

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2
2011

*дерматовенерология и
дерматокосметология*

Актуальное интервью

Профессор Е.В. Липова:

«Этиологический диагноз –
результат качественной
лабораторной диагностики»

Тема номера

Алгоритм ведения больных
с рецидивирующим простым
герпесом

Применение индукторов
интерферона

Препараты симптоматического
лечения

Наука и практика

Комплексная терапия
папилломавирусной инфекции

Лечение атопического дерматита
и экземы

Форум

Современный взгляд на
аллергодерматозы и лечение зуда

г. Москва, Гостинный двор

Международный Экспо-Салон «Вдоровье и Красота»

13 - 15 ДЕКАБРЯ 2011 ГОДА

Форум дерматологов и косметологов

II Международная школа пластической
хирургии и косметологии

Тематическая выставка

Бал для специалистов в области
эстетической медицины

Оргкомитет:

Тел.: +7 (495) 785-11-04 (многоканальный),

+7 (499) 142-64-01/02

www.mbbc.ru

www.krasotaexpo.com





Эффективная
фармакотерапия.
Дерматовенерология
и дерматокосметология.
2/2011

**Генеральный директор
издательского дома «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта:
Н. МАРКОТЕНКО
(nikitina1404@yandex.ru)

Редакция журнала:
Шеф-редактор О. ПАРПАРА
Выпускающий редактор В. ПАВЛОВА
Медицинский редактор Л. ГОЛОВИНА
Пишущий редактор С. ЕВСТАФЬЕВА,
А. ЛОЗОВСКАЯ
Ответственный секретарь И. РЕПИНА
Корректор М. ПАНФИЛОВА
Дизайнеры Т. АФОНЬКИН, Е. КУРБАСОВА
Фотосъемка М. БАЛТАБАЕВ, А. ШАНИН

Подписка и распространение
Т. КУДРЯШОВА (podpiska@webmed.ru)

Редакционный совет:
А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, М.А. ГОМБЕРГ,
И.Н. ЗАХАРОВА, В.И. КИСИНА,
С.В. КЛЮЧАРЕВА, И.М. КОРСУНСКАЯ,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА,
С.А. МАСЮКОВА, В.А. МОЛОЧКОВ,
А.В. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
Е.С. СНАРСКАЯ, И.Б. ТРОФИМОВА,
А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

**Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:**
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 15 тыс. экз.

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

Содержание

Люди. События. Даты

Е.В. ЛИПОВА	
«Этиологический диагноз – результат качественной лабораторной диагностики»	2
Медицинские новости	6

Тема номера: герпес

А.А. ХАЛДИН, А.Н. ЛЬВОВ	
Алгоритм ведения больных с рецидивирующим простым герпесом	10
А.А. ХАЛДИН, Д.В. ИГНАТЬЕВ	
Новый индуктор интерферона Кагоцел® в терапии простого герпеса: возможности и перспективы	14
А.А. ХАЛДИН, Л.А. ШЕСТАКОВА, Д.В. ИГНАТЬЕВ	
Терапевтические возможности 1% крема Фенистил Пенцивир при купировании обострений простого герпеса различных локализаций	20

Папилломавирусная инфекция

А.В. МОЛОЧКОВ, А.Н. ХЛЕБНИКОВА, Г.Э. БАГРАМОВА, М.А. ГУРЕЕВА	
Противовирусная терапия в лечении генитальной папилломавирусной инфекции	24

Дерматозы

О. ДЖОРДЖИЕВА, Л.Ш. ТОГОЕВА, И.Г. ДИКОВИЦКАЯ, И.М. КОРСУНСКАЯ	
Лактофильтрум в комплексной терапии экземы	28
Н.В. ГАЛИЕВА, Е.В. ДВОРЯНКОВА, А.Л. ПИРУЗЯН, И.М. КОРСУНСКАЯ	
Топические глюкокортикостероиды в терапии псориаза	32

Медицинский форум

Междисциплинарные проблемы ведения больных с новообразованиями кожи	36
Современный взгляд на проблемы лечения генитальных и кожных заболеваний	38
Современные аспекты диагностики и лечения урогенитальных инфекций	42
Дольше века: отечественная дерматовенерология сегодня	46
Современный взгляд на терапию хронических дерматозов	48

Опыт регионов: Оренбургская область

Оксана Поршина: «Неизлечимых кожных заболеваний нет!»	56
---	----

Литература	59
-------------------	----



Е.В. ЛИПОВА: «Этиологический диагноз – результат качественной лабораторной диагностики»

Одним из приоритетных направлений Национального проекта «Здоровье» является охрана репродуктивного здоровья населения. Результаты многочисленных отечественных и зарубежных исследований убедительно доказали значение урогенитальных инфекций как фактора риска нарушения репродуктивной функции, что требует направить усилия врачей разных специальностей – дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, врачей клинической лабораторной диагностики – на повышение качества клиничко-лабораторного обследования пациентов, особенно на ранних стадиях инфекционно-воспалительного заболевания мочеполовой системы, до развития осложнений со стороны репродуктивной функции. Своевременная и качественная диагностика – это залог эффективного лечения и профилактика риска осложнений. Об эффективности традиционных методов и новых лабораторных подходов в диагностике урогенитальных инфекций в интервью нашему изданию рассказывает д.м.н., профессор Елена Валериевна ЛИПОВА, заведующая кафедрой дерматовенерологии, микологии и косметологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава.



– Елена Валериевна, какие проблемы в диагностике и терапии урогенитальных инфекций сегодня являются наиболее актуальными?

– В стране продолжается демографический кризис – согласно статистике, каждая 6–7-я пара сегодня бесплодна. Причиной бесплодия, по данным различных авторов, в 36–54% случаев является трубно-перитонеальный фактор. К ведущим причинам трубно-перитонеального бесплодия, наряду с воспалительными заболеваниями органов малого таза, абортами, относятся инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). У женщин, страдающих перитонеальным бесплодием, ИППП регистрируются в 4 раза чаще, чем у здоровых женщин, что подтверждает значимость урогенитальных инфекций в репродуктивном здоровье населения.

Урогенитальные инфекции женщин и мужчин – одна из ведущих причин демографического кризиса в России, и, следовательно, их своевременное выявление и лечение являются важной медико-социальной задачей. В связи с этим на первое место среди проблем в диагностике и терапии урогенитальных инфекций (УГИ) мы ставим отсутствие обязательного статистического учета заболеваемости по отдельным нозологиям. В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, уреаплазмоз, микоплазмоз (за исключением *Mycoplasma genitalium*), бактериальный вагиноз и урогенитальный кандидоз выведены из числа ИППП. Минздрав РФ начиная с 1999 года, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, исключил урогенитальные заболевания, ассоциированные с данными микроорганизмами, из статистического



Врач и общество

отчета. Поэтому официальных показателей заболеваемости по данным нозологиям с 1999 года в России нет. В Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Росстат подаются сведения по сифилису, гонорее, трихомонозу, хламидиозу, герпесу уrogenитальному и аногенитальным венерическим бородавкам. Но это далеко не весь спектр нозологий, относящихся к уrogenитальным инфекциям.

Второй по значимости проблемой является отсутствие стандартов диагностики большинства уrogenитальных инфекций. В настоящее время приказами Минздравсоцразвития России регламентирована лабораторная диагностика сифилиса, гонореи, уrogenитального трихомоноза. В остальных случаях практикующий врач руководствуется в своей работе Методическими рекомендациями Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института (ЦНИКВИ) от 2003 года (ныне – Государственный научный центр дерматовенерологии (ГНЦД)).

– Следовательно, специалисты могут придерживаться только данных рекомендаций?

– В своей практической работе клиницисты должны придерживаться, прежде всего, рекомендаций ГНЦД. Однако врач должен четко дифференцировать регламентированные и нерегламентированные методы лабораторного исследования. Например, при гонорее мы можем идентифицировать гонококки самыми разнообразными методами лабораторной диагностики. Между тем в России регламентированы только два метода: микроскопия мазков, окрашенных метиленовым синим и по Граму, и культуральное исследование. Наряду с ними врачи практического здравоохранения часто используют метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Однако в том случае, когда стандартными методами идентифици-

ровать гонококк не удалось, а ПЦР-анализ дал положительный результат, врач не имеет юридического права поставить диагноз гонореи, поскольку метод ПЦР не входит в число регламентируемых методов диагностики. Таким образом, метод ПЦР может быть использован как скрининговый, отборочный тест, но не как верификационный. На сегодняшний день в России актуальны разработка и утверждение стандартов диагностики и лечения уrogenитального хламидиоза, аногенитального герпеса, заболеваний, ассоциированных с микоплазмой, и т.д. Нормативно-правовая база в отношении многих возбудителей уrogenитальных инфекций требует дальнейшей работы ведущих специалистов. Особую диагностическую проблему представляют заболевания, обусловленные условно-патогенной биотой.

Между тем показатели заболеваемости уrogenитальными инфекциями не имеют четкой тенденции ни к увеличению, ни к снижению. Отсутствие снижения показателей заболеваемости является еще одной актуальной проблемой в диагностике и терапии УГИ, как и недостаточная информированность населения о необходимости профилактического обследования. Еще одна проблема связана с патоморфозом клинической картины – не следует забывать, что уrogenитальные инфекции не имеют специфических патогномичных симптомов. Для них характерна стертая клиническая симптоматика, переход в хроническое течение и, соответственно, формирование осложнений со стороны репродуктивной системы. Вот почему для профилактики и раннего выявления уrogenитальных инфекций и их адекватного лечения с целью сохранения репродуктивного потенциала как женщин, так и мужчин необходимо активное взаимодействие дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, врачей клинической лабораторной диагностики, базирующееся на качественной лабораторной диагно-

стике. Об этом шел разговор на IV междисциплинарной научно-практической конференции «Уrogenитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клинико-лабораторная диагностика и терапия», одним из организаторов которой выступила наша кафедра.

– Возглавляемая Вами кафедра дерматовенерологии, микологии и косметологии ГОУ ДПО РМА-ПО Росздрава на протяжении многих лет ведет серьезную научную работу по изучению эффективности различных лабораторных подходов в диагностике уrogenитальных инфекций, в том числе и обусловленных условно-патогенной биотой. С помощью каких методов диагностики можно достоверно определить этиологию того или иного заболевания?

– Действительно, наша кафедра наряду с инфекциями, передаваемыми половым путем, активно занимается уrogenитальными заболеваниями, обусловленными условно-патогенной биотой, причем они приобретают за последние 10 лет возрастающее клиническое значение. Надеюсь, что результаты наших коллективных исследований позволят определить этиологическое значение тех или иных условно-патогенных микроорганизмов и ассоциаций в развитии инфекционно-воспалительного процесса мочеполового тракта. По данным многочисленных исследований как отечественных, так и зарубежных авторов, биота уrogenитального тракта представлена микробиотой, микобиотой, а также вирусами и простейшими, совокупность которых обеспечивает колонизационную резистентность. Дисбаланс биоты уrogenитального тракта женщин представляет нарушение количественно-качественных взаимоотношений резидентных микроорганизмов – сапрофитных и условно-патогенных, населяющих мочеполовую систему в норме. Развитие дисбаланса биоты

Дерматовенерология



урогенитального тракта может сопровождаться метаболическими, иммунными нарушениями и в ряде случаев клиническими проявлениями, степень выраженности которых может варьировать от бессимптомного носительства до выраженной клинической манифестации. В свете подобного рассмотрения понятий нормобиоты и дисбаланса урогенитального тракта такие нозологии, как бактериальный вагиноз, урогенитальный кандидоз, заболевания, ассоциированные с микоплазмой, могут являться частными проявлениями дисбаланса биоты в целом.

