего физическую деструкцию кондилом и применение местного иммуномодулирующего препарата Генферон®. Так, у больных, которым был проведен курс интерферонотерапии, достоверно чаще удавалось добиться элиминации ВПЧ, по данным исследования методом ПЦР, исчезновения клинических проявлений и снижения частоты рецидивирования аногенитальных кондилом.

воспалительных заболеваний, а именно: хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, урогенитальных инфекций вирусной и бактериальной этиологии, хроническом бактериальном простатите, цервикальной неоплазии и др. Имеющиеся научные данные свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале и широком профиле безопасности препарата Генферон[®], что послужило предпосылкой для изучения его эффектов в рамках нашего клинического исследования (4, 6, 8, 9, 11).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 73 пациента (53 мужчины и 20 женщин) в возрасте от 19 до 49 лет. Средний возраст больных составил $28,2 \pm 7,1$ года, большинство больных на момент включения были младше 30 лет (рисунок 1).

У части включенных в исследование пациентов имелся отягощенный соматический анамнез; так, наиболее часто больные страдали хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки), бронхиальной астмой и псориазом.

Длительность кондиломатоза варьировала от нескольких лет до нескольких месяцев, но в большинстве случаев не превышала 1 года (рисунок 2). Предшествующее деструктивное лечение было проведено 10% больных, оказавшееся неэффективным и повлекшим за собой развитие рецидива. У 16,3% обследованных лиц ВПЧ был диагностирован у полового партнера.

При осмотре половых органов и аногенитальной области у всех больных был диагностирован кондиломатоз различной степени распространенности (см. таблицу). Распространенная форма кондиломатоза с одновременным вовлечением уретры, слизистой оболочки головки, кожи тела полового члена, мошонки и перианальной области зарегистрирована у 18,1% мужчин, обширное поражение слизистой больших и малых половых губ с переходом на кожу промежности и перианальной области – у 16,6%

женщин. В большинстве случаев папилломатозные разрастания определялись на фоне гиперемизированной слизистой в области малых половых губ у женщин, у мужчин – в области головки полового члена. Папилломатоз слизистой прямой кишки, выявленный при ректальном исследовании, наблюдался лишь у 4,1% больных.

По результатам исследования методом ПЦР, выполненного при скрининге, вирус папилломы человека был диагностирован, в целом, у 34,2% пациентов (25% больных группы плацебо и 45,4% больных основной группы). На 30, 90 и 180 день после начала терапии ВПЧ не определялся ни у одного пациента, получившего лечение препаратом Генферон[®], в то время как в группе сравнения ВПЧ не удалось элиминировать у 20% больных. К 180 дню вирус был выделен у 10% больных группы плацебо.

Динамическое наблюдение за больными, продолжавшееся в течение 6 месяцев, позволило выявить более выраженную положительную динамику в группе пациентов, получавших комбинированную терапию КАО. Так, через 30 дней после начала терапии единичные папилломы аногенитальной области диагностировались приблизительно с одинаковой частотой в обеих группах – у 21,2% больных основной группы и 17,5% пациентов группы плацебо (точный критерий Фишера, $p > 0,05$). Но к 90 дню в группах было достигнуто статистически значимое различие: рецидив КАО зарегистрирован у 9,1% пациентов, получавших комбинированную терапию, и у 20% группы сравнения ($p < 0,05$). В соответствующем числе случаев пациенты нуждались в повторных процедурах физической деструкции. К моменту окончания исследования (180 день от начала терапии) очаги папилломатоза на-

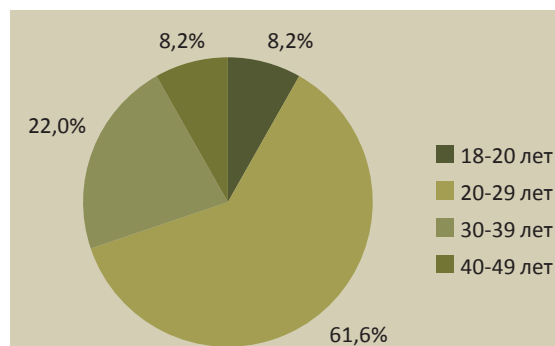


Рисунок 1. Распределение больных по возрасту

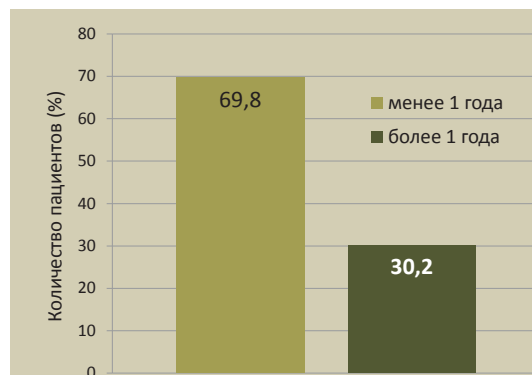


Рисунок 2. Длительность заболевания

блюдались в 22,5% случаев в группе плацебо и лишь в 6,1% случаев в основной группе, при этом у больных обеих групп КАО был умеренным и обычно не выходил за пределы слизистой оболочки малых половых губ у женщин и головки полового члена у мужчин.

Общая эффективность лечения оценивалась на 180 день согласно результатам осмотра половых органов и перианальной области, элиминации ВПЧ по данным исследования методом ПЦР, а также оценки рецидивирования кондиломатоза (рисунок 4). Эффективность комбинированной терапии с использованием препарата Генферон[®] была статистически выше и составила

Таблица. Распространенность патологического процесса

Патологический процесс	Женщины, %	Мужчины, %	p-value
Единичные папилломы наружных половых органов	18,3	15,4	$p > 0,05$
Умеренный папилломатоз наружных половых органов	65,1	62,4	$p > 0,05$
Распространенные формы папилломатоза гениталий	16,6	62,4	$p > 0,05$
Папилломатоз перианальной области	0	4,1	$p < 0,05$

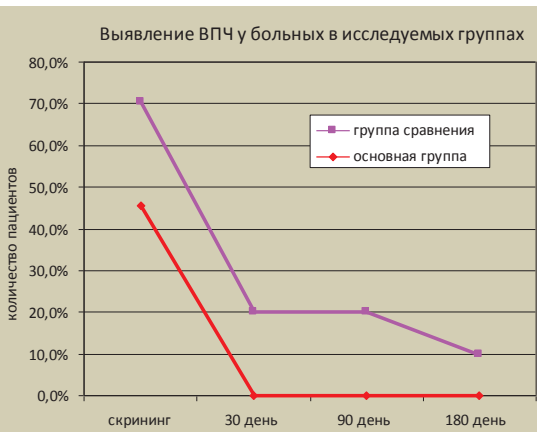


Рисунок 3. Результаты ПЦР у больных группы сравнения (динамическое наблюдение)

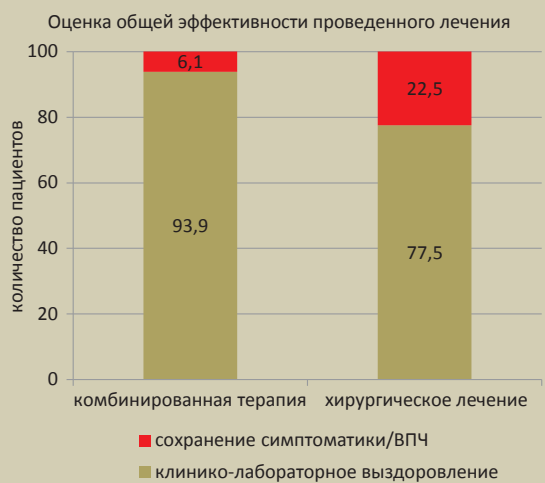


Рисунок 4. Эффективность исследуемой терапии (180 день от начала терапии)

93,9%, тогда как эффективность изолированного деструктивного метода лечения – 77,5% (точный критерий Фишера, $p < 0,05$).

Все пациенты основной группы получили полный курс лечения препаратом Генферон®. Как ректальное, так и вагинальное введение не вызывало у больных субъективного дискомфорта и возникновения побочных реакций. Ни один пациент не был исключен из исследования в связи с непереносимостью терапии, что свидетельствует о безопасности применения исследуемого препарата как в пред-, так и в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Кондиломатоз аногенитальной области является широко распространенным и трудно поддающимся лечению заболеванием. Результаты проведенного нами исследования подтверждают общие эпидемиологические данные о высокой частоте встречаемости данной патологии среди лиц молодого возраста. Установлено статистически достоверное повышение эффективности лечебных мероприятий при использовании комбинированного метода лечения, сочетающего физическую деструкцию кондилом и применение местного иммуномодулирующего препарата Генферон®. Так, у боль-

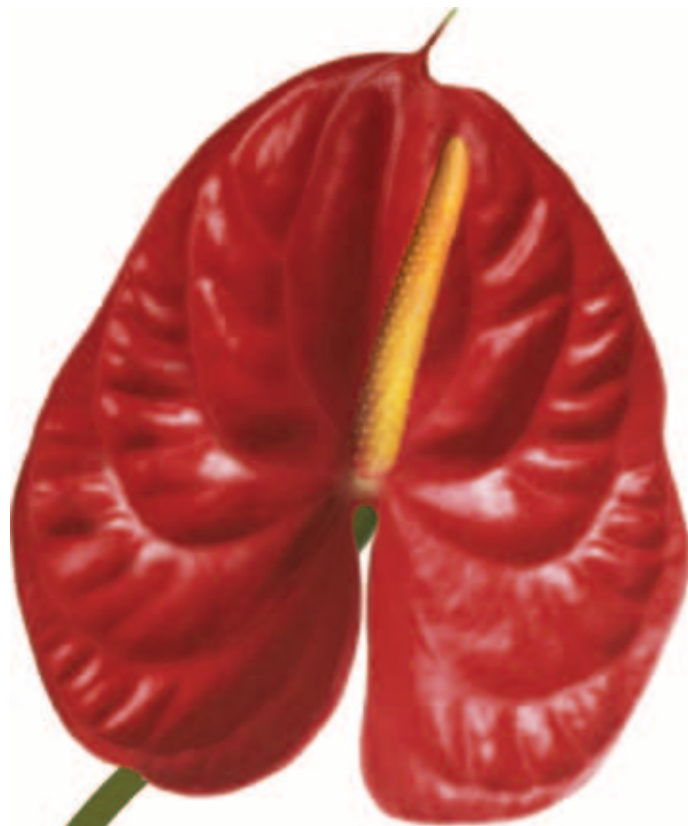
ных, которым был проведен курс интерферонотерапии, достоверно чаще удавалось добиться элиминации ВПЧ, по данным исследования методом ПЦР, исчезновения клинических проявлений и снижения частоты рецидивирования аногенитальных кондилом. Более высокая эффективность комбинированного метода лечения объясняется, по всей видимости, коррекцией имеющегося иммунологического дефицита у больных ПВИ и создает предпосылки для дальнейшего изучения положительных эффектов иммунотропной терапии у данной категории пациентов.

Рекомендуемая **схема терапии** кондиломатоза аногенитальной области:

- **женщины** – Генферон® в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки ректально в течение 10 дней, затем проводится деструкция кондилом, после чего больные продолжают применять препарат Генферон® в дозе 500 000 МЕ вагинально 2 раза в сутки 10 дней параллельно с ректальным применением в дозе 1 000 000 МЕ 1 раз в 2 дня в течение 20 дней;
- **мужчины** – Генферон® в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней, после чего им проводится деструкция кондилом и назначается препарат Генферон® ректально в той же дозе 1 раз в 2 дня в течение еще 20 дней.

Литература

1. Ершов Ф.И., Григорян С.С., Готовцева Е.П. Система интерферона в норме и при патологии. М., 1996.
2. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
3. Каримова Ф.С., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С. Лечение папилломатоза гортани индукторами интерферона // Вестник оториноларингологии. 2000; №5.
4. Корсунский В.Н., Брускин А.Б., Денисов Л.А., Иванов Р.А. Сравнительное изучение фармакокинетики различных лекарственных форм интерферона // Эффективная фармакотерапия. 2007; №1.
5. Малиновская В.А. Виферон. Руководство для врачей. М., 1998.
6. Петрунин Д.Д., Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А. Аналитический обзор препаратов интерферона $\alpha 2$ в форме суппозитория, зарегистрированных в Российской Федерации // Проблемы репродукции. 2005; №5.
7. Попов В.Ф., Попов О.В. Лекарственные формы интерферонов. Справочник врача. М.: Триада-Х, 2002.
8. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А. и соавт. Лечение плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени препаратом Генферон // Эффективная терапия в акушерстве и гинекологии. 2008; №2.
9. Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А., Тихомиров А.А. Опыт применения Генферона и криодеструкции при лечении поражений аногенитальной области вирусом папилломы человека // Инфекционные болезни. 2005; №3.
10. Феклисова Л.В., Новокшонова В.А., Месхина Е.Р. и др. Рекомбинантные интерфероны в лечении вирусных и вирусно-бактериальных инфекций у детей. Методические рекомендации МОНИКИ. М., 1996.
11. Фрейдлин И.С. От иммунорегуляции к иммунокоррекции. СПб., 1995.
12. Ханферян Р.А., Боровиков О.В., Боровиков И.О., Закиева В.А. и соавт. Клинико-иммунологическая эффективность лечения рецидивирующих форм вульвовагинального кандидоза системным применением Генферона // Эффективная терапия в акушерстве и гинекологии. 2008; №3.
13. Шперлинг Н.В., Венгеровский А.И., Зуев А.В., Чукаева Л.М., Шперлинг И.А. Особенности применения индукторов интерферона у больных остроконечным кондиломатозом аногенитальной области // Казанский медицинский журнал. 2008; №8.
14. Ярилин А.А. Основы иммунологии. М.: Медицина, 1999.
15. Chiusolo Pet al. Fatal bone marrow aplasia during interferon- α treatment in chronic myelogenous leukemia // J.Haematologica. 2000; p. 212.
16. Hamad Al Ashgar, MD; Fahad Al Sohailani, MD; Ingvar Kagevi, MD; Martin Gyger, MD. Autoimmune hepatitis induced by interferon- α therapy in a patient with chronic myeloid leukemia // Fnnals of Saudi Medicine. 2002; Vol 22, Nos 1-2: 73-74.
17. Maw R.D. A comparison of interferon alpha-2a and podophyllin in the treatment of primary condylomata acuminata. The Condylomata International Collaborative Study Group. Genitourin Med. 1991; 67: 394-399.
18. Pestka S. The Interferons: 50 years after their discovery, there is much more to learn // J.Biol.Chem. 2007; Vol. 282, no 28: 20047-20051.
19. Vilcek J. Fifty years of interferon research: aiming at a moving target // J. Immunity. 2006; 25(3): 343-348.