Многочисленные исследования доказали, что этиологическая структура урогенитальных инфекций, обусловленных условно-патогенной биотой, как правило, представлена ассоциацией нескольких микроорганизмов. Клиническая картина, в свою очередь, характеризуется стертым, малосимптомным течением, отсутствием специфических клинических симптомов, склонностью к хронизации и многоочаговости инфицирования, что неизбежно приводит к поздней обращаемости, нередко уже на стадии развития осложнений со стороны репродуктивной системы. Результаты наших собственных исследований показали, что почти в 50% случаев на первичном приеме диагностируется осложненное течение урогенитальных инфекций у женщин. Квалифицированное клиническое обследование с учетом многоочаговости инфицирования, стертой клинической симптоматики, риска осложнений, с одной стороны, и с другой – возможность выявления полной этиологической структуры инфекционно-воспалительного процесса позволят оптимизировать, минимизировать и индивидуализировать терапию. Как известно, этиологический диагноз ИППП устанавливается только на основании лабораторных исследований, регламентированных нормативными документами Минздрава России.

– **Однако стандартные методы лабораторной диагностики имеют ряд объективных ограничений и не всегда позволяют выявить этиологически значимые возбудители.**

– Бесспорно, этиологический диагноз – результат качественной лабораторной диагностики. Поскольку в последние годы и отечественные, и зарубежные исследователи отмечают возрастающее значение условно-патогенной биоты в развитии урогенитальных заболеваний, специалисты все чаще сталкиваются с проблемами диагностики условно-патогенных микроорганизмов с помощью микроскопии, культурального исследования и ПЦР-анализа. Мы проводили собственные исследования их эффективности.

Микроскопия, по результатам наших исследований (а они согласуются с результатами других отечественных и зарубежных исследований), малоинформативна в силу объективных ограничений метода. По нашим данным, информативность микроскопии составляет 9,1%, что совершенно не удовлетворяет требованиям практического здравоохранения.

Культуральное исследование до настоящего времени считается «золотым стандартом» лабораторной диагностики любого патологического процесса, поскольку позволяет идентифицировать вид микроорганизма и определить чувствительность выделенного штамма к лекарственным препаратам. Однако и этот метод не лишен ряда недостатков. Если мы говорим о выращивании, выделении и идентификации аэробов, то здесь ситуация складывается следующим образом. При наличии манифестных форм инфекционно-воспалительного процесса мы получаем рост аэробов в 54,5% случаев. Но клиническую манифестацию можно наблюдать только у 10% пациентов. В основном встречаются хронические формы, сопровождающи-

еся малой клинической симптоматикой. При таких хронических формах, без клинической манифестации, с помощью культурального метода удается определить аэробы только в 17% случаев. Однако условно-патогенная биота представлена главным образом анаэробными или факультативно-анаэробными микроорганизмами, для культивирования которых требуются высококачественные селективные питательные среды, специализированные лаборатории, оснащенные необходимым лабораторным оборудованием для выращивания анаэробов, специальная подготовка медицинского персонала лаборатории, высокий профессионализм исследователей. Это дорогостоящий и трудоемкий метод исследования с длительным сроком культивирования. Неизбежно снижение эффективности метода в связи с объективными и субъективными погрешностями. Мы провели следующее исследование: материал, полученный от пациентов и помещенный одномоментно в стандартные угольные среды, мы направили в разные селективные лаборатории, специализирующиеся на выращивании анаэробов. В итоге из разных лабораторий мы получили совершенно разные результаты, следовательно, можно предположить, что эффективность метода неизбежно снижается в связи с субъективными погрешностями. Поэтому вопрос о возможности применения метода культуральной диагностики, направленного на выращивание и идентификацию анаэробов, требует дальнейшего изучения.

Стремительное развитие лабораторных технологий в последние десятилетия привело к внедрению в практическое здравоохранение метода ПЦР с детекцией результатов по окончании реакции, который, не являясь количественным, используется преимущественно для об-



наружения облигатных патогенов. Выявление таким способом условно-патогенных микроорганизмов не имеет диагностического значения. Разработаны тест-системы ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ), с количественной характеристикой отдельных (5–6) условно-патогенных микроорганизмов. Однако при патологических изменениях количественная характеристика ограниченного числа условно-патогенных микроорганизмов не позволяет учитывать количественно-качественные взаимоотношения микроорганизмов (более 100 видов), которые могут участвовать в патологическом процессе. Это делает невозможным достоверное установление их этиологического значения и дифференцирования состояния нормобиоты и дисбаланса и, соответственно, решение вопроса о необходимости лекарственного воздействия.

Некорректно поставленный диагноз неизбежно приводит или к полипрагмазии, или к неадекватной терапии. А это, в свою очередь, вызывает различного рода ятрогении, увеличивает риск рецидивов, хронизации, формирования осложнений с нарушением репродуктивной функции. С целью повышения эффективности диагностики урогенитальных инфекций, в том числе обусловленных условно-патогенными микроорганизмами, наряду со стандартными методологиями клинико-лабораторного обследования разработан новый способ диагностики, основанный на методе ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени.

В течение четырех лет наша кафедра занималась исследованием не имеющей аналогов ни в России, ни за рубежом многопараметровой тест-системы, разработанной научно-производственной фирмой «НПФ ДНК-Технология». Тест-система создана, запатентована и носит название «Фемофлор».

– В чем уникальность данного способа диагностики?

– В его основе лежит комплексная количественная оценка биоты некультивированным методом с проведением сравнительного анализа конкретных представителей нормальной и условно-патогенной биоты с общим количеством микроорганизмов с целью выявления дисбаланса биоты, степени его выраженности и определения этиологической роли конкретных условно-патогенных микроорганизмов в его развитии при условии контроля качества получения клинического образца для исследования. Тест-система «Фемофлор» позволяет определить степень выраженности дисбаланса, который может быть умеренным и выраженным. Выраженный дисбаланс, как правило, носит системный характер (в пределах мочеполовой системы). Умеренный дисбаланс биоты может быть как системным, так и локальным (в пределах одного биотопа). Он может иметь как постоянный, так и транзитный характер, быть результатом общетерапевтических заболеваний, системной антибиотикотерапии или началом воспалительного процесса, вызванного инфекционным возбудителем. Метод позволяет в короткие сроки объективно оценивать качественный и количественный состав биоты урогенитального тракта, проводить этиологическую диагностику инфекционных заболеваний урогенитального тракта, оптимизировать и индивидуализировать лекарственную терапию. Наибольшее практическое значение метод имеет в случаях стертых или бессимптомного течения урогенитальных инфекций. Кроме того, с помощью данного метода имеется возможность одномоментного выявления полной этиологической структуры заболеваний, что обеспечивает назначение направленной этиотропной терапии.

Таким образом, создан эффективный способ клиничко-лабо-

ракторной диагностики заболеваний урогенитального тракта инфекционного характера, позволяющий проводить комплексную оценку этиологической роли инфекционных агентов в развитии урогенитальной патологии, тем самым позволяя расширить диагностические возможности на ранних стадиях заболеваний до развития осложнений и в случаях с неясной клинической симптоматикой. Следует отметить, что данная тест-система включена в разряд высоких, инновационных технологий, пока, правда, по профилю «акушерство – гинекология». Надеемся, что она будет включена и по нашему профилю.

– С появлением новых эффективных диагностических подходов возникает потребность их внедрения в практическое здравоохранение.

– В настоящее время проблемы диагностики урогенитальных заболеваний, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами, сопряжены с отсутствием диагностических стандартов, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами, преобладанием стертых форм течения инфекционно-воспалительного процесса, отсутствием четких представлений о качественно-количественном составе биоты в урете. Создание новых высокоспецифичных, высокочувствительных лабораторных методов диагностики, основанных на амплификации нуклеиновых кислот различных микроорганизмов с оценкой абсолютных и, главным образом, относительных показателей выявленных микроорганизмов и внедрение инновационных технологий позволит дифференцировать состояния нормы и ранних стадий заболеваний, оптимизировать и рационализировать подход к системной и местной терапии. ☺

Беседовала С. Евстафьева

Дерматовенерология



Клеточный препарат против морщин одобрен для продажи в США

Клеточный препарат против морщин, разработанный американской компанией Fibrocell Science, получил одобрение надзорных органов США, сообщает AFP. По информации производителя, препарат laViv является первым подобным средством, зарегистрированным Управлением по продуктам и лекарствам (FDA).

Особенность laViv в том, что препарат изготавливается индивидуально для каждого конкретного покупателя из клеток его соединительной ткани – фибробластов. Небольшое количество взятых у клиента фибробластов направляется в лабораторию, где на их основе выращиваются миллионы аналогичных клеток. Этот процесс занимает около трех месяцев. После получения достаточного количества фибробластов их вводят непосредственно в участок кожи, покрытый морщинами.

В клинических испытаниях laViv участвовал 421 доброволец, каждый из



которых получил три серии инъекций препарата или плацебо с интервалом в пять недель. Исследования подтвердили безопасность препарата и его эффективность против морщин в области носогубной складки. Однако, по словам разработчиков, необходимы дальнейшие испытания для оценки длительности лечебного эффекта.

Источник: www.medportal.ru

Бактерии необходимы для здоровья кожи

Бактерии на поверхности кожи необходимы для поддержания здорового баланса кожи, доказали врачи Калифорнийского университета. На коже обилие и разнообразие бактерий постоянно, но воспаление из-за их активности является нежелательным процессом.

Однако нормальные бактерии, живущие на кожной поверхности, наоборот препятствуют чрезмерному воспалению после физических повреждений, травм или раны, утверждают американские дерматологи. Врачи нашли ранее неизвестные молекулярные основы для понимания работы полезных бактерий, что в перспективе позволит создать новые лекарственные подходы к лечению воспалительных заболеваний кожи.

В конце 1980-х гг. в медицинском сообществе была введена так называемая гипотеза гигиены, согласно которой отсутствие воздействия инфекционных агентов и микроорганизмов в детстве повышает восприимчивость к болезням из-за изменения реакции иммунной системы на всевозможные патогены. Гипотеза объясняла, почему аллергия, экзема и сенная лихорадка менее часто встречаются у детей из многодетных семей и почему в промышленно развитых странах зафиксированы высокие уровни аллергических болезней. Как объясняет доктор Ричард Л. Галло, нормальная микрофлора кожи включает в себя определенные виды условно-патогенетической флоры, такие как стафилококк.