генферон®

*№ 1 в комплексной терапии
урогенитальных инфекций*

Уникальный состав: ➔ **Интерферон альфа-2b**
иммуномодулирующее,
противовирусное,
антибактериальное действие

➔ **Таурин**
антиоксидантное,
репаративное действие

➔ **Бензокаин***
устранение боли,
зуда, чувства жжения

* Содержится в дозировках 500 000 МЕ и 1 000 000 МЕ.



Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить по тел.: (495) 992-66-28

■ www.genferon.ru

 **Биокаг**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

М.В. ГОРЯЧКИНА,
Т.А. БЕЛОУСОВА

ММА им. И.М. Сеченова

Новые возможности комплексной терапии аллергодерматозов

Связь аллергических заболеваний кожи с патологией пищеварительной, нервной и эндокринной систем известна давно и подтверждена многочисленными научными исследованиями и клинической практикой.

Установлено, что активная антигенная стимуляция, которой постоянно подвергается организм современного человека, активнее трансформируется из моновалентной в поливалентную при сопутствующих и многочисленных нарушениях в деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Кожа является зеркалом нашего организма и отражает любое его неблагополучие. Известно, что кожа, а также нервная система, передний и задний отделы кишечника, органы чувств образуются из одного зародышевого листка – эктодермы, что и обуславливает их тесную функциональную взаимосвязь.

Наиболее распространенными заболеваниями в практике дерматолога являются аллергодерматозы. По данным государственного

научного центра РФ «Институт иммунологии», в общей структуре аллергических заболеваний кожные аллергии составляют 20%, а в структуре аллергопатологии детского возраста занимают от 50 до 66,4% и представлены в основном атопическим дерматитом. Проблема аллергических заболеваний кожи становится все более и более актуальной, поскольку отмечается рост предрасположенности населения к аллергическим заболеваниям, особенно среди жителей мегаполисов. Основными причинами роста аллергизации населения являются неблагоприятная экологическая обстановка, нерациональное питание и образ жизни, стрессовый фактор, бесконтрольное использование лекарственных и косметических средств, активное применение в быту средств бытовой химии и т.д. (1).

Не вызывает также сомнений, что ЖКТ и кожа играют важную роль в поддержании постоянства внутренней среды организма. Следовательно, нарушение барьерной функции кишечника, приводящее

к повышенной эндотоксинемию, аллергизации и нарушению гомеостаза, может отразиться на состоянии кожи и течении дерматозов.

Таким образом, современные терапевтические схемы лечения дерматологических заболеваний должны быть комплексными с учетом всех изменений в организме в целом. Поэтому одним из компонентов успешного лечения аллергодерматозов является применение методов детоксикации. Известно, что энтеросорбция является неинвазивным методом детоксикации, используемым для выведения из организма аллергенов, продуктов аллергической реакции, различных эндогенных и экзогенных соединений, патогенных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности. Современные энтеросорбенты должны соответствовать следующим основным медицинским требованиям: не обладать токсическими свойствами; быть нетравматичными для слизистых оболочек; хорошо эвакуироваться из кишечника; иметь хорошие функциональные (сорбционные) свойства; не вызывать дисбактериозов; иметь удобную лекарственную форму (2).

Установлено, что на фоне энтеросорбции происходит повышение функциональной активности клеточного и гуморального иммунитета, увеличивается число Т-лимфоцитов, уменьшается выраженность эозинофилии, снижается уровень ЦИК, уменьшается интенсивность зуда и отечность кожи. Существенным является и то, что сорбенты позволяют уменьшить

Лактофильтрум является высокоэффективным и безопасным препаратом, существенно расширяющим возможности терапии аллергодерматозов. Включение препарата в состав комплексной терапии приводит к более быстрому регрессу кожных высыпаний и субъективных ощущений, нормализации функции ЖКТ, что способствует существенному улучшению качества жизни. Препарат не токсичен, не вызывает побочных эффектов, удобен в применении и дозировании (таблетированная форма выпуска).

дозу лекарственных препаратов и в частности глюкокортикоидных гормонов. Энтеросорбенты, находясь в просвете кишечника, связывают токсические вещества, не давая им всасываться и попадать в кровяное русло, что значительно уменьшает уровень интоксикации и аллергии организма в целом.

Количество токсических веществ, проникающих из просвета кишечника в кровь, зависит от состояния слизистой оболочки кишечника (энтерогематического барьера). Эффективность энтеросорбционной терапии определяется характером взаимодействия энтеросорбента с энтерогематическим барьером. Обладая сорбционной активностью к субстратам, повреждающим энтерогематический барьер (деконъюгированные желчные кислоты, токсины бактерий и др.), сорбент в то же время должен иметь ограниченный спектр сорбируемых веществ, т.е. отличаться селективностью сорбционного действия. Так, продолжительное использование сорбента, способного связывать крупномолекулярные субстраты, например секреторный IgA, может привести к нарушению иммунного компонента энтерогематического барьера.

Большое значение имеет пористость сорбента (наличие пор между слоями, зернами, кристаллами). Сорбенты могут иметь микро-, макро- и мезопоры. Выбор сорбента с различной пористой структурой влияет на адсорбцию тех или иных токсинов и патогенов, а также определяет терапевтическую эффективность препарата (3, 4).

Энтеросорбенты различаются по ряду признаков. Прежде всего, по лекарственной форме (гранулы, порошки, таблетки, пасты, гели и др.); селективности и механизму сорбции (адсорбенты, абсорбенты, ионообменные материалы, сорбенты с сочетанным механизмом действия, сорбенты с каталитическими свойствами). Они отличаются и по химической структуре (углеродные энтеросорбенты, энтеросорбенты на основе природных и синтетических смол, синтетических полиме-

ров и неперевариваемых липидов, кремнийсодержащие энтеросорбенты. В последнее время наиболее активно используются природные органические сорбенты на основе пищевых волокон, гидролизного лигнина, хитина, пектинов и альгинатов, а также комбинированные энтеросорбенты, имеющие в составе два и более типов вышеуказанных сорбентов (4).

Для современной общемедицинской практики, в частности для дерматологической, особый интерес представляют сорбенты, в состав которых включен пребиотик. К таким препаратам относится Лактофильтрум – растительный энтеросорбент с иммуномодулирующим действием. Лактофильтрум содержит пребиотик (лактозу) и сорбент (лигнин). Свойства Лактофильтрума обусловлены высокой сорбционной способностью природного энтеросорбента на основе лигнина.

Лигнин гидролизный – сложное природное органическое соединение, продукт гидролизной переработки древесины. Он обладает неспецифическим дезинтоксикационным действием. Связывает, удерживает и выводит из организма различную патогенную микрофлору, экзо- и эндотоксины, лекарственные препараты, соли тяжелых металлов, алкоголь, аллергены, избыток некоторых продуктов обмена веществ (билирубина, холестерина, гистамина, серотонина, мочевины, иных метаболитов, ответственных за развитие эндогенного токсикоза). За счет большой площади поверхности и развитой системы пор лигнин обладает высокой сорбционной емкостью. Лигнин не токсичен, не всасывается, полностью выводится из кишечника в течение 24 часов.

Второй компонент Лактофильтрума – лактулоза – синтетический дисахарид, состоящий из остатка галактозы и остатка фруктозы. В толстом кишечнике лактулоза

ферментируется нормальной микрофлорой кишечника в качестве пищевого субстрата. Лактулоза стимулирует рост бифидобактерий и лактобактерий в толстом кишечнике, способствует нормализации обмена белков, жиров и углеводов, способствует правильному всасыванию витаминов, макро- и микроэлементов, а также стимулирует неспецифический иммунитет. В результате гидролиза лактулозы образуются органические кислоты (молочная, уксусная и муравьиная), подавляющие рост патогенных микроорганизмов и уменьшающие вследствие этого продукцию азотсодержащих токсических веществ. Описанный процесс приводит к увеличению осмотического давления в просвете толстого кишечника и стимулированию перистальтики.

Для современной общемедицинской практики, в частности для дерматологической, особый интерес представляют сорбенты, в состав которых включен пребиотик. К таким препаратам относится Лактофильтрум – растительный энтеросорбент с иммуномодулирующим действием. Лактофильтрум содержит пребиотик (лактозу) и сорбент (лигнин). Свойства Лактофильтрума обусловлены высокой сорбционной способностью природного энтеросорбента на основе лигнина.

Лактулоза не усваивается в кишечнике и полностью выводится из человеческого организма.

Преимущество препарата Лактофильтрум заключается в его двойном действии:

- 1) сорбент нейтрализует патогенные микроорганизмы и выводит кишечные токсины и аллергены;
- 2) пребиотик стимулирует рост бифидо- и лактобактерий.

Комплексное воздействие компонентов Лактофильтрума приводит к нормализации микробиоценоза кишечника, исчезновению сим-



птомов аллергии и интоксикации организма и, следовательно, к повышению ответа на терапию при аллергодерматозах. Препарат можно назначать с грудного возраста. Длительность одного курса лечения составляет 2 недели. Интервал между приемом Лактофилтума и других лекарственных средств должен быть не менее 1 часа. При регулярном или постоянном приеме рекомендуется следующая последовательность: 2 недели приема Лактофилтума, затем 1 неделя приема витаминов группы В, после чего цикл снова повторяется.


В работе В.А. Ревякиной показана клиническая эффективность Лактофилтума в комплексном лечении тяжелой и среднетяжелой формы атопического дерматита (АД) у детей. Под наблюдением находилось 36 детей (20 девочек и 16 мальчиков) в возрасте от 2 до 5 лет, с длительностью заболевания от 1 до 4,5 лет. В основную группу были включены 26 детей, в контрольную – 10. Препарат назначали внутрь 3 раза в день между приемами пищи в следующей дозировке: от 2 до 3 лет – по 1/2 таблетки 3 раза в день, от 3 до 5 лет – 1 таблетка 3 раза в день, в течение 14 дней. Было выявлено, что включение в комплексную терапию энтеросорбента Лактофилтум значительно повышает эффективность лечения. Так, индекс SCORAD при среднетяжелом течении АД снизился с $38,4 \pm 1,8$ до $14,6 \pm 2,1$ балла, а при тяжелой форме АД с $56,5 \pm 1,5$ до $28,4 \pm 1,4$ балла, а кур-

совое использование препарата также позволило сократить период обострения и продлить ремиссию в среднем на $4,6 \pm 2,3$ месяца, по сравнению $2,9 \pm 1,8$ месяца в группе контроля. Побочных эффектов на фоне приема выявлено не было.

В другом исследовании этого же автора была подтверждена клиническая эффективность Лактофилтума лечения 30 детей с АД и сопутствующей патологией ЖКТ в возрасте от 3 до 15 лет. Применение препарата в составе комплексной терапии приводило к ускоренному улучшению кожного статуса (уменьшение гиперемии, сухости, зуда кожи), нормализации функции ЖКТ (5, 6).

На кафедре дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено исследование, посвященное оценке влияния Лактофилтума на состав стафилококков как на один из основных условно-патогенных представителей микробиоценоза кожи. В исследовании приняли участие 60 здоровых женщин в возрасте от 25 до 27 лет (в среднем 25,6 года), которые были разделены на основную и контрольную группу. Материалом исследования являлись соскобы с кожи. Забор материала проводили одноразовыми скарификаторами, далее проводили количественную оценку репрезентативных представителей методом аграрных отпечатков стафилококка, посева и инкубацию в термостате. Выросшие колонии подсчитывали и окрашивали по

Граму. По числу выросших колоний определяли уровень аутомикрофлоры кожи (АМФК). В результате исследования было обнаружено, что у 17 женщин (9 из основной и 8 из контрольной группы) отмечается повышенный уровень АМФК. После приема Лактофилтума (2 таблетки 3 раза в день за 1,5 часа до еды) в основной группе у 7 женщин произошла нормализация микрофлоры кожи, и только у 2 женщин уровень АМФК остался повышенным. У всех женщин из контрольной группы снижения колониеобразующих единиц *St. aureus* отмечено не было. Препарат больными переносился хорошо, побочных эффектов отмечено не было. Полученные данные свидетельствуют о нормализации количества колониеобразующих единиц *St. aureus*, отражающие коррекцию аутомикрофлоры здоровой кожи (Лактофилтум нормализует АМФК более чем у 80% женщин) после приема Лактофилтума (7).

Калюжная Л.Д. и соавт. применяли Лактофилтум в терапии АД у 26 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. У 21 больного АД был представлен среднетяжелой формой (индекс SCORAD от 24 до 62 баллов). Тяжелое течение на момент госпитализации было отмечено у 5 больных (индекс SCORAD более 62 баллов). Дети до 3 лет получали Лактофилтум по 1/2 таблетки 3 раза в сутки, в возрасте от 3 до 12 лет – по 1 таблетке 3 раза в сутки, а в старшей группе – по 2 таблетки 3 раза в день. Препарат назначали за 1-1,5 часа до еды. Курс приема составлял 10-14 дней. На фоне приема препарата происходила нормализация диспепсических явлений, отмечалась положительная динамика кожного процесса в виде активного регресса воспалительных симптомов и зуда. После лечения у всех пациентов отмечалось существенное снижение индекса SCORAD (ниже 24 баллов), т.е. переход процесса в легкое течение, с полным регрессом субъективных ощущений. Побочных явлений выявлено не было (8). 

Комплексное воздействие компонентов Лактофилтума приводит к нормализации микробиоценоза кишечника, исчезновению симптомов аллергии и интоксикации организма и, следовательно, к повышению ответа на терапию при аллергодерматозах. Препарат можно назначать с грудного возраста. Длительность одного курса лечения составляет 2 недели. Интервал между приемом Лактофилтума и других лекарственных средств должен быть не менее 1 часа. При регулярном или постоянном приеме рекомендуется следующая последовательность: 2 недели приема Лактофилтума, затем 1 неделя приема витаминов группы В, после чего цикл снова повторяется.



ЗДОРОВЫЙ КРАСИВАЯ КИШЕЧНИК КОЖА



- улучшает защитную функцию кожи
- эффективен при аллергических заболеваниях (атопический дерматит, крапивница)
- нормализует микрофлору кишечника
- восстанавливает иммунитет

ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

ЗДОРОВЫЙ КИШЕЧНИК –
КРАСИВАЯ КОЖА

Динамика ДИКЖ на фоне проводимой терапии



Рисунок. Динамика ДИКЖ на фоне проводимой терапии

Нами было проведено исследование эффективности и безопасности препарата Лактофильтрум в комплексной терапии аллергодерматозов. Под наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет (12 мужчин и 14 женщин). По диагнозам больные распределялись следующим образом: АД – 10 человек, экзема – 10 пациентов с преимущественной локализацией в области кистей и стоп, крапивница – 6 человек. Средний возраст пациентов составил 28,6 лет. У больных с АД процесс локализовался в области лица, шеи, предплечий, локтевых сгибов, тыла кистей и подколенных ямках и характеризовался умеренной островоспалительной реакцией (эритема, шелушение, легкая инфильтрация) и зудом. У пациентов с экземой процесс носил подостровоспалительный ха-

рактер. У 7 больных локализовался в области кистей и стоп, у 3 пациентов затрагивал туловище, проявляясь в основном эритемой застойного характера, экскориациями, шелушением и умеренным зудом, у 4 пациентов экзематозный процесс осложнился присоединением вторичной инфекции. Крапивница у всех исследуемых носила острый характер, появляясь уртикарными высыпаниями и сильным зудом. Помимо кожной симптоматики пациенты предъявляли жалобы со стороны ЖКТ (изжога, запоры, метеоризм и др.). Пациенты в каждой нозологической группе были разделены на две одинаковые по количеству больных группы – основную и контрольную. В основной группе помимо традиционной противоаллергической и противовоспалительной терапии назначали Лактофильтрум по 2 таблетки 3 раза в день за 1-1,5 часа до еды. Длительность курса приема препарата составила 14 дней. В контрольной группе проводили лечение без энтеросорбента.