Ученые идентифицировали механизм, посредством которого стафилококки подавляют кожное воспаление: это происходит при посредничестве молекулы под названием LTA, действующей на кератиноциты. Кроме того, обнаружено, что для нормального восстановления кожи после травм необходима активация рецепторов TLR3. Кератиноциты активируют TLR3, чтобы поддерживать нормальную воспалительную реакцию на повреждение, поэтому кожному эпителию необходимы такие рецепторы, а микрофлора кожи помогает регулировать иммунно-воспалительный ответ организма.

Источник: Ami-tass.ru

Изменение климата провоцирует грибковые заболевания

Аномальная жара прошлым летом спровоцировала рост дерматологических заболеваний. За период с апреля по август 2010 г. грибковые поражения кожи (в том числе перхоть, себорейный дерматит, отрубевидный лишай) в Европе участились на 25% по сравнению с аналогичным периодом 2009 г. 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 г. спровоцировали небывалый всплеск грибковых заболеваний кожи в европейских странах, в том числе и в Украине. Немецкие исследователи компании Dermapharm AG, эксперта в области дерматологии, 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



Тестирование на хламидиоз для молодежи должно стать обязательным

Молодым сексуально активным людям необходимо ежегодно проходить тестирование на хламидиоз, а также каждый раз, когда происходит смена партнера, советует Минздрав Великобритании (НРА). До того, как оба партнера пройдут тестирование, они должны пользоваться презервативами.

«Значительное количество молодых людей остаются недиагностированными и соответственно невылеченными, – говорит Питер Борриелло, директор Центра по борьбе с инфекциями НРА, – что подвергает риску не только их здоровье, но и здоровье партнера». Из жителей Британии каждый 8-й находится в возрасте 18–24 лет, но именно они составляют половину зараженных ЗППП. В случае с хламидиозом именно эта возрастная группа составляет 65% инфицированных, 55% заражены генитальным герпесом и 50% – гонореей.

По словам Борриелло, увеличение показателя произошло из-за большего количества человек, прошедших тестирование: «Мы не можем полагаться только на диагностику и лечение – мы должны изменить поведение молодежи, это единственный способ, чтобы прекратить рост венерических заболеваний».

Источник: *Rol.ru*

Временные татуировки хной могут вызвать множество кожных проблем

Состав, известный под названием «черная хна» и используемый для нанесения популярных в летний период временных татуировок, содержит химикат PPD, вызывающий серьезные аллергические реакции кожи.

Это химическое вещество обычно используется для окрашивания темных волос и добавляется к естественной хне при изготовлении татуировок, чтобы увеличить интенсивность цвета и долговечность рисунка. Зачастую на курортах и на летних фестивалях такие татуировки предлагают сделать даже детям младше четырех лет. При этом многие считают этот химический продукт натуральным красителем, который не может нанести вред. Однако красивый узор на коже может обернуться опасными кожными проблемами, предупреждают медики из Американской академии дерматологии и Университета Калифорнии.

Врачи обнаружили, что химикат в черной хне в первую очередь способствует развитию различных форм кожной аллергии, дерматита и экземы. У некоторых людей только от одного использования хны может появиться пожизненная чувствительность к химикату, наряду с высоким риском кожной аллергии на другие составы. Каждое воз-

действие PPD на кожу повторно «бросает вызов» иммунной системе, потенциально ухудшая аллергию. Перед нанесением татуировки дерматологи рекомендуют удостовериться, что используется только растительная хна. Если же вам не могут точно сказать о составе краски, лучше отказаться от такого бодиарта.

Источник: *Ami-tass.ru*



Найдены генетические маркеры псориаза

Врачи Университета Мичигана нашли участки ДНК, которые могут определить генетические маркеры псориаза, аутоиммунного кожного заболевания.

Во многих случаях болезнь не только обезображивает кожу, но и способствует развитию артрита. Такие осложнения затрагивают 10–30% пациентов. При этом псориаз очень часто передается по наследству. Некоторые гены играют важную роль в иммунных реакциях организма при развитии псориаза, в частности IL-23, TNFAIP3 и TNIP1, которые медики выделяют в качестве

потенциальных «борцов» против диагноза.

Ученые использовали инновационные геномные технологии, сканируя миллионы вариаций ДНК в геноме 1 тыс. 359 больных и среди 1 тыс. 400 здоровых людей, чтобы обнаружить, какие конкретно гены отвечают за псориаз. В общей сложности было установлено семь из 18 локусов хромосом, ассоциированных с псориазом. В результате были вычлены четыре белка трех генов, изменения в которых предрасполагают к хроническим иммунным реакциям. Кроме того, дерматологи узнали, что гены, ко-

дирующие TNF-альфа, ключевые сигнальные молекулы, также способствуют развитию воспаления и играют важную роль в развитии заболевания. Действие двух генов, TNFAIP3 и TNIP1, показало сильное влияние на развитие псориаза. Создание каталога генетических данных позволило бы точно предсказать вероятность заболеваемости псориазом и оценить риск инфаркта и инсульта, поскольку при кожном заболевании нередко возникают симптомы ишемической болезни сердца.

Источник: *Ami-tass.ru*



Новый лекарственный препарат выходит на рынок

В рамках реализации государственной политики относительно разработки и внедрения на территории Российской Федерации эффективных отечественных лекарственных средств за счет инновационных разработок ЗАО МБНПК «Цитомед» проводит локализацию в РФ препарата на основе имидазолхинолинамина. Впервые созданный компанией 3M Pharmaceutical (США) препарат был существенно усовершенствован компанией «Цитомед» по параметрам его эффективности и безопасности.

К настоящему времени предварительные медицинские исследования препарата завершены и начат процесс его регистрации в качестве лечебного средства. Препарат будет носить название Вартоцид.

Вартоцид будет назначаться при местном лечении папилломавирусной инфекции, актинического кератоза, базально-клеточной карциномы, сквамозно-клеточной карциномы, меланомы.

В настоящее время эффективность существующей терапии данных заболеваний на территории РФ недостаточна и, по отзывам специалистов-дерматологов, потребность в данном препарате достаточно высока. Препарат регистрируется в виде крема для местного применения.

*Источник:
пресс-релиз компании «Цитомед»*

Roche подала заявку на одобрение нового препарата для лечения меланомы

Швейцарский производитель лекарственных средств Roche Holding AG подал заявку в Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration) и Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency) на одобрение своего экспериментального препарата вемурафениба (PLX4032/RG7204) для лечения наиболее агрессивных форм рака кожи. В ходе клинических исследований были получены предварительные результаты сравнительного лечения вемурафенибом и химиотерапией дакарбазином пациентов с метастазирующей меланомой с мутацией BRAF V600. Продолжительность жизни первых была больше по сравнению с теми, кто прошел химиотерапию дакарбазином. Таким образом, подтверждены предыдущие результаты вемурафениба в приостановлении роста раковых клеток и повышении выживаемости здоровых клеток.

Roche занималась разработкой вемурафениба совместно с американской био-

технологической компанией Plexxikon Inc., которую, напомним, в этом году приобрела японская фармацевтическая компания Daiichi Sankyo Co. Ltd.

Согласно заявлению компании Roche, за 1 год в мире от тяжелой формы меланомы умирают около 40 тыс. человек. Ожидается, что к 2019 г. в развитых странах количество пациентов, у которых впервые диагностирована метастазирующая меланомы, увеличится с 138 тыс. до 227 тыс. в год. «Мы прилагаем максимум усилий, чтобы ускорить процесс регистрации вемурафениба и обеспечить скорейший доступ к этому препарату пациентам с метастазирующей меланомой, поскольку сейчас они имеют плохие прогнозы и ничтожно малый выбор вариантов лечения», – отметил в своем заявлении относительно разработки вемурафениба Hal Barron, глава компании Roche. Также он подчеркнул, что компания сотрудничает с регуляторными органами США и Европы с целью обеспечения раннего доступа больных к вемурафенибу.

Источник: medlinks.ru

STADA Arzneimittel AG приобретает линейку продуктов под брендом Cetraben® для лечения сухости кожи и экземы

STADA Arzneimittel AG объявила о подписании соглашения с рядом компаний о приобретении линейки продуктов Cetraben® в форме эссенции для ванн и увлажняющего крема, применяемых для лечения сухости кожи и экземы. Сумма сделки, которую планируется финансировать за счет собственных средств STADA, составляет 30 млн фунтов стерлингов (около 34,6 млн евро).

Ожидается, что данное приобретение обеспечит дополнительное увеличение объема продаж компании за счет выведения продуктов Cetraben® на рынки стран Восточной Европы, в том числе России и стран СНГ.

Начиная с 2006 г. STADA на условиях лицензионного соглашения осуществляла маркетинговую поддержку продуктовой линейки Cetraben® на территории Великобритании. Каждый год объем продаж увеличивался в среднем на 30% и по итогам 2010 г. превысил 7,5 млн фунтов стерлингов (около 8,5 млн евро).

Учитывая высокий потенциал роста продаж и отсутствие сезонного фактора при применении Cetraben®, STADA приняла решение о расширении собственной дерматологической линейки за счет приобретения высокоприбыльного портфеля продуктов. STADA приобрела все права на эти продукты для национальных рынков стран Западной и Восточной Европы с возможностью дальнейшего расширения продуктовой линейки Cetraben®.

Деятельность холдинга STADA CIS направлена на максимально полное выявление и удовлетворение потребностей, связанных с улучшением здоровья потребителей, предпочитающих современные и эффективные лекарственные средства, продуктовой портфель холдинга постоянно пополняется новыми наименованиями лекарственных препаратов.

*Источник: пресс-релиз
компании STADA*

Министерство здравоохранения Московской области
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Московское областное научно-практическое
общество дерматовенерологов



IV образовательный курс «ИППП и репродуктивное здоровье»

Международной образовательной школы
«Герпетическая инфекция.
Генитальный герпес и другие ИППП»

19 ОКТЯБРЯ 2011 ГОДА

Москва, ул. Щепкина, д. 61, корп. 15, МОНИКИ

Вопросы, рассматриваемые на образовательном курсе:

- Инфекционный мононуклеоз ЭБВ-этиологии
- Современная комплексная терапия герпесвирусных инфекций у детей
- Актуальные вопросы ветряной оспы у детей
- Папилломатоз гортани у детей
- Внутриутробная инфекция: реальность и вымысел
- Генитальный герпес как ИППП
- Первичная герпетическая инфекция
- Течение герпетической инфекции у часто болеющих детей
- Синдром хронической усталости у детей
- Выбор метода терапии осложненных и неосложненных ИППП

К участию в конференции приглашены: акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, урологи, семейные врачи, лабораторные диагносты, дерматовенерологи, инфекционисты, вирусологи, эпидемиологи ведущих клинических баз и поликлинических отделений Москвы, Московской области, Центрального федерального округа и других регионов России, Украины, Белоруссии, Туркменистана.