Включение препарата Лактофильтрум в состав комплексной терапии у пациентов основной группы позволило в более короткие сроки существенно уменьшить выраженность клинической симптоматики. Кожные проявления и зуд регрессировали быстрее на фоне приема препарата, также отмечалась нормализация большинства имеющихся нарушений со стороны ЖКТ. У пациентов из группы контроля процесс выздоровления происходил гораздо медленнее и сопровождался сохранением гастроэнтерологических жалоб. В основной группе в среднем у больных с АД улучшение кожного процесса можно было на-

блюдать на 9 день лечения, с экземой – на 7, с крапивницей – на 5. У больных группы контроля, улучшение кожного процесса наблюдалось соответственно на 14, 12 и 10 день лечения. Побочных эффектов при приеме препарата нами выявлено не было, все больные переносили лечение хорошо.

Пациенты также были протестированы по опроснику ДИКЖ (Finlay, русифицирован Н.Г. Кочергиным, 2001) для оценки качества жизни до и после проведенной терапии. У всех пациентов до лечения было выявлено повышение баллов по ДИКЖ (в среднем $7,45 \pm 1,8$), что отражает снижение качества жизни. После лечения в основной группе все пациенты отмечали улучшение качества жизни, что отразилось в регрессе баллов по шкале ДИКЖ, в среднем показатели ДИКЖ снизились более чем в 4 раза и составили $1 \pm 0,09$ балла. В контрольной группе только треть больных на фоне проводимой терапии отметили повышение качества жизни в 1,5 раза (см. рисунок).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Лактофильтрум является высокоэффективным и безопасным препаратом, существенно расширяющим возможности терапии аллергодерматозов.
2. Включение препарата в состав комплексной терапии приводит к более быстрому регрессу кожных высыпаний и субъективных ощущений, нормализации функции ЖКТ, что способствует существенному улучшению качества жизни.
3. Препарат не токсичен, не вызывает побочных эффектов, удобен в применении и дозировании (таблетированная форма выпуска). 

Литература

1. Данильчева И.В., Ильина Н.И. Аллергические поражения кожи: крапивница и атопический дерматит. Журн. постдипл. образов. для провизора. 2001; Т. 1, №2: 10-13.
2. Боткина А.С., Бельмер С.В. Дерматологические проявления заболеваний ЖКТ. Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. М., 2007.
3. Нагорная Н.В., Лимаренко М.П. Энтеросорбция в педиатрической практике: выбор оптимального сорбента. Медицина сегодня. 2010; 11-12 (331-332).
4. Применение метода энтеросорбции в практической медицине // Сборник клинических исследований препаратов Фильтрум-СТИ и Лактофильтрум. Часть III: Аллергология. Дерматология. Нефрология. Профессиональная патология. Наркология. М., 2006. 24 с.
5. Ревякина В.А. Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей // Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. 2010; №2: 14-16.
6. Ревякина В.А. Энтеросорбенты в терапии аллергических заболеваний у детей. М., 2010.
7. Молочков В.А., Караулов А.В., Николаева С.А. Лактофильтрум как фактор повышения бактерицидной функции кожи // Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. 2010; №1: 32-34.
8. Калюжная Л.Д., Милорава Т.Т., Турик Н.В. и др. Новый пребиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции // Искусство лечения. 2006; 10(36).

План научно-практических мероприятий Государственного образовательного учреждения Высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова на второе полугодие 2010 г.

- 1 октября 2010 г.** Межвузовская научно-практическая конференция, посвященная 100-летию со дня рождения С.В. Курашова
«Проблемы реформы здравоохранения».
- 05-07 октября 2010 г.** IV Съезд научного общества специалистов клинической лабораторной диагностики России.
Научно-практическая конференция
«Лабораторная наука-практике: первое десятилетие XXI века».
- 13 октября 2010 г.** II Всероссийская научная школа для молодежи
«Современные достижения в онкологии».
- 14-15 октября 2010 г.** VI научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка
«Лучевая диагностика и научно-технический прогресс».
- 14-15 октября 2010 г.** I Научно-практическая конференция, посвященная памяти профессора Иванова А.И. «Ивановские чтения».
- 19-22 октября 2010 г.** VII Съезд Научного общества нефрологов России «Нефрология сегодня».
- 20-21 октября 2010 г.** II Конгресс международного общества фундаментальных и клинических фармакологов и фармацевтов стран СНГ
1. Научно-практическая конференция
«Генерики в странах СНГ: проблемы и перспективы»
2. Международный семинар
«Персонализированная медицина в клинической фармакологии».
- 28 октября 2010 г.** Научно - практическая конференция и специализированная выставка
«Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров – гинекологов, урологов и венерологов».
- 02-03 ноября 2010 г.** Научно-практическая конференция и специализированная выставка
«Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней».
- 18-19 ноября 2010 г.** V Научно-практическая конференция и специализированная выставка
«Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному».
- 24-25 ноября 2010 г.** Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию ИМПитМ
«Актуальные проблемы паразитарных болезней».
- 09 декабря 2010 г.** Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка
«Новое в гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии
«Василенковские чтения».
- 17-18 декабря 2010 г.** Научно- практическая конференция, посвященная 120-летию Клиники нервных болезней и специализированная выставка
«120 лет Московской школе неврологии: прошлое и будущее»

Л.Ш. ТОГОЕВА,
М.Т. МИННИБАЕВ,
И.М. КОРСУНСКАЯ

ГКБ № 14
им. В.Г. Короленко, ЦТП
ФХФ РАН, Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
Москва

Принципы наружной терапии псориаза

Несмотря на то, что псориаз является заболеванием, при котором поражается не только кожа, но и другие системы и органы, главенствующую роль в лечении и профилактике обострений занимает наружная терапия.

Помимо системной терапии при любой форме и стадии псориаза назначается местное лечение, которое зависит от стадии псориаза, формы проявления заболевания, распространенности и локализации. Так, в прогрессирующей стадии назначаются средства, обладающие противовоспалительным и кератолитическим действием (1-4). В качестве кератолитиков применяют в основном препараты салициловой кислоты в виде 1-2% мазей, при ярко выраженном воспалении лечение следует начинать с назначения 0,5-1% кремов. Однако у данных препаратов имеется ряд противопоказаний: нарушение функции почек (особенно при поражении больших участков тела и в большой концентрации (> 2%), детский возраст пациентов, пониженная свертываемость крови, геморрагический диатез, беременность). Такие препараты наносят на очаги 1-2 раза в день в течение 10-20 дней.

В качестве противовоспалительных наружных средств применяют преимущественно кортикостероидные препараты (5, 6). Эффективность использования топических кортикостероидов основана на их противовоспалительном, гипосенсибилизирующем и антипролиферативном действии.

Глюкокортикоиды тормозят синтез глюкозаминогликонов, коллагена и эластина, вызывают исчезновение

в эпидермисе клеток Лангерганса, а в дерме – тучных клеток, а также уменьшают сосудистую проницаемость.

Антипролиферативное действие местных кортикостероидов связано с торможением синтеза нуклеиновых кислот (прежде всего ДНК) в клетках базального слоя эпидермиса, фибробластов дермы, торможение пролиферации Т-лимфоцитов.

В прогрессирующую стадию псориаза показано назначение глюкокортикостероидов средней и сильной силы действия: мометазона фураат (Момат, Элоком), клобетазол (Пауэркорт), бетаметазона дипропионат (Дипросалик, Белосалик) на срок 7-10 дней, по 1-2 аппликации в день, в виде мазей или кремов в зависимости от локализации процесса. Длительное назначение кортикостероидных препаратов не рекомендуется, так как оно приводит к развитию побочных эффектов и осложнений.

Очень хорошо зарекомендовали себя для наружного лечения прогрессирующих форм псориаза комбинированные препараты, в состав которых входит и кортикостероидный препарат, и салициловая кислота (Дипросалик, Белосалик, Элоком С, Момат С, Акридерм СК). Комбинированные препараты кортикостероидов и салициловой кислоты, оказывают более выраженный противопсориазический эффект, чем каждый препарат в отдельности. Не менее эффективно в наружном лечении псориаза можно применять средства с синтетическим аналогом D_3 – кальцитриолом, который входит в состав таких препаратов, как Псоркутан, Дайвонекс, Дайвобет.

Антипсориазическое действие кальцитриола основано на его взаимодействии со специфическими рецепторами в кератиноцитах – вызывает дозозависимое торможение пролиферации этих клеток кожи, ускоряет их морфологическую дифференцировку. Дайвобет состоит из дайвонекса и бетаметазона, сочетание в препарате кальцитриола и кортикостероида значительно повышает его эффективность.

На волосистую часть головы больным лучше назначать 2-3% лосьоны Дипросалик и Белосалик, применяемые при различных формах псориаза, начиная с прогрессирующей стадии. Больным псориазом независимо от стадии течения процесса показано назначение не раздражающих смягчающих средств в виде мазей или кремов. Жировые вещества издавна используют для питания и смягчения кожи, так как, проникая непосредственно в эпидермис, они придают роговому слою эластичность и мягкость, нанесение жира на кожу вследствие герметизации прекращает процесс перепирации, вызывает усиление микроциркуляции, и вследствие этого интенсифицируется рассасывание инфильтрата, восстанавливается тургор и эластичность. Субъективно у больных уменьшается чувство стягивания кожи, сухости, жжения.

Больным псориазом рекомендуется использовать наружно вазелин, вазелиновое масло, кремы с глицерином, мочевиной (Топик 10, Дардиа) молочной кислотой. Как базовая наружная терапия смягчающие средства позволяют несколько снизить шелушение, восстановить

эластичность пораженных участков кожи.

В стационарной стадии псориаза наружно используются средства, оказывающие кератинолитический эффект (1, 2, 4) Данным свойством обладают кремы, мази с 2-5% салициловой кислотой, 5% молочной кислотой. Мази с салициловой кислотой размягчают шелушащиеся слои псориатических бляшек, способствуют очищению бляшек и ускоряют их разрешение. Салициловая кислота сама легко проникает в кожу, а также усиливает способность других лекарственных веществ, в частности кортикостероидов проникать внутрь кожи через измененный, утолщенный роговой слой (Элоком С, Момат С), а также препараты кальципотриола и гомеопатические препараты.

В качестве смягчающего средства можно применять гомеопатический препарат – мазь Псориаген. Созданный на основе растения магонии падуболистой этот препарат содержит активные алкалоиды, основным среди которых является берберин. За счет снижения активности ферментов циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, нарушения синтеза арахидоновой кислоты, лейкотриенов, простагландинов и т.д. препарат оказывает противовоспалительное действие, также Псориаген оказывает антипролиферативное действие за счет торможения синтеза протеинов, РНК, ДНК. Входящий в состав препарата в качестве основы ланолин оказывает смягчающее действие.

В регрессирующей стадии на кожные высыпания применяют кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты.

Лечебный эффект препаратов дегтя можно рассматривать не только как результат местного действия (улучшение кровоснабжения тканей, стимулирование регенерации эпидермиса, усиление процессов, способствующих разрешению инфильтрации), но и в связи с рефлекторными реакциями, возникающими при

раздражении рецепторов кожи (1).

На застарелые бляшки, торпидные к ранее проведенной терапии, назначают препараты дегтя в концентрациях 5-10%. В некоторых случаях для усиления рассасывающего эффекта мази наносят под окклюзионную повязку, а также после аппликации горчичников или после обработки кожных высыпаний 33% димексидом.

Помимо дегтарных мазей, паст в лечение больных псориазом также хорошо зарекомендовали себя шампуни с дегтем (Фридерм деготь). Большим псориазом волосистой части головы рекомендуется мыть голову 2-3 раза в неделю. В состав шампуня Фридерм деготь входит очищенный каменноугольный деготь, который способствует торможению пролиферации клеток эпидермиса, оказывает противовоспалительное, вяжущее и антимикотическое действие (в том числе и на овальный питириспорум), и тем самым предотвращает и уменьшает шелушение кожи головы. Также применение шампуня способствует очищению кожи от жира и перхоти.

Применение Псориагена в регрессивной стадии, после отмены кортикостероидных и кератолитических топических препаратов, а также применение его в период ремиссии для ухода за кожей в очагах поражения (дежурные бляшки при псориазе и т.д.) позволяет увеличить безрецидивный период за счет улучшения состояния кожи, проявляющееся в виде снижения шелушения и сухости, появления мягкости и эластичности в очагах поражения, быстрого регресса оставшихся после отмены топических стероидов и кератолитиков высыпаний.


В современной терапии псориаза не потеряли своего значения методы физио- и климатолечения, рекомендуемые как после, так и во время проведения базисной медикаментозной терапии. В последнее время в лечении псориаза более широко стали применяться физиотерапев-

тические методы (ПУВА-терапия, использование специальных интерференционных токов, лазеротерапия, ванны и т.д.). Наиболее безопасным и эффективным из них является применение интерференционных токов и лазеров.

Интерференционные токи преодолевают защитный барьер кожи, не раздражая и не повреждая ее, и воздействуют на пораженные участки. Выраженный антипсориатический эффект достигается благодаря нормализации процесса сегментации (при чрезмерной пролиферации), а также благодаря противовоспалительному и противоотечному эффектам. Это происходит при непродолжительном воздействии тока с низкой плотностью, который хорошо переносится пациентами.

Одним из современных и перспективных направлений в медицине и в дерматологии, в частности, является использование в терапевтических целях высокоэнергетических лазеров с различными выходными характеристиками и эффектами воздействия на ткани. В настоящее время различные типы ультрафиолетового излучения (290-320 нм) используются для лечения псориаза, а также других иммунозависимых поражений кожи, и их терапевтический эффект обусловлен иммуносупрессивным действием.

Также необходимо отметить, что все выше описанные препараты и физиотерапевтические процедуры необходимо назначать с учетом формы течения и локализации псориаза, а в период ремиссии использовать препараты лечебной косметики, увлажняющие и смягчающие кожу препараты, особенно в местах дежурных бляшек.