Участие для врачей бесплатное. Всем слушателям конференции будет вручен СЕРТИФИКАТ УЧАСТНИКА. Сертификат засчитывается Деканатом МОНИКИ как время непрерывного обучения.

По вопросам спонсорства и участия обращаться:

ГК «Медфорум», тел./факс: +7 (495) 234-07-34, доб. 119; regconf@webmed.ru





ФППОВ ПМГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра кожных
и венерических
болезней лечебного
факультета

Алгоритм ведения больных с рецидивирующим простым герпесом

Д.м.н., проф. А.А. ХАЛДИН, А.Н. ЛЬВОВ

В результате обобщения собственного опыта авторов и анализа литературы предлагается патогенетически обоснованный алгоритм выбора тактики и стратегии ведения больных рецидивирующим простым герпесом. Алгоритм базируется на выявленных клинико-иммунологических особенностях разных типов течения вирусного процесса, вариабельности иммунопатогенеза обострений инфекции, а также на корреляционной оценке эффективности различных методов лечения и вторичной профилактики инфекции в зависимости от характера и степени выраженности иммунных нарушений, лежащих в основе реактивации возбудителя.

Одним из основных практических вопросов, связанных с проблемой простого герпеса (ПГ), в дерматологии продолжает оставаться отсутствие единого подхода к лечению и вторичной профилактике рецидивов инфекции. Несмотря на достаточно большой выбор противовирусных препаратов, направленных как на купирование обострений, так и на восстановление иммунного контроля над латентным состоянием вируса простого герпеса (ВПГ), их назначение в большинстве случаев остается эмпирическим. Это, безусловно, отражается на степени эффективности терапии и нередко приводит к дискредитации лекарственных средств. Более того, отсутствие общепризнанных критериев выбора тактики лечения, патогенетически обоснованных подходов к назначению этиотропных или иммунных препаратов не позволяет сегодня реально оценить степень клинической эффективности предлагаемых фармацевтическим рынком лекарственных средств, особенно иммунной направленности.

Мы не раз подчеркивали, что разработка подходов к ведению больных ПГ должна базироваться не только на оценке частоты манифестаций и локализации высыпаний, но и на степени и характере иммунных нарушений, лежащих в основе обострений заболевания, которые достаточно четко коррелируют с тяжестью течения герпесвирусного процесса [3, 4, 6, 7]. Основанием для данного заключения являются выявленные нами особенности иммунных нарушений, в зависимости от частоты рецидивов вирусного процесса, которые легли в основу предложенной в 2000-м г. классификации типов иммунопатогенеза обострений ПГ (табл. 1). Понимание неоднородности нарушений механизмов иммунорезистентности, в результате которых происходит потеря контроля над латентным состоянием ВПГ, позволяет по-новому посмотреть на тактику и стратегию лечения и вторичной профилактики ПГ и предложить патогенетически обоснованный алгоритм ведения больных (табл. 2). Необходимо отметить, что при разработке алгоритма мы учи-

тывали как личный опыт, так и опыт наших коллег, в том числе зарубежных, что позволило аккумулировать два разных подхода (этиотропный и иммунный) в единую концепцию. Более того, наше отношение к вопросу не как к чисто дерматологической проблеме, а как к системной герпетической болезни, а также многочисленные совместные исследования с психоневрологами, гинекологами, урологами, эндокринологами и другими специалистами дали возможность унифицировать не только терапевтическую тактику, но также объем и направленность обследования пациентов [5, 10, 12].

Основополагающими моментами, лежащими в основе алгоритма, являются клинико-иммунологические критерии выбора стратегии и тактики ведения пациента; клинико-анамнестические признаки, дающие основания для его дополнительного обследования; подход к консультированию и психореабилитации больных ПГ.

Первым этапом работы с пациентом является верификация диагноза. Несмотря на кажущуюся банальность, это далеко не всегда простая задача, так как наряду с типичными формами мы сегодня все чаще сталкиваемся с клиническим патоморфозом ПГ, особенно при его генитальной локализации [6, 8].

К сожалению, лабораторная диагностика ВПГ в настоящее время далека от совершенства. Поэтому в случаях необычных клинических проявлений заболевания лучше отталкиваться от оценки жалоб и анамнеза заболевания. Наиболее важными диагностическими критериями являются наличие



Таблица 1. Типы иммунопатогенеза обострений простого герпеса

Характер иммунных нарушений	Клиническое течение простого герпеса
I – Транзиторные нарушения	Редко рецидивирующий ПГ (1–2 раза в год)
II-A – Иммунодефицит с преобладанием Т-клеточного ответа (превалирование индукции ИЛ-6)	Часто рецидивирующий ПГ (6 и более раз в год)
II-B – Иммунодефицит с преобладанием гуморального ответа (превалирование индукции ИЛ-4)	
II-C – Выраженный вторичный иммунодефицит недифференцированного типа (резкое снижение продукции цитокинов и числа иммунокомпетентных клеток)	
Возможны варианты I и II-A	ПГ умеренной тяжести течения (рецидивы не более 3–4 раз в год)

предвестников обострения, периодичность возникновения высыпаний и ее приуроченность к одному и тому же локусу кожи или видимых слизистых. Нельзя ориентироваться на кем-то и когда-то выставленный диагноз, врач должен всегда сам убедиться в его правомочности. В наиболее сложных случаях следует проводить вирусологические тесты. Существенную помощь может оказать и *diagnosis ex juvantibus* (диагноз на основании оценки результатов примененных лекарств или методов лечения).

Несколько слов следует сказать о так называемом бессимптомном течении ПГ. Диагноз в данном случае базируется исключительно на положительных результатах полимеразной цепной реакции (ПЦР), которая в данном случае малоинформативна, так как может позитивироваться не на сам ВПГ, а на его структурные компоненты, сохраняющиеся неопределенно долго после гибели возбудителя. Более того, незрелые вирионы постоянно присутствуют в организме инфицированного человека, что также может обуславливать положительность ПЦР. По-видимому, такие пациенты требуют динамического наблюдения. Наши зарубежные коллеги в этих

случаях рекомендуют лечение противовирусными препаратами, считая, что инфицированные люди являются потенциальными источниками заражения своих половых партнеров. Этот подход представляется дискуссионным, так как пока нет ни одного доказательного исследования в его пользу.

После подтверждения диагноза ПГ, собственно, и начинается индивидуальный выбор тактики и стратегии ведения пациента на основании оценки спектра жалоб, анамнеза заболевания и жизни, а также, при необходимости, лабораторного или иного обследования больного.

Пожалуй, главным в дальнейшей работе становится выяснение тяжести течения вирусного процесса, т.е. частоты обострений в год. В основном мы сталкиваемся с тремя вариантами: легкого течения – 1–2 рецидива в год, умеренной тяжести – 3–4 манифестации вирусного процесса, и с тяжелым проявлением заболевания, когда у пациента наблюдается от 6 до 12 эпизодов инфекции. Таким образом, формируется три основных варианта тактики ведения больных. Варианты имеют свои особенности (см. рис.).

При первом варианте, когда герпетические высыпания возникают не

чаще 2 раз в год, терапия больных должна быть направлена исключительно на купирование каждого конкретного обострения. Препаратами выбора в этом случае являются парентеральные формы синтетических ациклических нуклеозидов (Ацикловир, Валтрекс, Фамвир). Местные противовирусные препараты могут назначаться только как вспомогательные средства дополнительно к системной терапии. Необходимо остерегаться назначения необоснованно рекомендуемых иммуномодуляторов с целью купирования рецидивов, независимо от их частоты. Особенно это касается легкого течения вирусного процесса, так как иммунные сдвиги в этих случаях транзиторны и не требуют коррекции, но могут усугубиться при дополнительной нагрузке интерферонами. Из иммунных препаратов для ускорения регресса кожных высыпаний можно и целесообразно использовать только рекомбинантные альфа-2-интерфероны (Виферон), которые практически не оказывают иммуностимулирующего эффекта, а действуют вирусопатически на сам ВПГ. Более того, в ряде исследований было показано, что, в частности, Виферон способен усиливать клинический эффект ациклических нуклеозидов [11].

Таблица 2. Соответствие типов иммунопатогенеза обострений простого герпеса и терапевтических подходов

Тип иммунопатогенеза	Терапевтический подход
Транзиторные нарушения	Эпизодический прием синтетических ациклических нуклеозидов (возможно их сочетание с интерферонами)
Вторичный иммунодефицит	
По Т-клеточному типу	Интерфероногены или герпетическая поливакцина
По гуморальному или недифференцированному типу	Пролонгированное назначение синтетических ациклических нуклеозидов и/или интерферонов



Рис. Графологическая структура алгоритма ведения больных с простым герпесом

Однако при обращении пациента с легким течением ПГ врач может столкнуться с двумя ситуациями. В одном случае больной обращается за помощью в самом начале рецидива, в другом – на высоте развития высыпаний. Если мы видим, что вирусный процесс находится в стадии предвестников или инициальных проявлений, то это является прямым показанием к назначению системных противовирусных средств. Когда же кожные высыпания существуют более двух дней, то их назначение будет малоэффективно, так как репликация ВПГ уже произошла. Здесь нужно рекомендовать применение свечей Виферон в сочетании с местной терапией (1% крем Фенистил Пенцивир, гели Веру-Мерц серол и Виферон, мазь Гевизош и др.), что значительно сокращает сроки регресса кожной и субъективной симптоматики. Однако очень важно помнить, что в процессе консультирования необходимо ориентировать пациента на своевременный прием ациклических нуклеозидов при следующем обострении, который необхо-

димо начинать со стадии появления предвестников рецидива. Второй вариант, когда течение герпесвирусной инфекции характеризуется как умеренное (3–4 раза в год), можно назвать пограничным. В данных случаях необходим тщательный сбор анамнеза заболевания, который помогает ориентироваться в необходимости и направленности дальнейшего обследования. Здесь важно оценить динамику течения заболевания и его длительность. В том случае, если пациент страдает ПГ несколько лет и обострения изначально имели такую частоту, – это монотонный тип, свидетельствующий о транзиторности иммунных нарушений, и ведение больного должно быть аналогично таковому при легком варианте течения. Более сложными являются ситуации, когда у пациента наблюдается нарастание частоты рецидивов (нарастающий вариант ПГ) или же они появились недавно. В таких случаях необходимо обязательное иммунологическое тестирование (интерфероновый статус и цитокиновый профиль) для выявления сте-

пени и характера иммунодефицита. От результатов обследования и зависит выбор терапевтической тактики. Если нет тенденции к формированию вторичного иммунодефицита, то лечение пациента должно ограничиваться этиотропной терапией, если иммунные нарушения носят более выраженный характер, то необходима консультация клинического иммунолога для назначения иммунотропной терапии, которая направлена не на купирование обострений, а на их профилактику за счет восстановления контроля над латентностью ВПГ. Третий вариант – тяжелого и крайне тяжелого течения ПГ – наиболее сложный для определения терапевтического подхода. Более того, в данном случае нередко стоит вопрос не только о лечении самого вирусного заболевания, но и о психореабилитации пациента. Единственное, в чем не должен сомневаться в этих случаях врач, это в выборе стратегии – вторичной профилактики рецидивов заболевания. Однако тактические подходы здесь могут иметь два основных варианта:



это иммунокоррекция или супрессивная противовирусная химиотерапия (длительная или эпизодическая). Выбор подхода целиком и полностью зависит от результатов иммунологического обследования, целью которого является установление варианта вторичного иммунодефицитного состояния.