Этапность назначения топических средств и методов физиотерапии обеспечивает необходимый уход за кожей пациента на разных стадиях развития заболевания, а в период ремиссии правильный уход позволяет значительно увеличить этот период. 

Литература

1. Довжанский С.И. Псориаз. М., 1992.
2. Клинические рекомендации в дерматологии / Под ред. А.А. Кубановой. М., 2006.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина, 1999; 116-157.
4. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит. М., 2007.
5. Henneire-von Zepelin H.H., Mrowietz, Farber L. et al Highly purified omega-3-polyunsaturated fatty acids for topical treatment of psoriasis. Results of a double-blind, placebo-controlled multi centre study. Br J Dermatol 1993; 129: 713-717.
6. Psoriasis / Eds H.H. Roenigk, H.I. Maibach. New York. 1991: 5-28.

Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт™) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита

Т.А. БЕЛОУСОВА,
М.В. ГОРЯЧКИНА

Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

Дерматологическая патология не влияет на продолжительность жизни, однако оказывает существенное негативное влияние на ее качество. В настоящее время терапия хронических дерматозов (псориаз, атопический дерматит, экзема) остается одной из самых актуальных проблем в дерматологии. Ключевую роль в патогенезе данного дерматоза играют аутоиммунные реакции к коллагену, возникающие вследствие высокого уровня антигенной коллагеновой стимуляции.

Во всем мире **псориазом** страдают приблизительно от 3% до 5% населения. Это хроническое, трудно поддающееся лечению заболевание генетического происхождения, сопровождающееся зудом и выраженным воспалением кожи. Оно характеризуется четко ограниченными шелушащимися папулами и бляшками, протекает с периодами ремиссий и обострений. Псориаз обычно начинается у подростков и молодых людей возрасте 16-22 лет, реже дебютирует у пожилых (в 57-60 лет). Хотя псориаз обычно не опасен для жизни, он может вызвать тяжелую инвалидизацию и требует больших социальных и экономических затрат.

Экзема так же характеризуется длительным упорным течением с частыми рецидивами. Заболеваемость экземой в популяции в разных странах колеблется от 2 до 10%. Наибольший процент больных этим дерматозом отмечается у людей среднего и пожилого возраста. В

период обострения отмечается появление зудящих очагов отечной, гиперемированной кожи, в ряде случаев с образованием пузырьков и мокнущия. В межрецидивный период сохраняются признаки хронического воспаления кожи в виде инфильтрации, лихенизации, шелушения и трещин. Причины экземы самые разнообразные: воздействие профессиональных, бытовых аллергенов и раздражителей, наличие очагов хронической бактериальной или микотической инфекции, заболевания внутренних органов и нервной системы.

Атопический дерматит (АД), как и псориаз, имеет генетическую природу, дебютирует в раннем детстве и часто ассоциируется с астмой или аллергическим ринитом. АД – хроническое рецидивирующее заболевание, требующее длительного врачебного контроля. Проведенные исследования показывают, что проявления этого дерматоза обнаруживаются у 2-20% в популяции, и заболеваемость АД в мире продолжает расти. Дети особенно подвержены заболеванию атопическим дерматитом: от 5 до 15% заболевают в возрасте до 7 лет; однако в 90% случаев наблюдаются полная или неполная ремиссия во взрослом состоянии. (1)

Наружные глюкокортикостероиды (НГКС), несмотря на свой более чем полувекковой период использования, и по сей день остаются самыми востребованными, базовыми препаратами для лечения псориаза, экземы и АД. Уникальность этих лекарств обусловлена их активным

противовоспалительным, противоаллергическим, иммуносупрессивным и антипролиферативным действием, то есть непосредственным воздействием на основные патогенетические механизмы, лежащие в основе этих дерматозов.

Модификация природной молекулы гидрокортизона путем введения атомов фтора или хлора (галогенов) и ее этерификация значительно повысила активность НГКС. Синтезированные препараты образовали классы средних, сильных и очень сильных ГКС. Согласно Европейской классификации, современные кортикостероиды для местного применения по эффективности разделяются на 4 класса: слабые, умеренные, сильные и очень сильные. Появление в клинической практике высокоактивных топических стероидов, казалось бы, решило огромное количество проблем, связанных с лечением большинства дерматозов. Однако повышение терапевтической силы наружных стероидов, особенно при их нерациональном применении, увеличивало количество побочных явлений. При их использовании часто стали наблюдаться выраженные местные побочные эффекты: атрофия кожи, телеангиэктазии, активация локальной инфекции (микробной, грибковой, вирусной), развитие розацеаподобного дерматита, стероидных угрей, гипертрихоз, а также реактивный дерматит, обусловленный так называемым синдромом отмены. А если учесть, что при хронических дерматозах, таких как

псориаз, экзема, атопический дерматит, НГКС применяются длительно, стало очевидным, что использование данных средств чревато неизбежным развитием указанных нежелательных явлений (2).

Долго существовала точка зрения, что невозможно отделить побочные и положительные эффекты кортикостероидов, т.е. создать высокоэффективный НГКС, лишенный нежелательных действий на организм. Новые данные о молекулярных механизмах рецептор-опосредуемых эффектов стероидных гормонов и особенностях фармакокинетики, полученные в последнее десятилетие, привели к созданию НГКС – *флутиказона пропионата (ФП)* со значительно сниженным риском развития побочных действий при сохранении высокой эффективности (3).

Флутиказона пропионат является синтетическим фтормиртированным андростаном 17-β-карботиоатом и классифицируется как НГКС сильной активности. Его химическая формула содержит два атома фтора в 6 и 9 положении и дополнена α-метил группой в 16 положении. Двойная эстерификация в положении 17 пропионовой группой и 20 фторированным тиоэфиром, названным карботианом, свободная углерод-21-гидроксильная группа, значительно увеличили липофильность молекулы ГКС, что обеспечило активное накопление и длительное сохранение препарата в коже. Липофильность кортикостероидов, содержащих свободную углерод-21-гидроксильную группу, коррелирует со сродством к глюкокортикоидному рецептору. Повышение интенсивности связывания ГКС с глюкокортикоидными рецепторами и увеличение времени полужизни комплекса НГКС с глюкокортикоидным рецептором приводит к увеличению противовоспалительной активности (4).

Работы по исследованию кинетики связывания и использование конкурентных тестов показали, что ФП связывается с глюкокортикоидными рецепторами быстрее (высокая

константа скорости связывания), чем некоторые другие ГКС. Более того, образующийся в результате комплекс флутиказона пропионат-рецептор диссоциирует медленнее (низкая константа скорости диссоциации) и, следовательно, обладает более длительным периодом полужизни, чем другие комплексы кортикостероид-рецептор (10,5 ч по сравнению с 0,5-9 ч).

ФП показал более высокое сродство к глюкокортикоидным рецепторам, чем другие 32 кортикостероида в репрезентативном исследовании, в котором применяли конкурентные тесты с использованием ткани легких. Кроме того, ФП обладает относительно высокой селективностью по отношению к глюкокортикоидным рецепторам и низкой активностью (или вообще неактивен) по отношению к глюкокортикоидным рецепторам андрогена, эстрогена, прогестерона или минералокортикоидов. Первичный метаболит ФП обладает очень низким (или вообще не обладает) сродством к глюкокортикоидному рецептору (5).

Известно, что вазоконстрикторное действие наружных ГКС тесно соотносится с их противовоспалительным эффектом. При изучении сосудосуживающего действия ФП в сравнении с другими топическими стероидами оказалось, что он в 10 раз превосходит по активности триамцинолон ацетонид и флуоцинолон ацетонид, а также в 3 раза более активен, чем беклометазон-17-дипропионат. В исследованиях, проведенных у пациентов и здоровых добровольцев, препарат показал низкую способность вызывать подавление системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники (ГГН). Это объясняется высоким сродством ФП к глюкокортикоидным рецепторам, высокой липофильностью, а также тем, что то небольшое количество препарата, которое абсорбируется через кожу, быстро и почти полностью метаболизируется до неактивных производных карбоновой кислоты (т.е. препарат обладает низкой системной биодоступностью) (6).

Как показали проведенные исследования, ФП обладает незначительным атрофогенным действием на кожу. У 40 здоровых добровольцев оценка с помощью А-метода ультразвукового сканирования показала, что 0,05% крем флутиказона пропионата вызвал лишь небольшое, около 3%, истончение кожи по сравнению с исходным уровнем. Этот эффект не зависел от продолжительности лечения (2, 4, 6 или 8 недель) и был обратимым: в течение 2-4 недель после прекращения лечения. Небольшое истончение кожи, обнаруженное при использовании флутиказона пропионата, дает ему преимущество по сравнению с аналогичными по силе активности кортикостероидами, такими как гидрокортизона бутират, бетаметазона валерат, клобетазола пропионат и клобетазола бутират. На этом основании Британский Национальный Форум (British National Formulary – BNF) классифицирует флутиказона пропионат как «высоко активный» ГКС с улучшенным профилем переносимости, что соответствует критериям так называемого мягкого стероида (7).

Выбор основы, в которой кортикостероид доставляется по месту назначения, является важным моментом, так как основа влияет на клиническую активность (путем контроля высвобождения и абсорбции) кортикостероида. Основа, которая используется для изготовления крема ФП, обладает преимуществами по сравнению с основами других кортикостероидов. При слепом лабораторном анализе внешний вид, косметическая привлекательность и физико-химические свойства крема ФП были оценены выше по сравнению с кремами бетаметазона валерата, флуоцинонида, триамцинолона ацетонида и мометазона фууроата. Эластичность (твердость), липкость, наличие крупинок, цвет, запах, гомогенность (разделение на фазы), pH и потеря веса в результате хранения оценивались субъективно и объективно (последние 3 параметра). ФП получил самые высокие баллы из возможных по

каждому из оцениваемых параметров (8).

Как и в случае всех других ГКС, чем меньше количество препарата наносится на кожу пациента во время курса лечения, тем ниже риск развития побочных эффектов. Как показали проведенные исследования, применение ФП 1 раз в день также эффективно, как его применение 2 раза в день, что создает преимущества для пациентов с дерматозами, требующих длительного курса лечения. Нанесение препарата 1 раз в день удобнее и дешевле, чем режимы, требующие применения лекарства несколько раз в день. Одноразовый режим имеет дополнительные преимущества, так как улучшается комплаенс пациентов (т.е. приверженность пациентов к тому или иному препарату или терапии) и уменьшается риск развития побочных эффектов. Следовательно, такой режим более предпочтителен для пациентов, которым требуется длительная поддерживающая терапия (9).

В ряде зарубежных исследований была продемонстрирована высокая терапевтическая эффективность ФП при лечении больных с псориазом. F.G. Nurnberger провел рандомизированное двойное слепое, многоцентровое, сравнительное исследование эффективности 0,005% мази ФП и 0,1% мази гидрокортизона бутирата (ГБ), назначаемых дважды в день у 115 мужчин и женщин со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза. Большинство пациентов имели длительный анамнез заболевания, псориазные высыпания поражали в среднем 17% поверхности кожи. У этой торпидной к лечению группе больных псориазом ФП в зоне воспаления оказывал более быстрое начало действия по сравнению с 0,1% мазью ГБ. После 1-й недели терапии активно регрессировало шелушение и инфильтрация псориазных бляшек, эритема исчезала в конце второй недели лечения. Полный регресс высыпаний, значительное улучшение и улучшение было достигнуто у 72% пациентов в группе,

применявшей 0,005% мазь ФП, по сравнению и 68% пациентами, использовавшими 0,1% мазь ГБ, что демонстрировало более высокую терапевтическую эффективность 0,005% мази ФП (10).

Сравнение эффективности 0,005% мази ФП с сильным ГКС бетаметазоном-17, 21-дипропионатом в виде 0,05% мази не выявило значительных отличий по эффективности и переносимости препаратов в лечении больных псориазом. Данный факт очень важен, так как ФП имеет более низкий риск развития локальных и системных побочных эффектов и обладает превосходной безопасностью в лечении стероидчувствительных дерматозов, особенно характеризующихся рецидивирующим течением, таких как псориаз. Также при применении ФП отмечался низкий риск развития нежелательных эффектов в наиболее чувствительных областях кожи – в области лица и складок. В остром периоде псориаза 0,005% мазь ФП применялась дважды в день в течение двух недель. Затем 8 недель в качестве поддерживающей терапии – 1 раз в день с постепенным снижением (нисходящий режим) кратности применения до одного раза в течение двух последующих дней в неделю. У большинства пациентов сохранялось улучшение продолжительностью более 71 дня наблюдения. Ни у одного пациента не было выявлено признаков атрофии кожи и телеангиэктазий. Частота рецидивов в области лица и складок была низкой, значительно ниже, чем на других участках тела (11, 12).

Топические ГКС являются препаратами первой линии в терапии экземы. В исследовании, сравнившем клиническую эффективность и безопасность 0,005% мази ФП и 0,1% мази гидрокортизона бутират (ГБ), была доказана большая эффективность мази ФП по сравнению с мазью ГБ в лечении умеренно выраженной и тяжелой экземы. Терапию ФП проводили в течение 4 недель, наносил препарат 2 раза в день, что привело к полному регрессу всех симптомов дерматоза при хорошей

переносимости лечения у всех пациентов (13).

В многоцентровых рандомизированных исследованиях было показано, что пациенты с экземой и atopическим дерматитом, применявшие ФП 1 раз в день, использовали приблизительно половину активного препарата, чем получавшие лечение 2 раза в день, и при этом достигался сходный эффект. Однако при режиме нанесения ФП 2 раза в день наблюдалась тенденция к более быстрому наступлению эффекта. Существенное улучшение обычно наблюдалось в течение 8 дней от начала лечения ФП; зуд, как правило, исчезал быстрее других симптомов. При использовании ФП 1 раз в день нанесение вечером было достоверно более эффективным, чем нанесение утром (14).

M.H. Tan et al. провели длительное открытое исследование эффективности и безопасности 0,005% мази ФП у 21 взрослых пациентов с АД. В остром периоде в первые 2 недели препарат применялся 2 раза в день, далее в нисходящем режиме в течение 8 недель однократно два раза в неделю в течение двух последующих дней. У 95% пациентов с локализацией патологического процесса в области лица и складок положительный эффект от проводимой терапии наблюдался спустя 2 недели. Более того, ремиссия в дальнейшем у большинства пациентов превышала 71 день, они не отмечали симптомов обострения, а также не было выявлено каких-либо побочных эффектов со стороны кожи, таких как атрофия и образование телеангиэктазий. Данное клиническое исследование показало, что применение 0,005% мази ФП в области век, периорбитальной области, лица и интертригинозных зонах у больных АД является эффективным и безопасным (15).