Определение варианта иммунопатогенеза ПГ основано на оценке спонтанной и индуцированной выработки двух интерлейкинов (ИЛ) – ИЛ-4 и ИЛ-6 [1, 7]. Немаловажным аспектом являются сроки проведения иммунных тестов. Мы, основываясь на собственных наблюдениях, считаем, что их проведение наиболее целесообразно в межрецидивном периоде, не ранее чем через две недели после стихания очередного обострения. Обоснованием этого является то, что результаты иммунного реагирования на активацию ВПГ носят, безусловно, важный, но малоинформативный характер с позиции дальнейшего лечения. Они не позволяют прогнозировать способность адекватного ответа со стороны иммунокомпетентных клеток и иммунорегуляторных реакций при их следующей нагрузке (вирусом или лечением). Таким образом, только в состоянии относительного покоя, *in vitro*, мы можем более или менее достоверно оценить как степень иммунодефицита, так и возможную реакцию системы иммунитета на ее лекарственную стимуляцию.

Необходимо сказать и о ситуациях, когда вирусный процесс течет перманентно. Для того чтобы провести обследование, мы настоятельно рекомендуем назначение синтетических ациклических нуклеозидов (Валтрекс, Фамвир) в течение месяца. После того как через две недели на фоне противовирусных средств проводится исследование и получены его результаты, пациент либо остается на длительной супрессивной химиотерапии, либо ему проводится иммунокоррекция.

На основании многолетних клинико-иммунологических исследований с одновременной оценкой эффективности различных профилактических подходов мы сегодня можем предложить патогенетически обоснованный выбор терапев-

тической тактики. Он напрямую зависит от выявленного в результате иммунного тестирования типа иммунопатогенеза ПГ (табл. 2).

Наиболее благоприятным вариантом является вторичный иммунодефицит по Т-клеточному типу. В данном случае методом выбора вторичной профилактики является иммунокоррекция, которая может предусматривать назначение герпетической вакцины, интерферонов или кислородно-озоновой терапии. Важно знать и помнить сроки проведения данного профилактического метода лечения – только в межрецидивном периоде, не ранее чем через две недели после купирования обострения.

Другой вариант – вторичный иммунодефицит по гуморальному типу – значительно ограничивает терапевтические возможности. Он, по сути, парадоксален для хронически персистирующих инфекций, к которым, собственно, и относится ВПГ. Стимуляция иммунитета с позиции профилактики при этом типе патогенеза неэффективна, так как в основном активируются гуморальные факторы, которые мало значимы в восстановлении контроля над латентностью вируса. Таким образом, в этих случаях на первом этапе профилактики надежным и, пожалуй, наиболее патогенетически обоснованным методом, гарантирующим прекращение обострений ПГ, будет длительная супрессивная химиотерапия. Сроки ее индивидуальны, но, как показывает практика, через 6–12 месяцев непрерывного приема современных ациклических синтетических нуклеозидов у пациентов наблюдается «переключение» типов иммунного реагирования, что позволяет на втором этапе лечения проводить иммунную профилактику [9].

Самым неприятным вариантом можно считать недифференцированный тип вторичного иммунодефицита. Как правило, он встречается у пациентов с перманентным течением герпесвирусной инфекции и нередко на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний. Методом выбора в данных случаях служит комбинация длительного приема противовирусных препаратов в комбинации

с иммунозамещением, т.е. на фоне управляемого вирусного процесса восполнение в «истощенном» организме дефицита иммунных факторов (α - и γ -ИФН, ИЛ-1 и другие цитокины). Одним из наиболее физиологичных препаратов данной направленности, безусловно, является Виферон. Длительность же такой терапии непрогнозируема и в настоящее время может быть рекомендована пожизненно, особенно для профилактики рецидивов ПГ на фоне ВИЧ-инфекции, аутоиммунного тиреоидита герпетической природы, системных заболеваний, требующих постоянного приема глюкокортикоидов и/или цитостатиков [9, 12].

Пациентам, страдающим ПГ, особенно с часто рецидивирующими формами или с локализацией высыпаний в области гениталий наряду с фармакологической помощью нередко требуется психореабилитация. Существенную помощь в ней оказывает грамотное консультирование больных [2]. Для проведения консультирования врач должен не только знать суть вопроса, т.е. проблему ПГ, но и обладать навыками и владеть инструментами, которые используются с этой целью. Главная задача консультирования по вопросам ПГ – это помощь пациенту в адаптации к нормальной жизни после выставленного диагноза. Необходимо нивелировать эмоции и переживания, постараться убрать фобии, изменить ложные представления о заболевании и научить управлять самим вирусным процессом. Залогом успеха консультирования является установление конфиденциальных доверительных отношений между врачом и больным, базирующихся на высоком профессионализме консультанта.

В заключение следует сказать, что предложенный нами алгоритм ведения больных ПГ уже прошел испытание временем. Мы и ряд наших коллег с успехом применяем его в течение пяти лет, что позволяет рекомендовать его использование в клинической практике более широко, а при обсуждении на соответствующем уровне рекомендовать за основу при последующем составлении протокола лечения больных простым герпесом. ●



ФПФОВ ПМГМУ
им. И.М. Сеченова,
клиника кожных
и венерических
болезней УКБ № 2

Новый индуктор интерферона Кагоцел® в терапии простого герпеса: возможности и перспективы

Д.м.н., проф. А.А. ХАЛДИН, Д.В. ИГНАТЬЕВ

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины являются вирусные заболевания, в том числе вирусные дерматозы. Особое место среди них занимает простой герпес (ПГ).

Термин «герпес» (от греч. herpo – «ползти») известен в медицине почти 25 веков. Лихорадочный герпес («простуда») был описан римским врачом Геродотом еще в 100 г. до н. э. Упоминания о нем встречаются в трактатах таких знаменитых врачей прошлого, как Гиппократ, Авиценна и Парацельс. Через 110 лет, прошедших со времени выделения возбудителя заболевания – вируса простого герпеса (ВПГ) – и последовавшего за этим активного изучения вопросов эпидемиологии, патогенеза, клиники и терапии ПГ, актуальность многих аспектов проблемы остается достаточно высокой. По современным оценкам, частота инфицированности населения ВПГ приближается к 100%. Сероэпидемиологические исследования показали, что уже сегодня свыше 95% взрослого населения имеют антитела к вирусу того или иного типа, при этом была выявлена стойкая тенденция к росту числа инфицированных. Так, количество носителей только 2 типа ВПГ за последние 15 лет увеличилось примерно на 20% [1].

Такая же ситуация наблюдается в отношении заболеваемости ПГ. Сегодня можно говорить о том, что частота развития клинических проявлений инфекции крайне высока. Она занимает второе место среди вирусных поражений человека, уступая лишь гриппу. Ряд исследований свидетельствуют о том, что, по одним данным, в 20–25% случаев, а по другим – в 60–70% герпетическая инфекция проявляется клинически [2]. Все более возрастающий интерес к проблеме ПГ со стороны врачей различных специальностей связан с рядом объективных моментов. В частности, с крайне выраженным клиническим полиморфизмом заболевания – от ограниченных поражений кожи, слизистых и глаз до системных, генерализованных форм с вовлечением в вирусный процесс жизненно важных внутренних органов, а также развитием на фоне хронической персистенции ВПГ бесплодия, невынашивания беременности и злокачественных новообразований [3, 9]. В связи с этим в настоящее время наряду с понятием ПГ все большее распространение получает термин «герпетическая болезнь» (ГБ), ко-

торый как нельзя лучше отражает системный характер негативного действия ВПГ на организм в целом.

Доказано, что местом «обитания» или персистенции ВПГ 1–2 типов, являются чувствительные паравerteбральные ганглии вегетативной нервной системы. Механизмы, сдерживающие развитие герпетической инфекции, известны. Это факторы неспецифической (интерфероновой) и специфической (иммунной) систем защиты. Образование интерферонов (ИФН) является врожденной реакцией организма на внедрение вирусов. ИФН (прежде всего α и β) подавляют внутриклеточное размножение вирусов сразу же после внедрения в организм, с помощью естественных киллеров удаляют инфицированный материал и, окружая незагрязненные клетки, защищают их от вирусной инвазии. На следующем этапе образование ИФН- α и - β увеличивается, начинается синтез ИФН- γ , увеличивается экспрессия генов интерлейкина 1 (ИЛ-1), фактора некроза опухолей (ФНО) и других цитокинов с последующим развитием Т- и В-клеточного иммунитета. Считают, что реакции первого этапа способны уничтожить вирус или блокировать его дальнейшее распространение в течение неопределенно долгого периода времени. Причиной реактивации вируса, проявляющейся в виде кли-



нических обострений, являются дефекты в системах сдерживания герпетической инфекции, образующиеся под влиянием разнообразных факторов. Триггерами активации латентной инфекции могут быть: стресс, хронические заболевания, сезонные ОРВИ, экологическая обстановка, социально-экономические факторы, недостаточное питание и пр. В большинстве своем они носят презумптивный характер и часто анамнестически не определяются, что ограничивает эффективность лечебных воздействий.

В основе герпетических заболеваний лежат нарушение иммунологического и интерферонового статусов, вторичная негативная иммунная перестройка (угнетение реакций клеточного иммунитета, интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов).

Открытие с помощью методов молекулярной биологии механизмов репликации ВПГ, а также изучение взаимодействия вирусов герпеса с чувствительными клетками позволили создать ряд эффективных химиотерапевтических средств, обладающих противогерпетической активностью.

В первую очередь это ацикловир, валацикловир и фамцикловир, которые являются надежными противовирусными средствами. Клинический опыт применения этих препаратов показал, что, быстро и эффективно купируя острые проявления герпесвирусной инфекции (ГВИ), они не предотвращают повторного рецидивирования хронической ГВИ. Существуют и другие недостатки этих препаратов: формирование резистентности штаммов вируса к химиопрепаратам, сохранение терапевтического эффекта только на фоне приема препарата, возможные токсические эффекты (энцефалопатии, диспепсия, поражение печени, органов кроветворения, снижение артериального давления).

Поэтому необходимы меры по активизации системы собственной защиты (интерферонов) для лечения и профилактики вирусных инфекций. Существует два способа

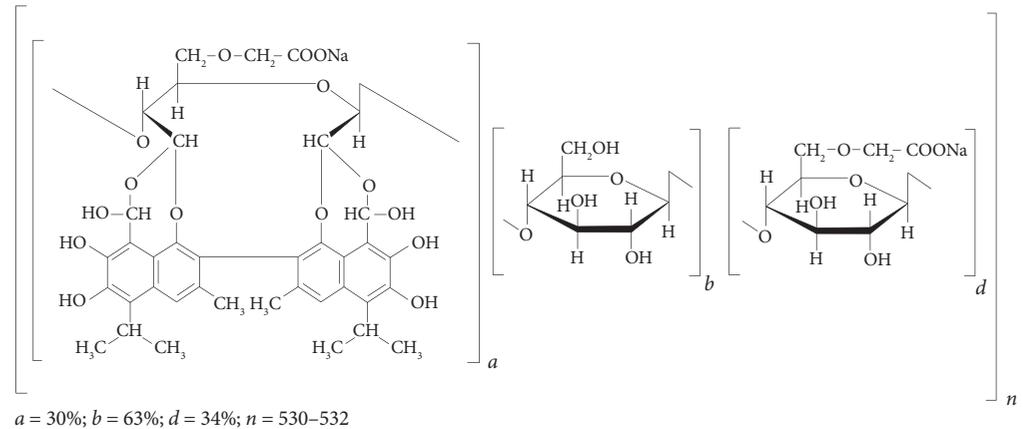


Рис. Химическая структура препарата Кагоцел®

такой активизации: введение готовых продуктов (синтетических ИФН) и стимуляция образования собственных ИФН с помощью индукторов.

Однако при применении синтетических интерферонов в лечении ПГ был выявлен ряд недостатков:

- гриппоподобный синдром (ухудшение общего состояния, повышение температуры, головные боли, высокая утомляемость);
- диспепсические явления (снижение аппетита, рвота, ускорение моторики, изжога);
- кожные реакции;
- лейко- и тромбоцитопения, снижение гематокрита;
- повышение уровня печеночных ферментов, развитие протеин- и альбуминурии;
- возможность формирования аутоантител к ИФН.

Применение индукторов интерферона имеет преимущества по сравнению с использованием синтетических интерферонов, что обусловлено следующими факторами:

1) образование эндогенного ИФН – более физиологичный процесс, чем постоянное введение больших доз чужеродного ИФН, который к тому же быстро выводится из организма и блокирует по принципу отрицательной обратной связи синтез аутологических ИФН;

2) индукторы ИФН не приводят к образованию в организме антител к ИФН и большей частью низкоаллергенны;

3) индукторы ИФН вызывают пролонгированное образование эндогенного ИФН в физиологических дозах;

4) индукторы ИФН обладают рядом с прямой противовирусной активностью иммунокорригирующим эффектом, что позволяет отнести их к новому поколению препаратов с универсальным действием.

В последние годы для лечения и профилактики часто рецидивирующего ПГ стал широко применяться новый отечественный пероральный индуктор интерферона Кагоцел® [4, 10, 11].

Кагоцел® – гетероцепный полимер молекулярной массой 120–130 кДа, полученный путем химического синтеза из растительного сырья – водорастворимой карбоксиметилцеллюлозы и низкомолекулярного полифенола. После введения в молекулу карбоксиметилцеллюлозы полимера низкомолекулярного полифенола образуется новое соединение с высокой биологической активностью (рис.).

С помощью экспериментальных и клинических исследований была установлена мощная иммуномодулирующая активность препарата Кагоцел®. Основным его свойством является способность индуцировать продукцию ИФН. Он вызывает образование в организме человека смеси так называемых поздних ИФН-α и ИФН-β, которые обладают высокой противовирусной активностью. Кагоцел® стимулирует продукцию



ИФН практически во всех популяциях клеток, принимающих участие в иммунном ответе организма на внутриклеточные агенты: Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках. При приеме внутрь одной дозы препарата титр ИФН в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 ч. ИФН-ответ организма на введение Кагоцела® характеризуется продолжительной (до 4–5 суток) циркуляцией ИФН в кровотоке. Продукция ИФН в сыворотке крови достигает высоких значений лишь через 48 ч после приема Кагоцела®, в то время как в кишечнике максимум продукции ИФН отмечается уже через 4 ч.

Кагоцел® выпускается в виде таблеток по 0,1 г, содержащих 12 мг активного вещества. Другие компоненты таблеток – крахмал картофельный, кальция стеарат, лудипресс. При назначении в терапевтических дозах Кагоцел® нетоксичен, не накапливается в организме. Препарат не имеет мутагенных и тератогенных свойств, неканцерогенен и не обладает эмбриотоксическим действием. Наибольшая эффективность при лечении Кагоцелом® достигается при его назначении не позднее 4 суток от начала острой инфекции.

Экспериментальные исследования показали, что Кагоцел® в культуре клеток Vero подавляет репродукцию ВПГ 1 и 2 типа, включая мутантные штаммы ВПГ-1, резистентные к ацикловиру. По мнению авторов, выявление прямой антигерпетической активности, а также эффективности препарата Кагоцел® в отношении мутантных резистентных к антигерпетическим препаратам штаммов ВПГ расширяет перспективы клинического применения препарата, в частности, для комбинированной терапии.

Проведенные клинические испытания эффективности препарата Кагоцел® в терапии хронической рецидивирующей герпетической инфекции показали, что под его влиянием происходит нормализация показателей системы ИФН как α -, так и β -звена у 80–86% больных. Соответственно умень-

шаются продолжительность рецидива и сроки реэпителизации эрозивных элементов. В противоположность большинству других индукторов ИФН Кагоцел® стимулирует длительную продукцию ИФН: при однократном его применении ИФН циркулирует в организме пациента на терапевтическом уровне в течение 1 недели, что позволяет эффективно использовать Кагоцел® в профилактических целях.

Указанные свойства обосновывают перспективность клинического применения препарата Кагоцел® в терапии герпесвирусной инфекции. Основные зарегистрированные показания для применения препарата Кагоцел®:

- лечение герпетической инфекции, включая генитальный и рецидивизирующий герпес;
- лечение и профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Представляют интерес результаты многоцентрового когортного открытого контролируемого исследования препарата Кагоцел® при лечении генитального и лабиального герпеса, проведенного Т.И. Долгих и соавт. [4]. Критерии включения – лица обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет с первичным эпизодом и рецидивами генитального и лабиального герпеса. Диагноз герпеса устанавливался на следующих основаниях:

- клиническая картина – наличие клинических признаков, субъективных ощущений, локализация воспалительного процесса на гениталиях и гладкой коже;
- данные лабораторных исследований – лабораторные показатели герпесвирусной инфекции (ПЦР), общий анализ крови.

Всего под наблюдением находились 146 пациентов: 63 мужчины и 83 женщины.

По данным ПЦР-исследования, ВПГ-1 был определен у 30 (20,5%) больных, ВПГ-2 – у 49 (33,5%), 1 и 2 типы ВПГ – у 23 (15,8%), ВПГ без определения типа – у 18 (12,3%), отрицательный результат был получен у 6 (4,1%) пациентов, у 20 (13,8%) больных исследований не проводилось.

Больные были разделены на 3 группы. Пациенты I группы получали только Кагоцел® (106 больных: 48 мужчин и 58 женщин), II – Кагоцел® и Ацикловир (10 больных: 4 мужчин и 6 женщин), III – только Ацикловир (30 больных: 12 мужчин, 18 женщин).

Схема лечения Кагоцелом® больных основной группы была следующей: при первичном эпизоде и рецидивах – по 2 табл. 3 раза в сутки в течение 5 дней. Больным III группы при первичном эпизоде и рецидивах назначали по 1 табл. (200 мг) Ацикловира 5 раз в день в течение 5 дней; больные II группы получали одновременное лечение Кагоцелом® и Ацикловиром по указанным схемам. Выраженность клинических признаков – боли, зуда, жжения, эпителлизации эрозий, очищения от высыпаний – оценивалась в баллах до лечения, на 5-й день лечения и через 10 дней после его окончания. Сравнительный анализ клинической оценки эффективности лечения показал, что наилучшие результаты получены у больных I и II групп: эволюция клинических проявлений завершилась через 5,6 и 3,2 дня соответственно, тогда как в III группе этот срок составил 6,4 дня. При наблюдении в течение года после лечения рецидивов не отмечалось у 22,2% пациентов, у 11% был один рецидив, у 38,9% – два рецидива и у остальных – три рецидива. При оценке безопасности Кагоцела® ни у одного больного не было отмечено побочных действий и случаев отмены препарата, а также не наблюдались неблагоприятные или серьезные неблагоприятные явления. Другое сравнительное рандомизированное клиническое исследование эффективности лечения больных генитальным герпесом с применением Кагоцела® проведено Г.И. Мавровым и соавт. в Институте дерматологии и венерологии АМН Украины [8].

Оно включало 46 больных (24 мужчины и 22 женщины, возраст от 25 до 31 года), страдающих рецидивирующим генитальным герпесом, с давностью заболевания от 1 года до 5 лет. Частота эпизодов высыпаний на гениталиях составляла 8–15 в год.

Лечение прибывает вовремя

кагоцел®

противовирусный препарат

НАПРАВЛЕНИЕ РЕЙСА	ПРИЛЕТ ПО РАСП.	СТАТУС
Зуд	17:00	прибыл
Жжение	18:00	прибыл
Эритема	19:30	прибыл
Отечность	19:50	прибыл
Везикулы	20:00	прибыл
Лечение	20:30	опаздывает



Кагоцел® – противовирусный препарат для лечения герпетической инфекции, обладающий наряду с антивирусным действием иммунокорригирующим эффектом.



- Кагоцел® эффективен даже при запоздалом начале лечения обострения герпеса
- Кагоцел® сокращает продолжительность болевых ощущений, зуда и дискомфорта в местах герпетических высыпаний
- Снижает частоту рецидивов более чем в 2 раза
- Нормализует интерфероновый статус
- Кагоцел® также эффективен в отношении резистентных к ацикловиру штаммов ВПГ-1 и ВПГ-2

Подробную информацию
Вы можете получить на сайте

www.kagocel.ru

Рег. уд. № 002027/01 от 19.11.2007 г.

НИАРМЕДИК ПЛЮС

123098, Москва, ул. Гамалеи, 18
Тел./факс: +7 (495) 741 49 89

Телефон горячей линии:

8 800 555 000 6



Рандомизацию проводили с помощью генератора случайных чисел (четное число – основная группа, нечетное – группа сравнения). В результате было сформировано 2 группы по 23 человека. Кагоцел® получали только пациенты из основной группы по следующей схеме: по 2 табл. 3 раза в сутки в течение 5 дней (на курс 30 табл.). В качестве этиотропной терапии все пациенты получали Ацикловир по 800 мг 4 раза в сутки.

При обследовании выявлено, что состояние системы ИФН у больных на фоне рецидива заболевания характеризовалось значительными нарушениями. У 37 пациентов до начала лечения наблюдалось резкое снижение титров индуцированного ИФН-α. При этом показатели ИФН-γ находились в пределах нормы у 28 больных. До лечения показатели сывроточного ИФН были повышены у 43 пациентов. У 15 пациентов наблюдалась спонтанная продукция ИФН, которая в норме отсутствует.