Более позднее крупномасштабное рандомизированное, двойное слепое исследование в параллельных группах, проведенное у взрослых пациентов с АД в возрасте от 12 до 65 лет показало эффективность и безопасность 0,05% крема ФП и 0,005% мази ФП, применяемых



Лечение, с которым можно пройти расстояние

КУТИВЕЙТ™ КРЕМ И МАЗЬ

ХОРОШО ПЕРЕНОСИТСЯ

Приемлемый профиль безопасности и переносимости у детей с 3-х месяцев в клинических исследованиях¹⁻³

ЭФФЕКТИВНЫЙ

Быстрое и эффективное лечение умеренных и тяжелых форм атопического дерматита^{2,3}

УДОБНЫЙ

Удобное применение – 1 или 2 раза в день для пациентов с атопическим дерматитом¹⁻³



Кутивейт™
флутиказона пропионат

Кутивейт крем/мазь показан для лечения острых и хронических воспалительных дерматозов.

Кутивейт крем/мазь применяется для уменьшения риска развития рецидивов при хронической форме атопического дерматита⁴.

Кутивейт крем 0,05 %, Кутивейт мазь 0,005%

Краткая информация о препарате Кутивейт™

Перед применением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной версией инструкции по медицинскому применению.

Международное название: флутиказона пропионат.

Состав

1 г мази содержит 50 мкг флутиказона пропионата.
1 г крема содержит 500 мкг флутиказона пропионата.

Фармакологические свойства

Флутиказона пропионат относится к глюкокортикостероидам (ГКС) для местного применения и обладает выраженным местным противовоспалительным, противоотечным и противоаллергическим действием. После нанесения флутиказона пропионата на кожу вероятность угнетения функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы минимальна. Флутиказона пропионат имеет высокий метаболический клиренс и быстро выводится из организма. Биодоступность флутиказона пропионата при наружном применении очень низка вследствие ограниченного всасывания препарата через кожу, а также в связи с интенсивным метаболизмом при первом прохождении через печень. Препарат, поступивший в системный кровоток после нанесения на кожу, быстро инактивируется. Поэтому системное воздействие флутиказона пропионата минимально.

Показания к применению

Лечение острых и хронических дерматозов: экзема, атопический дерматит, себорейный дерматит, контактный дерматит, псориаз, нейродерматоз (включая простую лишай), красный плоский лишай, дискоидная красная волчанка, эритродермия (в качестве дополнения к системной ГКС-терапии), укусы насекомых. Кутивейт в виде крема и мази применяется для уменьшения риска развития рецидивов при хронической форме атопической экземы, если отмечался терапевтический эффект при лечении острой фазы заболевания.

Способ применения и дозы

Лечение острых и хронических дерматозов

На пораженные участки кожи наносят тонкий слой крема или мази 1 – 2 раза в сутки. Курс лечения – 2 недели.

Уменьшение риска развития рецидивов заболевания

После достижения терапевтического эффекта в острой фазе заболевания частоту применения крема или мази уменьшают: рекомендуется однократно наносить препарат на все ранее пораженные участки кожи или на участки, где можно ожидать проявления рецидива заболевания, 2 раза в неделю без наложения окклюзионной повязки.

Литература: 1. Friedlander SF, Hebert AA, Allen DB: for the Fluticasone Pediatrics Safety Study Group. Safety of fluticasone propionate cream 0.05% for the treatment of severe and extensive atopic dermatitis in children as young as 3 months. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(3):387-393. 2. Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, Gerretsen AL, Mulder PGH, Oranje AP. Efficacy and safety of fluticasone propionate 0.005% ointment in the long-term maintenance treatment of children with atopic dermatitis: differences between boys and girls? *Pediatr Allergy Immunol.* 2009;20:59-66. 3. Kirkup ME, Birchall NM, Weinberg EG, Helm K, Kennedy CTC. Acute and maintenance treatment of atopic dermatitis in children – two comparative studies with fluticasone propionate (0.05%) cream. *J Dermatol Treat.* 2003;14:141-148. 4. Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients *Br J Dermatol.* 2002;147:528-537.

Побочное действие

Жжение и зуд в месте нанесения препарата, истончение кожи, стрии, расширение поверхностных кровеносных сосудов, гипертрихоз и гипопигментация, вторичные инфекции. Длительное применение высоких доз препарата или нанесение его на обширные участки кожи может привести к значительной системной абсорбции и вызвать признаки гиперкортицизма.

Противопоказания

Гиперчувствительность к любому компоненту крема или мази; розовые угри; обыкновенные угри; периоральный дерматит; вирусные и грибковые инфекции кожи; перанальный и генитальный зуд. Применение крема Кутивейт противопоказано у детей младше 1 года. Применение мази Кутивейт противопоказано у детей младше 6 месяцев.

Применение при беременности и в период лактации

Кутивейт можно назначать только в том случае, если предполагаемая польза для матери превышает любой возможный риск для плода. Отсутствуют данные о возможности флутиказона пропионата проникать в грудное молоко. В период лактации необходимо отказаться от грудного вскармливания.

Особые указания

Рекомендуется применять Кутивейт в минимальных дозах, обеспечивающих терапевтический эффект. При длительном применении сильнодействующих топических ГКС атрофические изменения чаще возникают на лице, чем на других участках тела. При нанесении мази или крема на веки необходимо следить, чтобы препарат не попал в глаза. Применение Кутивейта рекомендуется сочетать со смягчающими косметическими средствами.

Взаимодействие с другими препаратами

Не известно.

Форма выпуска

Крем, мазь: по 15 г в алюминиевую тубу.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта.

Регистрационное удостоверение: П № 012556/01 (крем), П № 012556/02 (мазь).



GlaxoSmithKline

Более подробную информацию можно получить в ЗАО «ГласскоСмитКляйн Трейдинг» по адресу:

12614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 3, эт. 5, Бизнес-парк «Крылатские Холмы».

Тел.: (495) 777-89-00, факс: (495) 777-89-01





Рисунок 1. Хроническая экзема кистей до лечения



Рисунок 2. Тот же больной после недели применения крема Кутивейт

в одинаковых режимах. Стабилизация ремиссии поддерживалась регулярным, дважды в неделю, применением ФП в сочетании с эмолlientами. При этом кремная форма препарата оказалась более эффективной, чем мазевая. Применение 0,05% крема ФП обеспечивало снижение риска развития рецидива АД в 6 раз, а 0,005% мази ФП в 2 раза (16).

Золотым стандартом терапии АД у детей является назначение НГКС слабой или средней степени силы совместно с эмолlientами. В наблюдательном сравнительном исследовании была оценена эффективность и безопасность 0,05% крема ФП и 0,05% крема клобетазона бутирата (КБ) в терапии 21 ребенка с АД средней степени тяжести в возрасте от 3 до 8 лет. ФП применяли 1 раз в день, а КБ – дважды в день в течение одного месяца. Препараты переносились хорошо, побочных эффектов выявлено не было, исследователями отмечена высокая терапевтическая эффективность ФП при удобном режиме лечения по сравнению с КБ (17).

Недавно проведенные исследования показали эффективность терапевтических подходов с ис-

пользованием однократного ежедневного применения 0,005% мази ФП в период обострения АД. В последующем к лечению присоединяли эмолlientы и масляные ванны с сохранением аппликаций ФП дважды в неделю на очаги, склонные к обострению. Благодаря данной терапевтической стратегии риск развития рецидива уменьшался в 2-3 раза, а ремиссия удлинялась до 16 недель. У больных, получавших плацебо вместе с эмолlientами, межрецидивный период составлял не больше 4 недель (18).

В крупномасштабном многоцентровом исследовании, охватывающем взрослых и детей в возрасте от 3 месяцев до 65 лет с умеренным и тяжелым течением АД, были получены данные о высокой клинической эффективности и безопасности 0,05% крема ФП. Применение крема ФП снизило риск развития рецидива в 7 раз у взрослых и в 8 раз у детей. Межрецидивный период при интермиттирующем режиме применения ФП с эмолlientами превышал 20 недель. В группе сравнения у больных АД, применявших плацебо с эмолlientами, период ремиссии составил лишь 4-5 недель (19).

При сравнительном многоцентровом исследовании эффективности крема ФП, 1% гидрокортизонового крема и 0,1% крема гидрокортизона-17-бутирата при лечении детей с АД в возрасте от 2 до 14 лет как в остром периоде, так в качестве поддерживающей терапии показано, что ФП обеспечивает более высокий уровень контроля заболевания. Препараты наносились дважды в день в течение 2-4 недель до полной стабилизации воспалительного процесса. Затем переходили на интермиттирующий режим применения ФП в сочетании с эмолlientами с нанесением крема на пораженные области при первых признаках обострения (2 раза в день) в течение 12 недель. Оценка эффективности лечения по общей шкале симптомов SCORAD показала, что крем ФП был значительно более эффективным как в острую фазу заболевания, так и в качестве поддерживающего лечения при одинаковой переносимости по сравнению с 1% гидрокортизоновым кремом и 0,1% кремом гидрокортизона-17-бутирата (20).

На кафедре дерматовенерологии ММА им. И.М. Сеченова в кон-


це 1990-х годов было проведено клиническое исследование по изучению терапевтической эффективности и переносимости ФП у больных с различными острыми и хроническими воспалительными дерматозами. Под наблюдением находилось 29 больных в возрасте от 18 до 54 лет (11 женщин и 18 мужчин). Их них 9 страдали различными видами экземы, 6 – аллергическим дерматитом, 8 – атопическим дерматитом и 6 – псориазом с преимущественной локализацией в области лица и складок. В течение первых 5-7 дней для получения более быстрого противовоспалительного эффекта ФП в виде 0,005% крема или 0,05% мази в зависимости от выраженности воспалительного процесса наносили 2 раза в день, а затем переходили на однократное применение препарата. Курс лечения продолжался от 1 до 3 недель. К концу первой недели терапии полный регресс высыпаний и зуда наступил у больных с аллергическим дерматитом, и значительно облегчилось состояние больных другими дерматозами. Полностью исчезали зуд, отечность и везикуляция в очагах при АД и экземе, при псориазе уменьшались гиперемия и инфильтрация. На 2-й неделе терапии продолжал на-

растать терапевтический эффект у большинства наблюдаемых больных экземой, АД и псориазом с регрессом клинической симптоматики до 40-50%. В конце 3-й недели лечения у 33% больных наступило полное клиническое выздоровление, а у остальных – значительное улучшение и улучшение. Без эффекта не остался ни один пациент. Лечение все больные переносили хорошо, в процессе него побочных явлений отмечено не было. При этом все пациенты отмечали прекрасные косметологические свойства основы ФП, особенно кремовой формы, которая хорошо распределялась по поверхности кожи, быстро впитывалась, не оставляла жирного блеска.

Быстрый эффект от лечения, отсутствие побочных эффектов, удобный режим применения 1 раз в день крема и мази ФП, привлекательность основы способствовали формированию большой приверженности пациентов к этому препарату и в последующем предпочтении его другим наружным ГКС. Выгодно отличает ФП от других препаратов этой группы и его относительно низкая стоимость, что, как известно, играет не последнюю роль в мотивации выбора лекарства пациентом (21).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании результатов проведенных отечественных и зарубежных исследований флутиказон пропионат (ФП) может рассматриваться как высокоэффективный НГКС, обладающий выраженным противовоспалительным, иммуносупрессивным, антипролиферативным, сосудосуживающим и противозудным действиями. Его отличает высокий уровень системной и местной безопасности и прекрасные косметологические свойства основы. Фармакоэкономические характеристики препарата существенно повышают приверженность его выбора пациентами среди других аналогов.

ФП может быть рекомендован в виде 0,05% крема и 0,005% мази для лечения как острых, так и хронических воспалительных дерматозов взрослым и детям с 6 месяцев (мазь) и с 1 года (крем). Гибкий режим дозирования 1-2 раза в день, возможность длительного применения без развития побочных эффектов, даже на высокочувствительных к стероидам зонах кожи, позволяют относить его к разряду «мягкого НГКС». 

Статья публикуется при поддержке компании ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»

Литература

- Хэбиф Т.П. Кожные болезни. М.: Медпресс-информ, 2006. С. 18-82, 114-124.
- Stery W., Paus R., Burgdorf W. Dermatology. Thieme clinical companions. Germany, 2006, p. 596-599.
- De Bosscher K., Van den Berghe W. The interplay between the glucocorticoid receptor and nuclear factor-kappa B or activator protein-1: Molecular mechanisms for gene repression. *Endocr Rev* 2003; 24: 488-522.
- Моисеев С.В. Флутиказон пропионат (Кутивейт) в лечении заболеваний кожи. Клиническая фармакология и терапия. 1997; Т. 6, №4: 18-20.
- Shaw R.J. Pharmacology of fluticasone propionate. *Respir Med* 1994 Aug. 88 (Suppl A): 5-8.
- Lee F.W., Nystrom D.D., Kooce W. Comparison of the percutaneous absorption of fluticasone 17-propionate from cream and ointment formulation in rats. *Parm. Res.* 1989, Sep; 6 Supp: S106.
- Johson M. Anti-inflammatory properties of fluticasone propionate. *Int Arch Allergy Immunol.* 1995; 107: 439-440.
- Tan C.Y., Marks R., Payne P. Comparison of xeroradiographic and ultrasound detection of corticosteroid induced dermal thinning. *J Invest Dermatol.* 1981; 76: 126-128.
- Roeder A., Schallerb M., Schäfer-Korting M., Kortinga H.C. Safety and Efficacy of Fluticasone Propionate in the Topical Treatment of Skin Diseases. *Skin Pharmacol Physiol* 2005; 18: 3-11.
- Nurnberger F.G. A comparison of fluticasone propionate ointment, 0.005%, and hydrocortisone-17-butyrate ointment, 0.1%, in the treatment of psoriasis. *Cutis* 1996; 57: 39-44.
- Roberts D.T. Comparison of fluticasone propionate ointment, 0.005%, and betamethasone-17,21-dipropionate ointment, 0.05%, in the treatment of psoriasis. *Cutis* 1996; 57: 27-31.
- Lebwohl M.G., Tan M.H., Meador S.L., Singer G. Limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005% on patients with psoriasis of the face and intertriginous areas. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44: 77-82.
- Hachem J.P. et al. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. *Clin Exp Dermatol.* 2002; 27: 47-50.
- Tharp M.D. A comparison of twice-daily and once-daily administration of fluticasone propionate cream, 0.05%, in the treatment of eczema. *Cutis* 1996; 57: 19-26.
- Tan M.H., Meador S.L., Singer G., Lebwohl M.G. An open-label study of the safety and efficacy of limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005%, in patients with atopic dermatitis of the face and intertriginous areas. *Int J Dermatol.* 2002; 41: 804-809.
- Van Der Meer J.B. et al. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. *Br J Dermatol* 1999; 140: 1114-1121.
- Wolkerstorfer A. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream once daily versus clobetasone butyrate 0.05% cream twice daily in children with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39: 226-231.
- Berth-Jones J. et al. Multinational Study Group: Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis. *BMJ* 2003; 326: 1367-1373.
- Hanifin J., Gupta A.K., Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. *Br J Dermatol.* 2002; 147: 528-537.
- Kirkup M.E. et al. Acute and maintenance treatment of atopic dermatitis in children – two comparative studies with fluticasone propionate (0.05%) cream. *J Dermatol Treat.* 2003; 14: 141-148.
- Иванов О.Л., Белоусова Т.А. Кутивейт – активный и безопасный топический кортикостероид. Тез. докладов V Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 1998. С. 489.

В.А. МОЛОЧКОВ,
Г.Ю. КНОРРИНГ,
Г.Ф. РОМАНЕНКО

Отделение
дерматовенерологии
и дерматоонкологии
МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского,
Москва;
Кафедра терапии
и клинической
фармакологии
Медицинской академии
последипломного
образования,
Санкт-Петербург

Рациональная ферментотерапия в дерматовенерологии

Современная медицина, ко всеобщему сожалению, стала достаточно агрессивна. Осознание необходимости контроля применения лекарств привело к изучению не только основных, но и побочных действий лекарств, анализу лекарственных взаимодействий и осложнений. Приоритет в плане безопасности следует отдавать эффективным натуральным препаратам. Именно эти препараты позволяют оказывать положительное влияние на организм, не навредив глубинным эндогенным процессам, обеспечивающим его жизнедеятельность, защитные реакции, процессы репарации после любых вмешательств. Ключевую роль в патогенезе данного дерматоза играют аутоиммунные реакции к коллагену, возникающие вследствие высокого уровня антигенной коллагеновой стимуляции.

Известно, что ферменты, являясь биологическими катализаторами, участвуют во всех системных процессах и каскадных реакциях, обеспечивают регуляцию иммунной системы организма, сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, воспаления, репаративных и обменных процессов. В связи с этим большой интерес представляет метод **системной энзимотерапии**, известный в Европе с 1959 года, концепцию которого составляет применение комплекса протеолитических ферментов (энзимов).

Препараты системной энзимотерапии (СЭТ) – Вобэнзим, Флогэнзим, Вобэ-Мугос-Е – выпускаются

компанией «Мукос Фарма», Германия. Основным из них является препарат Вобэнзим (Mucos Pharma, Германия; регистрационный № 011530/01 от 19.02.2010).

Эффект препаратов СЭТ основан на кооперативном терапевтическом воздействии целенаправленно составленных гидролитических ферментов растительного и животного происхождения (4, 10) (см. таблицу).

Вобэнзим на протяжении более чем 50 лет широко используется во всем мире в первую очередь инфекционистами, терапевтами, ревматологами, гинекологами, урологами, хирургами и другими специалистами, в том числе и дерматологами, венерологами, косметологами (10).

В нашей стране Вобэнзим применяется с 1995 г. Ниже приводятся наши данные об эффективности использования СЭТ при лечении хронических дерматозов и ИППП.

ВОБЭНЗИМ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Терапевтический эффект препарата Вобэнзим при хронических дерматозах основан на противовоспалительном, иммуномодулирующем, противоотечном, фибринолитическом и вторично анальгезирующем эффектах (4, 11). Он ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, ускоряет лизис токсических продуктов обмена веществ в поврежденных тканях, нормализует проницаемость стенок сосудов, повышает вязкость крови, улучшает микроциркуляцию, стимули-

рует снабжение тканей кислородом и питательными веществами (6, 11).

В клинике дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ в период с 1995 по 2009 г. мы наблюдали 505 больных различными хроническими дерматозами: склеродермией – 134, красной волчанкой – 44, вульгарными угрями – 135, алопецией различного генеза – 45, хронической экземой – 65, розацеа – 32, витилиго – 15, а также другими дерматозами (мастоцитоз – 1, парапсориаз – 14, рубцы и язвы – 20). Возраст больных варьировал от 16 до 83 лет. Только 9 человек были в возрасте от 7 до 14 лет (алопеция, витилиго, атопический дерматит). До и на фоне лечения (1 раз в нед.) больным проводился полный комплекс лабораторных исследований, в том числе ряд больных был обследован иммунологически (пациенты с наличием частых рецидивов заболевания, при диссеминации патологического процесса и отсутствии эффекта от используемых ранее препаратов).

Переносимость Вобэнзима в каждом случае была удовлетворительной, серьезных побочных явлений не было. У ряда больных, страдавших привычными запорами, при приеме больших доз препарата наблюдалось изменение консистенции, цвета и запаха кала. У других пациентов ощущение «переполненного желудка», метеоризм, недомогание исчезали при уменьшении дозы препарата.

Наиболее эффективным оказалось использование Вобэнзима

в комплексной терапии красной волчанки и склеродермии с хроническим, рецидивирующим течением с наличием изменений со стороны внутренних органов (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, холецистит, дисбактериоз, сердечно-сосудистая патология в виде миокардиодистрофии и др.) и нервной системы, а также при распространенной бляшечной склеродермии и диссеминированной красной волчанке с наличием дисиммуноглобулинемии, антител к ДНК и антинуклеарного фактора, высокого уровня ЦИК, изменений ЭКГ, гипертрофии миокарда, снижении массы тела, болезненной деформации мелких суставов, субфебрилитете. Вобэнзим также оказался эффективным при линейной склеродермии и тотальной алопеции с наличием неврологической симптоматики.

Назначение Вобэнзима на фоне режимных мероприятий, ужесточения диеты, ограничения нагрузок (школьники и студенты) через 3-5 недель приводило к устранению зуда и жжения при атопическом дерматите, к появлению частичных очагов пигментации на очагах депигментации у больных витилиго; а при алопеции – к появлению роста пушковых волос в очагах и наступлению значительного улучшения через 3-4 мес. после начала комплексного лечения.

Сходные данные представляют и ряд других авторов. Так, Смирнова Н.С. и соавт. (1999-2003) при анализе результатов лечения более 500 детей с хроническими воспалительными дерматозами (атопический дерматит, алопеция ареата, экзема, очаговая склеродермия, рецидивирующая крапивница, почесуха и др.) отметили значительное сокращение сроков лечения и госпитализации, увеличение длительности ремиссии, сокращение медикаментозной нагрузки на фоне увеличения адаптационных возможностей организма. Также положительное влияние на состояние ЖКТ отмечали С.В. Бель-

Таблица. Препараты системной энзимотерапии

Вещество	Вобэнзим	Флогэнзим	Вобэ-Мугос Е
Бромелаин	225 F.I.P. * Ед	450 F.I.P. Ед	
Папаин	90 F.I.P. Ед		100 мг
Трипсин	360 F.I.P. Ед	1440 F.I.P. Ед	40 мг
Химотрипсин	300 F.I.P. Ед		40 мг
Панкреатин	345 прот. Евр. Фарм. Ед**		
Амилаза	50 F.I.P. Ед		
Липаза	34 F.I.P. Ед		
Рутин	50 мг	100 мг	

* F.I.P. Ед – единицы Federation International Pharmaceutical.

** прот. Евр. Фарм. Ед. – протеолитические единицы Европейской Фармакопей.

мер, Н.Г. Короткий, Е.Б. Григорьева (2001-2003) при атопическом дерматите; С.А. Волков, С.В. Романова (2003) при различных вариантах синдрома мальабсорбции и др. (4, 11).

Сочетание полимодальных эффектов – влияния на состояние кожи, иммунной системы, ЖКТ – отмечается и в исследованиях Я.А. Гончаровой (2001), применявшей Вобэнзим и Вобэ-Мугос более чем у 210 пациентов при псориазе, поражении волосистой части головы, ограниченной склеродермии, а также при вульгарных угрях, розацеа и демодекозе, кольцевидной гранулеме и гипертрофических рубцах. Отмечено значительное улучшение клинической картины за счет иммунонормализующего действия системных энзимов, улучшения реологических свойств крови, микроциркуляции и оптимизации трофики в зоне патологического очага, противовоспалительного и противоотечного действия энзимов (5, 11).

Таким образом, Вобэнзим является активным дополнительным средством лечения многих хронически протекающих и рецидивирующих дерматозов и особенно показан при хронических дерматозах с признаками системности (5, 6).

Наши данные свидетельствуют о целесообразности включения СЭТ в протоколы лечения больных хроническими дерматозами, что подтверждается и другими публикациями (Самцов В.А, 1999; Смирнова Н.С., 1997-2003; Короткий Н.Г. и соавт., 2004 и др.).

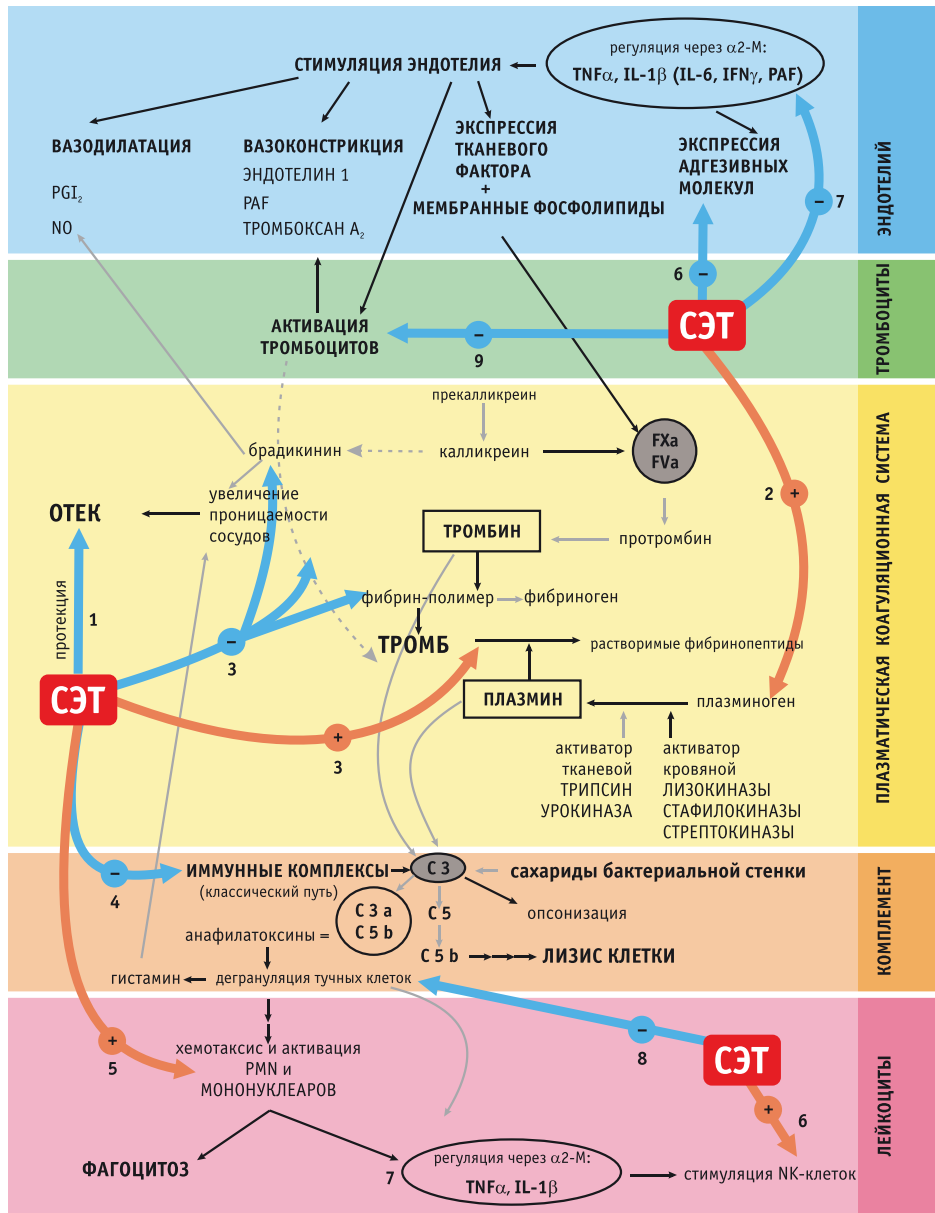
ВОБЭНЗИМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСЛОЖНЕННОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Настоящее время характеризуется чрезвычайно высокой распространенностью уретрогенных ЗППП, особое место среди которых занимает урогенитальный хламидиоз (УХ), доля которого среди ЗППП оценивается почти в 70%. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн больных, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, в Европе – 10 млн, в России уровень заболеваемости оценивается в 113-259 случаев на 100 тыс. населения (1-3).

Обычно УХ сопровождается хроническим, торпидным, осложненным течением и многоочаговостью поражений, а также частой (> 80%) ассоциацией с другими ИППП (1, 13). При этом совместное действие микроорганизмов усиливает патогенность каждого возбудителя, устойчивость к ним антибиотиков, способствует более тяжелому течению воспалительного процесса с формированием резистентных к противохламидийным антибиотикам, персистирующих *C. trachomatis* (3, 15).

Исходя из важной роли в патогенезе хронического УХ иммунопатологических механизмов с переключением иммунного ответа с Th1 на Th2, выработкой ИЛ-6, ИЛ-10, гиперпродукцией секреторных IgG и IgA, снижением выработки интерферона γ (14), стимуляцией запуска аутоиммунных реакций

МЕХАНИЗМЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ЭНЗИМОВ



Воздействие системной энзимотерапии (СЭТ) на механизмы воспалительного процесса

1 — противоотечное действие трипсина, химотрипсина и бромелаина и протективное действие папаина; 2 — повышение концентрации плазминогена плазмы; 3 — снижение образования фибрина и повышение удаления уже образовавшихся тромбов; 4 — повышение клиренса иммунных комплексов, утрата способности иммунных комплексов активировать каскад компонента; 5 — увеличение продукции цитокинов мононуклеарами, стимуляция гранулоцитов, стимуляция NK-клеток; 6 — снижение экспрессии адгезивных молекул; 7 — снижение уровня α -2-макроглобулина; 8 — ингибирование дегрануляции мастоцитов; 9 — уменьшение активации тромбоцитов.

и остановкой при формировании персистирующей хламидийной инфекции клеточного цикла возбудителя на стадии ретикулярных телец, лечение его должно быть комплексным, включающим помимо этиотропных препаратов, им-

муно-, ферменто-, физиотерапию и адекватное местное лечение (1-3, 15, 16). В то же время нарастание устойчивости *S. trachomatis* к противохламидийным антибиотикам и высокая частота побочных эффектов от антибиотикотерапии дикту-

ют необходимость разработки новых, более эффективных подходов к его лечению.

В связи с этим нами в комплекс лечения хронического, осложненного УХ был включен препарат СЭТ Вобэнзим.