В результате комбинированной терапии (Кагоцел® в сочетании с Ацикловиром) отмечались постепенная нормализация показателей ИФН-статуса и улучшение клинической картины заболевания. Показатели индуцированных ИФН-α и ИФН-γ нормализовались у 20 пациентов из основной группы (n = 23). Нормализация показателей ИФН-статуса соответствовала улучшению клинической картины заболевания у большинства больных.

У данных пациентов также сократилась продолжительность рецидива с $6,4 \pm 2,3$ суток (в группе сравнения) до $3,5 \pm 1,8$ суток (в основной группе). Частота рецидивов на протяжении 6 месяцев снизилась с $6,1 \pm 2,2$ до $2,2 \pm 1,5$ в основной группе, до $3,1 \pm 2$ в группе сравнения.

Таким образом, в результате лечения Кагоцелом® в сочетании с Ацикловиром продолжительность течения рецидива в среднем сокращалась с 5–8 до 3–4 суток, что подтверждалось нормализацией показателей ИФН-статуса к моменту окончания рецидива. Была показана хоро-

шая переносимость Кагоцела® и обоснована целесообразность его включения в комплексную терапию рецидивирующего генитального герпеса.

Клинико-иммунологическая эффективность препарата Кагоцел® также подтверждается в проспективном когортном рандомизированном исследовании, проведенном Т.И. Долгих и соавт. в Омской государственной медицинской академии [5], в котором были включены 23 пациента (18 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 17 до 49 лет с верифицированным диагнозом герпетической инфекции с проявлением лабиального (8 пациентов) и генитального (15 пациентов) герпеса и давностью заболевания от 1 года до 14 лет.

Кагоцел® назначали пациентам по 2 табл. 3 раза в день в течение 5 дней.

Подтверждение активности инфекционного процесса с уточнением этиологической расшифровки проводилось на основе наличия специфического IgA к ВПГ 1 и 2 типов и результатов прямых методов исследований лейкоцитарной взвеси и/или соскобов из очагов инфекции: «ранние» белки ВПГ-1 и ВПГ-2 выявляли в реакции иммунофлуоресценции, а ДНК – методом ПЦР.

Содержание ИФН-α и ИФН-γ (спонтанного и стимулированного фитогемагглютинином), а также компонентов комплемента C3 и C4 оценивали до назначения иммунотропной терапии и в динамике через 10 и 30 дней.

Оценка эффективности препарата показала улучшение состояния у 87,5% пациентов. Через 10 дней после лечения Кагоцелом® отмечено уменьшение клинических проявлений: болевой синдром купирован у 98% пациентов, зуд и жжение сохранились лишь у 6% пациентов с проявлениями генитального герпеса, отек и гиперемия имели место у 4% пациентов. В 98% случаев значительно уменьшилась кратность рецидивов (0–2 раза в год вместо 3–12 раз), а длительность обострения сократилась до 3–8 дней (до лечения – 8–14 дней).

На 10-й день после проведения терапии Кагоцелом® у всех пациентов при исследовании лейкоцитарной взвеси ДНК и ранние белки вируса не определялись, что свидетельствовало о прекращении его репликации.

Установлено, что через 30 суток после окончания терапии Кагоцелом® статистически значимо изменяются все изученные показатели иммунного статуса. Продукция ИФН-α по сравнению с исходными данными возросла с 2,5 (0,6; 3,6) до 5,27 (3,25; 7,13) пг/мл, т.е. в 2,1 раза. Отмечено увеличение содержания спонтанного ИФН-γ с 21,9 (18,1; 28,1) до 33,48 (27,30; 46,15) пг/мл, а уровень стимулированного ИФН-γ увеличился с 450,5 (279,4; 740,6) до 848,34 (663,38; 1345,7) пг/мл, т.е. в 1,5 и 1,9 раза соответственно.

На основании проведенных исследований установлено следующее:

- 1) препарат Кагоцел® в виде монотерапии является эффективным средством для лечения поражений, вызванных ВПГ;
- 2) применение Кагоцела® прерывает развитие клинических проявлений герпесвирусной инфекции и позволяет снизить частоту рецидивов в 3–4 раза;
- 3) Кагоцел® хорошо переносится пациентами, побочных явлений терапии препаратом не отмечалось.

Особо отметить следует уменьшение числа рецидивов ПГ у пациентов, получивших курс терапии препаратом Кагоцел®. Таким образом, Кагоцел® целесообразно использовать не только в качестве средства, купирующего обострение ВПГ, но и в целях профилактики заболевания, что значительно улучшает качество жизни больных, страдающих рецидивирующим простым герпесом.

Умеренная стоимость, хорошая переносимость препарата наряду с его клинико-иммунологической эффективностью (прямое противовирусное действие, повышение неспецифической и специфической резистентности организма) позволяют рекомендовать Кагоцел® для лечения и профилактики рецидивов простого герпеса. ●

Главное медицинское управление УД Президента РФ
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ
План мероприятий для медицинских работников на 2011 год

Место проведения: Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28, ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ

II полугодие 2011

7 сентября	Невынашивание беременности: амбулаторная и стационарная помощь Руководитель: академик РАМН Л.В. Адамян , главный специалист по акушерству и гинекологии МЗиСР РФ, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава
21 сентября	Ежегодная конференция «Современные возможности диагностики и лечения болезней органов пищеварения с позиций доказательной медицины» Руководитель: профессор О.Н. Минушкин , главный гастроэнтеролог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФГУ «Учебно-научного медицинского центра» УД Президента РФ
28 сентября	Проблемы психического здоровья пожилых пациентов Место проведения: Здание правительства Москвы, Москва, ул. Новый Арбат, 36/9 Руководитель: академик РАМН А.С. Тиганов , главный психиатр Главного медицинского управления УД Президента РФ, директор ГУ «Научного центра психического здоровья» РАМН
5 октября	Генитальные инфекции и патологии шейки матки Руководитель: профессор В.Н. Прилепская , заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения ФГУ «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» МЗиСР РФ
19 октября	Системный подход к диагностике и лечению остеопороза Руководители: профессор А.М. Мкртумян , заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ЛФ ГОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета» Росздрава
9 ноября	Дерматология Руководитель: профессор О.Л. Иванов , главный дерматовенеролог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней лечебного факультета ГОУ ВПО «Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова» Росздрава
16 ноября	Ежегодная конференция «Сахарный диабет II типа и метаболический синдром» Руководитель: профессор А.М. Мкртумян , заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ЛФ ГОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета» Росздрава
7 декабря	Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов у женщин Руководитель: академик РАМН Л.В. Адамян , главный специалист по акушерству и гинекологии МЗиСР РФ, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава
21 декабря	Ежегодная конференция «Диагностика и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Проблемы и решения» Руководители: профессор Б.А. Сидоренко , заместитель главного кардиолога Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГУ «Учебно-научного медицинского центра» УД Президента РФ; профессор С.Н. Терещенко , руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗиСР РФ

По вопросам участия обращаться по телефонам: (495) 614-40-61, 614-43-63 и эл. почте: medicinet@mail.ru

www.medq.ru



ФПФОВ ПМГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра кожных
и венерических
болезней

Терапевтические возможности 1% крема Фенистил Пенцивир при купировании обострений простого герпеса различных локализаций

Д.м.н., проф. А.А. ХАЛДИН, Л.А. ШЕСТАКОВА, Д.В. ИГНАТЬЕВ

Проблема целесообразности применения препаратов местного действия при лечении простого герпеса до сих пор дискутируется. Несмотря на появление современных системных противовирусных средств (Ацикловир, Валтрекс, Фамвир) и иммунных препаратов профилактического действия (интерфероногены, герпетическая вакцина), необходимость симптоматического лечения герпеса остается актуальной.

Использование топических средств при купировании обострений простого герпеса патогенетически обосновано. Доказательством этому служат проведенные исследования состояния местного иммунитета в области характерных высыпаний, а также изучение биологии вируса при формировании везикул. Так, в ряде работ было показано, что наряду с системным иммунодефицитом, лежащим в основе реактивации вируса простого герпеса (ВПГ), наблюдается снижение местной резистентности кожи и слизистых, материальным субстратом которого главным образом являются В- и Т-лимфоциты: макрофаги, нейтрофильные лейкоциты и кератиноциты. Результатами депрессии локального иммунитета являются незавершенный фагоцитоз вирусов и уменьшение продукции в первую очередь альфа-интерферона (ИФН) – естественного противовирусного «антибиотика», активно участву-

ющего в цитолизе инфекционного агента [1, 2].

Существуют достоверные данные, свидетельствующие, что выраженность нарушений местного иммунитета прямо коррелирует с системным иммунодефицитом и требует соответствующей коррекции [2].

Также в ряде исследований при электронной микроскопии гистологических биоптатов кожи были получены данные о наличии возбудителя в виде провируса в местах характерных клинических проявлений в период ремиссии заболевания. Изучение механизмов персистенции и репликации герпесвирусной инфекции показало, что, возможно, полный цикл репродукции ВПГ и выход полноценных вирионов происходят именно в эпителиальных клетках в процессе формирования везикул, когда возбудитель проявляет свое цитопатическое действие [1]. Все эти факты полностью обосновывают необходимость включения местных противовирусных

средств в комплексную терапию обострений герпетического процесса.

По современным представлениям, местное лечение простого герпеса оправдано в том случае, когда период продромы (явлений-предвестников рецидива) уже прошел и наблюдается пик обострения (2–3-й день рецидива). Это связано с тем, что к этому моменту репликация ВПГ в паравертебральных ганглиях уже произошла, и назначение системных ациклических синтетических нуклеозидов не имеет смысла. Именно в данной ситуации местные противовирусные средства способствуют сокращению сроков регресса герпетических высыпаний либо за счет активации местного иммунитета, либо – нивелирования цитопатического действия самого вируса на эпителиальные клетки.

Помимо применения в качестве монотерапии препараты для местного лечения простого герпеса можно и нужно использовать как вспомогательные средства в комплексе с системными противовирусными препаратами. Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о том, что комбинированная терапия рецидивов ПГ дает более высокие клинические результаты и позволяет полностью купировать клиническую симптоматику обострения в период продромы или на стадии эритемы у подавляющего числа пациентов [3, 4].



Настоящим прорывом в области лечения простого герпеса стало создание в 1974 г. в Великобритании ацикловира – первого синтетического ациклического аналога нуклеозида гуанозина.

После многочисленных исследований, подтвердивших высокую клиническую эффективность пероральной формы препарата при купировании рецидивов инфекции, были разработаны мазь, а затем крем на основе ацикловира. Первые опыты их применения как у нас в стране, так и за рубежом дали в целом неплохие результаты. Вместе с тем со временем стали появляться работы, свидетельствующие о нарастании резистентности к местному лечению ацикловиrom, что значительно реже наблюдается при своевременном назначении таблетированных форм препарата [3].

Не так давно на отечественном рынке наряду с хорошо известной таблетированной формой синтетического ациклического нуклеозида нового поколения пенцикловиrom (Фамвир) появилось новое местное противогерпетическое средство – 1% крем Фенистил Пенцивир. В 1 г крема содержится 10 мг активного вещества пенцикловира.