Выбор препарата был обусловлен его способностью к созданию при хроническом УХ условий для физиологического развития воспаления (бактериального, вирусного), препятствующих его переходу в патологическую форму. При этом важное значение имеют обусловленные Вобэнзимом **бустер-эффекты** (Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю., 2003):

1) повышение качества доставки этиотропных препаратов вследствие:

- улучшение всасывания;
- улучшение микроциркуляции крови, в том числе в очаге воспаления;
- конкурентное взаимодействие с транспортными белками крови-а-2-макроглобулином и др.;
- улучшение доставки антибактериальных средств в микробные колонии;
- увеличение проницаемости мембран;

2) улучшение условий работы антибактериальных препаратов за счет:

- усиление некролиза, расщепление детрита в очаге воспаления, т.е. усиление эффекта санации в очаге воспаления;
- снижение кислотности среды в очаге воспаления, особенно в полостях;
- эффект очищения клеточной мембраны, как клетки-хозяина (носите ля), так и возбудителя;

3) увеличение экспозиции антибактериальных препаратов в плазме крови и тканях;

4) улучшение проникновения антибактериальных средств внутрь микробных сообществ, прерывание передачи факторов резистентности микроорганизмов (Тец В.В., 2004, 2009).

Обусловленные Вобэнзимом **сервис-эффекты** сводятся к:

- снижению выраженности по-

бочных эффектов этиотропных препаратов;

- уменьшению токсичности;
- гепатопротекции;
- уменьшению частоты и/или выраженности флатуленции, метеоризма, тошноты, болей в животе, диареи и других эссенциальных побочных эффектов антибиотикотерапии.

В частности, способность отдельных энзимов повышать концентрацию антибиотиков в крови и облегчать их проникновение в ткани при хроническом простатите, по данным Varsom S. и соавт., связана с их способностью улучшать микроциркуляцию в тканях, реологию крови и транспорт антибиотиков (14). По данным Hartman и Micasans (1996), использование Вобэнзима повышало эффективность лечения тяжелых форм гонореи, а, по данным Сухих Т.Г. (1997), – хронического УХ в сочетании с микoureapлазмозом. Высокая эффективность Вобэнзима в лечении УХ, трихомониаза, генитального герпеса, других уретрогенных ИППП была отмечена и целым рядом других исследователей, отмечавших многосторонний эффект этого препарата, выражавшийся в повышении качества жизни, включая быстрее угасание ведущих клинических симптомов, увеличение частоты эрадикации бактериальных возбудителей, сокращение сроков выделения вируса простого герпеса (ВПГ), снижении риска развития урогенитальных осложнений (хронического простатита, везикулита, артрита и др.), а также побочных эффектов антибиотикотерапии (дисбактериоза и др.), причем в случае возникновения этих осложнений и побочных эффектов применение Вобэнзима существенно ускоряло их ликвидацию (7, 8, 10, 12).

Дополнительные разносторонние лечебные эффекты полиферментных препаратов представлены на рисунке.

Основные иммунотропные эффекты системной иммунотерапии:

- 1) стимуляция моноцитов-макрофагов, естественных киллеров,

цитотоксических Т-лимфоцитов и регуляция уровня их активности:

- энзимы стимулируют клетки иммунной системы, продуцирующие цитокины, способствуют элиминации супрессорных факторов иммуноцитов;

- энзимы повышают фагоцитарную активность клеток (увеличивают способность Fc-рецепторов нейтрофилов и макрофагов к взаимодействию с антигенами и клетками);

- энзимы снижают уровень белков острой фазы;

1) регуляция уровня цитокинов:

- энзимные препараты снижают высокие уровни полимеризованных цитокинов и комплексов цитокин-рецептор;

- под действием энзимов ускоряется переход нативного α2-макроглобулина в «быструю» форму;

- энзимы устраняют причины подавления продукции α2-макроглобулина макрофагами, что обеспечивает возможность регуляции цитокинового метаболизма;

1) снижение продукции патогенных иммунных комплексов:

- энзимы повышают клиренс патогенных иммунных комплексов и из мембранных депозитов; фрагментация иммунных комплексов и других «блокирующих» факторов происходит за счет усиления фагоцитоза, увеличения способности Fc-рецепторов к установлению межклеточных контактов, стимуляции клеток системы мононуклеарных фагоцитов и нейтрофилов, возможно, прямого дезагрегирующего действия в зонах связей антиген-антитело;

- энзимы снижают активность системы комплемента, стимулирующей синтез патогенных иммунных комплексов;

- энзимы подавляют образование иммунных депозитов в тканях, способствуют мобилизации тканевых депозитов ЦИК;

4) регуляция уровня адгезивных молекул:

- энзимы активируют иммунные клетки, повышают цитотоксическую активность моноцитов-

макрофагов и естественных киллеров, повышают экспрессию ICAM, а также увеличивают продукцию цитокинов;

- энзимы снижают чрезмерную экспрессию адгезивных молекул (регуляция продукции цитокинов и образования иммунных комплексов, индуцирующих адгезивные рецепторы, может осуществляться за счет вторичной редукции экспрессии этих рецепторов).

Наконец, еще одно из свойств СЭТ – регуляторное влияние на перекисное окисление липидов и протеинов – лежит в основе многочисленных метаболических эффектов, которые с успехом используют в лечении различных заболеваний, в том числе инфекционных (8, 10).

Нами изучалась эффективность Вобэнзима (внутри по 5 табл. 3 раза в день за 40 мин. до еды, запивая 200-250 мл воды, в течение 3 нед.) в комплексном лечении 73 больных ИППП, включая 55 мужчин (в возрасте от 20 до 65 лет), в том числе 50 с хроническим урогенитальным хламидиозом (у 14 в ассоциации с трихомониазом) и 5 с хроническим трихомониазом, у каждого из которых был диагностирован хронический простатит, а у 25 хронический везикулит (давность заболевания варьировала от 4 мес. до 10 лет; 25 (46%) по поводу простатита безуспешно лечились ранее, и 18 женщин, у которых хронический хламидийный эндоцервицит (уретрит, в 5 случаях в ассоциации с трихомонадным кольпитом) был осложнен хроническим сальпингоофоритом, а в 10 случаях и эрозией шейки матки); давность заболевания у них варьировала от 4 мес. до 12 лет (в среднем 2,8 года) и 9 (50%) из них по поводу мочеполовых инфекций безуспешно лечились ранее.

Помимо Вобэнзима, пациенты с хроническим УХ получали антибиотик-макролид Вильпрофен (внутри по 500 мг 2 раза в день 21 день), при трихомониазе Тиберак внутри по 0,5г 2 раза в день 10 дней; иммунотропный препарат Виферон (интерферон-α2b с антиоксидантами вит Е и С) ректально



по 3 млн МЕ в одной свече 1 раз в сутки 20 дней; соответствующее местное лечение (инсталляции уретры, туширование семенного бугорка 10% нитратом серебра, массаж предстательной железы, влагалитные ванночки с 3% протарголом), физиопроцедуры – вибромассаж на аппарате «Интрамаг» №10, магнитотерапию №10-12.

Эффективность проводимой терапии оценивалась нами по совокупности клинических и лабораторных данных через 1,2 мес. после лечения.

В результате лечения клиническое выздоровление было достигнуто в 66 (92%), улучшение – в 6 (8%) случаях. Элиминация возбудителей произошла в 69 (94,7%) случаях. Переносимость лечения в каждом случае была удовлетворительной.

Анализ иммунограмм, полученных после лечения, свидетельствовал о произошедшей у пациентов, с одной стороны, выраженной активации неспецифического звена иммунитета, судя по усилению функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов (увеличение показателей фагоцитоза: ФЧ (фагоцитарное число), ФИ (фагоцитарный индекс) и НСТ-теста; экспрессии молекул адгезии на поверхности клеток), а, с другой, – к активации факторов клеточного иммунитета с тенденцией к нарастанию общего числа лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+)

и НК-клеток (CD 16+), увеличению экспрессии рецепторов ИЛ-2 (CD 25+), а также уровней ИФН- γ и других цитокинов, что, в свою очередь, благоприятно повлияло на исход инфекционного процесса.

Результаты контрольных исследований 54 пациентов свидетельствовали об отсутствии рецидивов заболевания в 52 (92%) случаях; у 2 (8%) пациентов в эти сроки отмечалась реинфекция.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности, патогенетической обоснованности и хорошей переносимости больными предложенного комплексного метода лечения хронического осложненного УХ и трихомониаза на основе системной ферментотерапии полиферментным препаратом Вобэнзимом.

РЕКОМЕНДАЦИИ

При лечении инфекционных заболеваний и урогенитальных инфекциях Вобэнзим принимают по 5 драже 3 раза в день (в тяжелых случаях 7 драже 3 раза в сутки). Обязательно соблюдение условий приема: таблетки принимают за 30-40 мин. до еды или через 1,5-2 ч после приема пищи и запивают 150-200 мл воды. Таблетки нельзя измельчать и раскусывать, так как они покрыты кислотоустойчивой оболочкой.


Длительность приема Вобэнзима: в течение всего курса приема антибиотиков, далее в течение еще

2 недели для коррекции нарушенного иммунитета, дисбиотических изменений. При необходимости сроки приема энзимных препаратов могут быть увеличены до 2-3 месяцев.

В дерматологии при рассмотренных выше нозологических формах начальная доза Вобэнзима составляет 5-7 табл. 3 раза в сутки, рекомендуется до получения выраженного клинического эффекта (который обычно наступает через 2-4 нед.), затем снижается на протяжении 2 недель до 3-5 табл. 3 раза в день, после этого препарат принимается в течение еще 2 недель.

При отсутствии желаемого эффекта после основного 6-недельного курса лечения, а также при отсутствии тенденции к нормализации обусловленных заболеванием лабораторных показателей, курс лечения Вобэнзимом (по 3 табл. в день) продолжают еще в течение 3-4 мес.

При обострении или рецидиве кожного заболевания (вульгарные, розовые угри и др.) прием препарата в комплексе с другими лекарственными средствами проводится вновь в тех же дозах.

Вобэнзим в лечении детей и подростков в возрасте от 7 до 14 лет (атопический дерматит, алопеция, вульгарные угри, витилиго и др.) применяется из расчета 1 табл. на 6 кг массы тела, препарат принимается непрерывно в течение 4 месяцев. 

Литература

- Аксенова О.Л., Литвинова И.А., Молочков В.А. и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005; №6: 60-66.
- Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Новик Ф.К., Аверкиев В.Г. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005; №4: 1-4.
- Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. М.: Медицина, 2006.
- Кошевенко Ю.Н., Смирнова Н.С. Новые патогенетические механизмы системной энзимотерапии // Росс. журн. кожных и венерических болезней. 1999; № 1: 70-73.
- Молочков В.А., Романенко Г.Ф., Кражева С.С. и др. Полиферментный препарат Вобэнзим в лечении хронических дерматозов (по материалам отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии ГУ МОНКИ им. М.Ф. Владимирского) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008; №2: 37-40б.
- Молочков В.А., Кражева С.С., Романенко Г.Ф. и др. Полиферментный препарат Вобэнзим в лечении хронических дерматозов и заболеваний, передающихся половым путем: Учебное пособие. М., 2007. 20 с.
- Повышение эффективности и снижение побочных эффектов антибактериальной терапии методом системной энзимотерапии / Метод. рекоменд. ДЗ Москвы. М., 2005. 32 с.
- Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю. Системная энзимотерапия как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств // Антибиотики и химиотерапия. 2003; №3: 30-33.
- Романенко Г.Ф., Шахнес И.Е., Барченя В.П., Стоич А.А. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 1998; №4: 42-45.
- Системная энзимотерапия. Опыт и перспективы / Под ред. В.С. Савельева, В.И. Кулакова, В.А. Насоновой. СПб.: Интер-Медика, 2004. 264 с.
- Системная энзимотерапия в лечении и реабилитации больных в дерматокосметологии и пластической хирургии: Пособие для врачей / Под ред. В.А. Виссарионова. М., 2009. 72 с.
- Хрянин А.А. Оценка эффективности системной энзимотерапии на состояние иммунных реакций при хронической урогенитальной хламидийной инфекции // Матер. конф. «Санкт-Петербургские дерматологические чтения», 15-16 сентября 2005 г. СПб, 2005. С. 103.
- Чеботарев В.В. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002; №1: 53-59.
- Barsom S., Sasse-Rollenhagen K., Bertman A. // Erfahrungsheilkunde. 1982; Bd.31. S.2.
- Brunham R.C., Mc Clarty G. Chlamydia – In: Sexually Transmitted Diseases / Vaccine, Prevention and Control / Eds. L.R. Stanberry, D.I. Bernstein – San Diego – Academic Press. 2000; P. 339-347.
- Kulpers J.G., Zeidler H., Kohler L. How does Chlamydia cause arthritis? // Rheum. Dis. Clin. N. America. 2003; Vol. 29: 6132-629.

ПАРФЮМЕРНО-
КОСМЕТИЧЕСКАЯ
ВЫСТАВКА



В РОССИИ*

СТАНЦИЯ
МЕТРО
«МЯКИНИНО»
УЖЕ ОТКРЫТА
В КРОКУС
ЭКСПО!

20-23 ОКТЯБРЯ 2010 ГОДА
МВЦ «КРОКУС ЭКСПО», МОСКВА

interCHARM 2010

XVII МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА
ПАРФЮМЕРИИ И КОСМЕТИКИ

InterCHARM ПРЕДСТАВЛЯЕТ



**ЗДОРОВЬЕ
И КРАСОТА**


Специализированный раздел
выставки INTERCHARM

ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА • БАД • ВИТАМИНЫ •
ПРОДУКТЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ • СРЕДСТВА
ГИГИЕНЫ • НУТРИЦЕВТИКА • ANTI-AGEING
КОСМЕТИКА • КОСМЕЦЕВТИКА

**В ПРОГРАММЕ ВЫСТАВКИ
(ПО ЗАКАЗУ «РИД-СК»)**

КОНФЕРЕНЦИЯ FARMA • BEAUTY
ДЛЯ АПТЕК И АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

ОРГАНИЗАТОР:

 **Reed Exhibitions**

ООО «РИД-СК»

ТЕЛ./ФАКС: (495) 662-7101, 937-6861/62

E-MAIL: INTERCHARM@REEDEXPO.RU

WWW.INTERCHARM.RU

Телемедицина – будущее дерматовенерологии



Главный дерматовенеролог Челябинской области, доктор медицинских наук Олег Раисович Зиганшин

Олег Раисович, расскажите, пожалуйста, как появился диспансер и почему именно он считается областным центром оказания помощи больным дерматовенерологического профиля?

Наше учреждение появилось в 1936 году. Более 70 лет ГУЗ «ЧОКВД» оказывает высококвалифицированную диагностическую, консультативную и лечебную помощь жителям Челябинска и Челябинской области, возглавляет организационно-методическую



Областной клинический кожно-венерологический диспансер в Челябинске

Областной кожно-венерологический диспансер занимает ведущее место среди лечебных учреждений Челябинской области. Здесь не просто медицинский центр областного значения, но и пункт оперативной помощи, основной узел точной диагностики и лечения больных, уникальная исследовательская и научная база для молодых специалистов. Успехами предприятия и секретами мастерства медиков Областного клинического кожно-венерологического диспансера поделился с челябинским корреспондентом журнала «Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии» Еленой Ровинской главный дерматовенеролог Челябинской области, доктор медицинских наук Олег Раисович Зиганшин.

работу дерматовенерологической службы Челябинской области. ГУЗ «ЧОКВД» принимает активное участие в федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями–2007-2011» подпрограмме «Инфекции, передаваемые половым путем».

С 1998 года ГУЗ «ЧОКВД» разработал и успешно внедряет областные комплексные программы межведомственных мероприятий по предупреждению распространения ИППП в Челябинской области.

В 1978 году на базе нашего диспансера и кафедры кожных и венерических болезней Челябинской государственной медицинской академии был создан филиал республиканского центра по диагностике хламидийной инфекции (опорная база Всероссийского центра по хламидиозам). В Челябинской области (в одной из первых в СССР) под руководством профессора Иосифа Израильевича Ильина началось углубленное изучение хламидиоза, в дальнейшем и других ИППП. Продолжал изучение этих проблем ученик И.И. Ильина, профессор Юрий Николаевич Ковалев, в настоящее время уже ученики Юрия Николаевича Ковалева, в их числе и я продолжаем изучение хламидиоза и ИППП, начатое профессором

И.И. Ильиным. Так что мы были своего рода первопроходцами, ведь до этого момента человечество прекрасно существовало, не зная, что хламидиоз существует. А это заболевание существенно влияет на рождаемость, а значит на общую демографическую ситуацию.

Олег Раисович, как работает служба дерматовенерологии в диспансере, есть ли преимущества, существенные отличия от привычной работы схожих больниц?

Основным преимуществом работы нашего диспансера является отсутствие талонной системы, все больные получают необходимую им медицинскую помощь, в том числе и экстренную непосредственно в день обращения. Высокий уровень оказания медицинской помощи в диспансере обусловлен профессиональным коллективом. В диспансере работают два доктора медицинских наук, два кандидата медицинских наук, большая часть наших врачей и медсестер это специалисты высшей квалификационной категории. Любой из наших пациентов всегда обладает правом выбора лечащего врача. Диспансер располагает уникальной для Челябинской области лабораторией. Она работает во

всех возможных на сегодня направлений и является единственной в своем роде по количеству и качеству предлагаемых методов исследования, которые мы проводим не только для себя, но и для других ЛПУ Челябинской области. Лаборатория ГУЗ «ЧОККВД» участвует в федеральной программе по совершенствованию мониторинга устойчивости возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.

Вы упомянули о сроках оказания помощи, какой промежуток времени можно назвать критическим для больных, страдающих заболеваниями вашего профиля?

Своевременность обращения к врачу – важнейший фактор здоровья. Что касается сроков появления болезни, то для каждого заболевания они разные. Если например говорить о ВИЧ-инфекции, то многие больные ошибочно полагают, что сдав анализ крови через три-пять дней после контакта с партнером с неизвестным статусом здоровья и получив отрицательный результат, забывают, что инкубационный период у этого заболевания составляет от трех до шести месяцев, и анализ необходимо повторять несколько раз. Правильный диагноз и лечение болезни на ранней стадии, несомненно, влияет на исход лечения, возможные осложнения и качество дальнейшей жизни пациента. Дело в том, что заболевания, передающиеся половым путем, особенно опасны из-за трудной диагностики, отсутствия явных признаков на ранних стадиях, многое, конечно, зависит и от образа жизни. Если человек живет в браке, ведет размеренный образ жизни, имеет одного постоянного полового партнера, то достаточно один раз в год сдавать анализы на возможные заболевания. Если же человек ведет, так скажем, «холостой» образ жизни, у него многочисленные половые связи

с разными партнерами, тогда диагностика необходима минимум раз в три месяца или перед сменой полового партнера. Конечно, не стоит забывать и о разнообразных методах контрацепции, лучшим средством барьерной контрацепции был и остается презерватив.

Опасность последствий ИППП – осложнения таких заболеваний – бесплодие. Вследствие самолечения либо несвоевременного обращения к врачу, заболевания, передающиеся половым путем, переходят в хроническую форму. Здесь очень важно отношение к своему здоровью самого пациента, своевременная диагностика и правильное лечение больных. У нас были случаи, связанные с заболевшими сифилисом несовершеннолетними детьми. Девятилетний мальчик заразил сифилисом свою родную сестру, которая на полтора года младше его. Сам мальчик заразился от своей одноклассницы. Болезнь долго не могли диагностировать просто потому, что никто и подумать об этом не мог. Эта шокирующая история поразила даже дерматовенерологов.

По поводу детей и подростков у нас в регионе ведется отдельная работа. К сожалению, только за прошедший год у нас наблюдалось из 12323 случаев ИППП 46 детских. На 25% увеличилось количество заболевших детей при насилии. Разумеется, основная часть этих страшных ситуаций случается с детьми из неблагополучных семей, с беспризорниками. На базе нашего диспансера создан специализированный центр по оказанию помощи детям и подросткам. В диспансере разработаны специальные программы, направленные на просвещение школьников, студентов. Мы неоднократно выступали с инициативой проведения просветительских акций по дерматовенерологии в учреждениях Министерства образования Челябинской области,



Диспансер является клинической базой кафедры кожных и венерических болезней Челябинской государственной медицинской академии

предлагали планы совместной работы с педагогами и родителями по улучшению ситуации у подростков и молодежи. Основная роль в профилактике ИППП отводится родителям, семье – им нужно должное внимание уделять своим детям, чтобы избежать трагедий и сохранить здоровье молодого поколения.

Олег Раисович, государство оказывает в регионе какую-то помощь, стимулирует профилактику и лечение заболеваний, передающихся половым путем? Существует ли какая-то система, в чем ее суть?

В этом отношении Челябинская область, конечно, уникальна. Дело в том, что заболевания, передающиеся половым путем, входят в пятерку социально значимых заболеваний в РФ. В нашем регионе – в одном из немногих на территории России – созданы специальные комиссии по контролю заболеваемости, по профилактике, распространению и предотвращению заболеваний на территории Челябинской области. На эти статьи выделяют средства, ведется четкий контроль за целевым использованием этих денег, и мы имеем возможность закупать оборудование, внедрять новые системы исследований, ежедневно повышать качество ме-

дицинского обслуживания наших пациентов.

Также законодательство обязывает нас вести учет заболевших пациентов в соответствии с мировым классификатором заболеваний, среди них – сифилис, гонорея, хламидиоз, герпес, вирус папилломы человека и другие. Вирус папилломы человека вообще можно назвать одной из основных проблем XXI века. Он наиболее опасен тем, что во многих случаях вызывает рак шейки матки. По мировой статистике, каждый день от этого заболевания умирает 17 женщин.

На мой взгляд, ведущее значение приобретает проблема просвещения населения. К сожалению, основная масса обладает недостаточными знаниями о путях и способах заражения дерматовенерологическими заболеваниями. Отдельной темой стоит профилактика и диагностика при планировании семьи. Есть масса случаев, когда женщины узнают о том, что больны теми или иными половыми инфекциями, будучи уже беременными, естественно, все это отражается на жизни и здоровье будущего малыша, дети приобретают врожденные заболевания.

Олег Раисович, Вам приходилось общаться с иностранными коллегами. Как у них построена система профилактики, какие у них методы работы и у кого больше преимуществ?

О преимуществах говорить сложно. В России и на Западе совершенно разные системы здравоохранения. Но если выделить основные направления в работе, то можно сказать однозначно, что у российских врачей развито клиническое мышление. Мы стараемся выяснить причины заболевания и на них подействовать, у них больше развит шаблонный метод диагностики, существуют точные инструкции, четко разделены полномочия персонала и в основном развита частная практика в медицине – небольшие частные клиники с отработанными годами системой обслуживания и своевременными консультациями. У меня как-то на


одном из семинаров состоялся разговор со шведским дерматовенерологом, который практикой занимается почти 55 лет. Он спросил меня: «Господин Зиганшин, а Вы, честно говоря, за годы вашей работы когда-нибудь видели настоящий сифилис?» Я думаю, этот случай говорит сам за себя.

Олег Раисович, планируются ли какие-то нововведения в вашей практике, в деятельности больницы?

Основная наша задача – это повышение качества медицинского обслуживания наших пациентов, предотвращение заболеваемости в той степени, в которой это возможно. Понимаете, наша область довольно большая, диспансер территориально удален от областной глубинки, в шести территориях дерматовенерологов нет, в трех территориях нет лаборантов, у некоторых людей элементарно нет денег, чтобы приехать в Челябинск и получить высококвалифицированную помощь. Поэтому мы уже разработали специальную программу по созданию специальных врачебных кабинетов, оборудованных телекоммуникациями, работающих в сети Интернет. Такая система позволит в режиме онлайн консультировать врачей на местах в поселках и областных городах, и пациенты в любое время суток смогут получить необходимую помощь по всей Челябинской области. Такая телемедицина, на мой взгляд, очень эффективна, этот метод не требует значительных затрат и главное – экономит время и существенно помогает как медикам, так и пациентам. В настоящее время под патронажем диспансера и по инициативе больных псориазом Челябинской области создана общественная некоммерческая организация «Общество больных псориазом. Челябинский филиал», состоялось первое заседание общества на базе диспансера, где выступали наши доктора и пациенты. Что касается долгосрочных планов, то есть задумки о создании специальных центров на базе Областного клинического кожно-



Коллектив Челябинского областного клинического кожно-венерологического диспансера обеспечивает высокий уровень оказания медицинской помощи

венерологического диспансера по оказанию помощи больным с атопическим дерматитом и псориазом. Здесь мы будем проводить углубленные лабораторные исследования, работать со специалистами узкого профиля. В ближайшее время мы планируем ввести централизованные арбитражные лаборатории, которые будут выдавать результаты анализов по единому стандарту – это необходимо для всех сомнительных случаев дерматовенерологических заболеваний, результатами этих исследований смогут воспользоваться не только дерматовенерологи, но и врачи других специальностей. Помимо технических возможностей, основная наша ценность – это, разумеется, наши специалисты. Областной клинический кожно-венерологический диспансер – общеизвестная клиническая база как для действующих врачей, так и для молодых специалистов. На территории диспансера часто проводятся тестирования и большие исследовательские проекты по введению в медицинскую и фармакологическую практику новых препаратов всероссийского значения, на уровне Министерства здравоохранения РФ. Наша исследовательская база всегда открыта для студентов медицинской Академии и молодых специалистов в области науки и техники. Каждый день мы стараемся повысить качество медицинского обслуживания наших пациентов, помогаем людям почувствовать себя здоровыми, а значит, делаем нашу с вами жизнь немного лучше. 



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКВА, ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»

17-ая Международная специализированная выставка

аптека

6-9
ДЕКАБРЯ
2010

ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»



ВЫСТАВКА
СПЕЦИАЛИСТОВ
НА БЛАГО
ЛЮДЕЙ!

3-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

*Может Вас
на выставке!*

Тел.: +7 (495) 925 65 61/62
www.aptekaexpo.ru



ОРГАНИЗАТОР:
ЕВРОЭКСПО

Группа компаний «Медфорум»



Группа компаний «Медфорум» работает на фармацевтическом рынке России с 1997 года и является экспертом в области образовательных программ (конференций, лекций, тренингов), освещения сателлитных симпозиумов на конгрессах, консалтинга и промоакций для врачей основных специализаций.

В рамках национального проекта «Здоровье» группой компаний «Медфорум» совместно с министерством здравоохранения и социального развития России, ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами и вузами России создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.

К сфере реализации данного проекта относятся организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России, и издание серии журналов для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия», «Вестник семейной медицины», «Аптечный бизнес».

Линия журналов «Эффективная фармакотерапия» выходит с 2005 года по следующим направлениям:

- урология,
- эндокринология,
- акушерство и гинекология,
- неврология и психиатрия,
- кардиология и ангиология,
- педиатрия,
- онкология, гематология и радиология,
- гастроэнтерология,
- дерматовенерология,
- пульмонология и оториноларингология

Тиражи от 12 тыс. до 20 тыс. экземпляров.

Бесплатное распространение на всех ведущих медицинских мероприятиях, по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, прямая адресная рассылка лечащим врачам по всей стране.

Группа компаний
«Медфорум»
+ 7 (495) 234-07-34



Гептрал® разорвет порочный круг псориаза



Средство для снижения риска гепатотоксичности
и холестаза при лечении псориаза

Гептрал в дозировке 400 мг/день на 40% снижает риск
гепатотоксичности и холестаза
при лечении псориаза¹.

Гептрал® (адеметионин)

Регистрационное удостоверение П №011968/01, П №011968/02. Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, содержат по 400 мг адеметионина. Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, флаконы по 400 мг адеметионина.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: ГЕПТРАЛ® относится к группе гепатопротекторов, обладает также антидепрессивной активностью. Оказывает холеретическое и холекинетическое действие, обладает детоксикационными, регенерирующими, антиоксидантными, антифиброзирующими и нейропротективными свойствами. Назначение при остеоартритах уменьшает выраженность болевого синдрома, повышает синтез протеогликанов и приводит к частичной регенерации хрящевой ткани.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Хронический бескаменный холецистит, холангит, внутрипеченочный холестаз, токсические поражения печени, включая алкогольные, вирусные, лекарственные (антибиотики, противоопухолевые, противотуберкулезные, противовирусные препараты, трициклические антидепрессанты, пероральные контрацептивы), жировая дистрофия печени, хронический гепатит, цирроз печени, энцефалопатия, ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.). Депрессия (в т. ч. вторичная), абстинентный синдром (алкогольный и др.).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Гиперчувствительность, беременность (I–II триместр), период лактации, возраст до 18 лет. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, внутримышечно (в/м) или внутривенно капельно (в/в). При интенсивной терапии — в первые 2–3 нед. лечения назначают 400–800 мг/сут в/в (очень медленно) или в/м; порошок растворяют только в специальном прилагаемом растворителе (раствор L-лизина). Для поддерживающей терапии — внутрь 800–1600 мг/сут между приемами пищи. Таблетки следует проглатывать целиком, не разжевывая, желательно принимать их в первой половине дня. Длительность поддерживающей терапии в среднем 2–4 недели.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Гастралгия, диспепсия, изжога, аллергические реакции.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: Известных взаимодействий с другими лекарственными средствами не наблюдалось.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Учитывая тонизирующий эффект препарата, не рекомендуется прием перед сном. При лечении больных циррозом печени на фоне гиперазотемии необходим контроль уровня азотемии. Во время длительной терапии необходимо определять содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Для получения информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в московское представительство Эбботт. Информация для медицинских работников, не для пациентов. Срок годности 3 года.

Список литературы:

1. S Neri et al. Role of Ademetionine (S-Adenosylmethionine) in Cyclosporin-Induced Cholestasis//Original research article, p.191-195.