Проведенные в Великобритании исследования показали, что спектры противовирусного действия ацикловира и местного препарата пенцикловир аналогичны, токсичность для незараженных клеток у пенцикловира является такой же низкой. Скорость и степень фосфорилирования, а значит, и последующее блокирование синтеза вирусной ДНК у пенцикловира были намного выше, чем у ацикловира (ацикловира трифосфат впервые обнаруживался через 40 мин инкубации с зараженными ВПГ-1 клетками человека, тогда как пенцикловира трифосфат обнаруживали спустя уже 1 мин после начала инкубации). Дополнительно было выявлено, что противовирусный эффект у пенцикловира более стойкий, чем у ацикловира (период полувыведения составлял соответственно 10 и 0,7 ч). Таким образом, было показано, что при-

менение данного соединения возможно с меньшей частотой дозирования [9].

При сравнении проницаемости кожи для пенцикловира и ацикловира посредством послойного удаления рогового слоя и измерения содержания активных ингредиентов, проникших через кожу, было доказано, что, хотя оба препарата могут достигать своих клеток-мишеней в базальном слое эпидермиса, у 1% крема Пенцикловир в эффективной терапевтической концентрации отмечается более легкая диффузия лекарственного вещества сквозь роговой слой в глубокие слои эпидермиса. Молекулярное моделирование выявило у ацикловира два фрагмента с более высокой степенью гидрофобности, при взаимодействии которых с гидрофобной структурой в роговом слое затрудняется дальнейшее проникновение препарата. Сравнение результатов, полученных при нанесении препаратов в эквивалентной дозе, показало, что количество пенцикловира, проникшего из 1% крема через кожу, было в 16,7 раза больше, чем количество ацикловира, диффузия которого ограничивалась в основном поверхностным слоем кожи [6].

Обобщенные данные зарубежной литературы, основанные на анализе применения препарата Фенистил Пенцивир более чем у 6000 пациентов, страдающих рецидивирующим лабиальным герпесом, в целом свидетельствуют о его высокой эффективности. Все исследователи отмечали более быструю динамику регресса основных симптомов обострения – на 20–30% – по сравнению с кремом на основе ацикловира [5, 7, 8].

Нами также было проведено изучение эффективности и безопасности 1% крема Фенистил Пенцивир двойным рандомизированным методом, результаты которого были опубликованы ранее [4].

В исследовании принимали участие 60 пациентов с диагнозом «лабиальный простой герпес». Диагноз ставился на основании

Клиническая эффективность и безопасность препарата для местной терапии простого герпеса – 1% крема Фенистил Пенцивир – доказаны как в зарубежных экспериментальных и клинических сравнительных исследованиях терапевтического потенциала препарата с 5% кремом на основе ацикловира, так и собственными данными сравнительного рандомизированного исследования эффективности и безопасности 1% крема Фенистил Пенцивир и 5% крема Ацикловир при лабиальной форме инфекции, а также результатами клинического наблюдения динамики купирования рецидивов при других локализациях простого герпеса.

жалоб пациентов и характерной клинической картины. Среди пациентов было 22 мужчины и 38 женщин в возрасте от 17 до 52 лет. Анамнез заболевания составлял от 5 до 37 лет, длительность одного обострения – от 7 до 14 дней (в среднем 10 дней) при частоте рецидивов от 2–4 до 6–8 раз в год. Пациенты были рандомизированы на две репрезентативные группы по 30 больных. Пациенты I группы получали монотерапию 1% кремом Фенистил Пенцивир, II – 5% кремом на основе ацикловира. Фенистил Пенцивир крем применялся согласно протоколу каждые 2 часа периода бодрствования на протяжении 10 дней. Ацикловир крем применялся согласно инструкции 5 раз в день также в течение 10 дней. В I группе пациентов 12 человек страдали часто рецидивирующим лабиальным герпесом (6 и более обострений в год), 18 – редко рецидивирующим (2–4 раза в год),

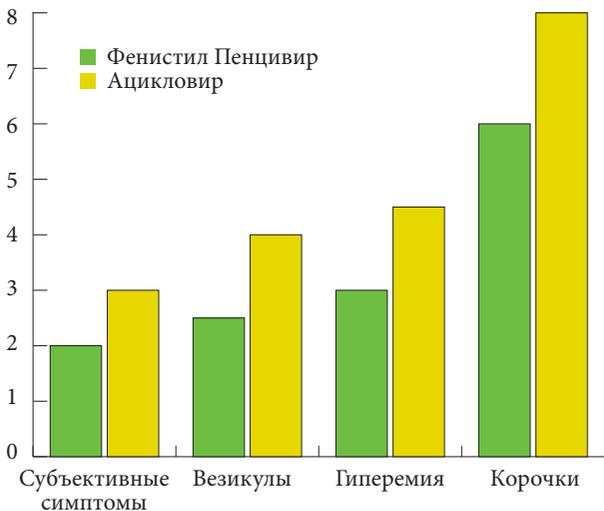


Рис. 1. Сравнительная характеристика динамики регресса клинической симптоматики при лечении 1% кремом Фенистил Пенцикловир и 5% кремом Ацикловир

среди больных II группы эти показатели соответственно составляли 14 и 16.

14 пациентам I группы и 15 больным II группы лечение было начато на 1–2-й день рецидива, в остальных случаях терапия началась с 3–4-го дня обострения. В результате проведенного исследования было отмечено, что при использовании крема на основе ацикловира динамика регресса клинических проявлений была незначительной независимо от сроков назначения препарата. Субъективная симптоматика

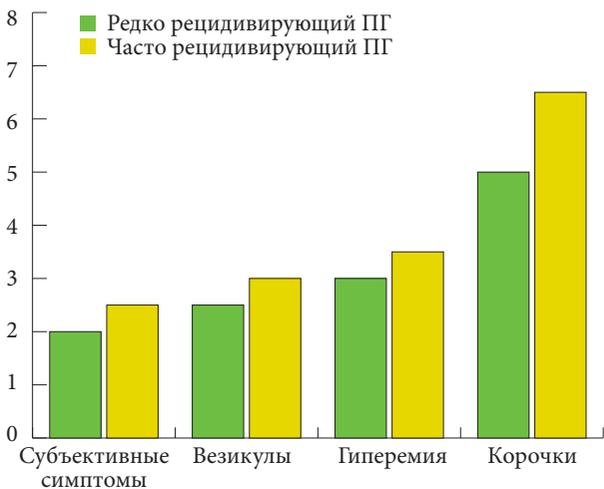


Рис. 2. Сравнительная характеристика динамики регресса клинической симптоматики при лечении 1% кремом Фенистил Пенцикловир в зависимости от частоты рецидивов лабиального простого герпеса

стихала в среднем на 5–6-й день, корочка формировалась на 6–8-е сутки. Клиническое выздоровление наступало обычно на 7–9-й день от начала лечения. Результаты же в группе получивших терапию Фенистилом Пенцикловир были более оптимистичны.

Однако их анализ показал, что имеется существенная разница эффективности пенцикловира в зависимости от частоты рецидивов вирусного процесса. У пациентов с частыми рецидивами заболевания длительность всех проявлений оказалась в среднем лишь на один день меньше по сравнению с таковой при применении крема Ацикловир и составила 5–7 дней. В группе больных с редкими рецидивами кожная и субъективная симптоматика полностью купировалась на 3–4-е сутки, т.е. на 3–4 дня быстрее по сравнению с группой сравнения и в среднем на 2 дня быстрее, чем при часто рецидивирующем простом герпесе на том же 1% креме Фенистил Пенцикловир.

Данные проведенного исследования представлены на рисунках 1 и 2, где степень выраженности клинических симптомов оценена по 3-балльной шкале.

Переносимость местного применения 1% крема Фенистил Пенцикловир всеми больными оценивалась положительно. Ни в одном случае не было отмечено каких-либо нежелательных кожных реакций и других побочных эффектов.

Обобщая имеющиеся данные зарубежной литературы, а также результаты собственного исследования, можно сделать вывод о высокой эффективности 1% крема Фенистил Пенцикловир в купировании обострений простого герпеса и его значительном преимуществе по сравнению с кремом Ацикловир в динамике регресса клинической симптоматики. Вместе с тем проведенное клиническое испытание позволило сделать дополнительные выводы и определить следующие показания для назначения препарата. Прежде всего Фенистил Пенцикловир можно рекомендовать в качестве монотерапии обострений простого герпеса

в случаях, если лечение начато на пике обострения, когда примененные системные средства нецелесообразно. Наиболее эффективен 1% крем Фенистил Пенцикловир при купировании острых проявлений простого герпеса легкой (1–2 рецидива в год) и средней степени (3–4 обострения в год) тяжести, при назначении его не позднее 2 дней с начала манифестации герпесвирусного процесса.

Следует отметить, что спектр показаний к назначению 1% крема Фенистил Пенцикловир ограничивается только лабиальной формой простого герпеса. Данное исследование показало необоснованность такого подхода. Дело в том, что механизм действия препаратов не зависит от локализации клинических проявлений вирусного процесса. Ни у одного из местных противогерпетических средств, за исключением глазной формы Ацикловира, нет подобных ограничений. Однако надо учесть, что крем Ацикловир для лечения офтальмогерпеса имеет отличную от дерматологических форм основу и степень очистки. В связи с этим мы провели несравнительное открытое исследование терапевтических возможностей 1% крема Фенистил Пенцикловир при других локализациях простого герпеса.

В исследовании приняли участие 60 больных с диагнозами «простой герпес генитальной локализации» и «простой герпес глuteальной локализации» (49 и 11 человек соответственно; 31 мужчина и 29 женщин). Диагноз ставился на основании жалоб пациентов и характерной клинической картины. Возраст пациентов колебался от 21 до 54 лет, длительность течения заболевания – от 2 до 12 лет. Продолжительность эпизода обострения простого герпеса составляла от 10 до 16 дней (в среднем 13 дней), а частота рецидивов варьировала от 2–4 (28 больных) до 6–12 (32 пациента) раз в год. В исследование не включались беременные и женщины в период лактации. Также исключались пациентки с локализацией высыпаний на слизистой влагалища.



Было получено добровольное согласие больных на применение 1% крема Фенистил Пенцивир для купирования острых проявлений герпетической инфекции. 1% крем Фенистил Пенцивир применяли согласно инструкции каждые 2 часа периода бодрствования на протяжении 10 дней.

42 пациента начинали лечение на 1–2-й день манифестации герпес-вирусного процесса, 18 больных – на 3–4-й день обострения, что соответствовало срокам обращения за консультацией.

Результаты лечения показали, что данные наблюдения во многом аналогичны таковым при оценке эффективности и безопасности препарата в случаях купирования рецидивов простого лабиального герпеса.

Было отмечено, что существуют различия в эффективности крема Фенистил Пенцивир у больных с часто и умеренно рецидивирующими формами заболевания. У пациентов с частыми рецидивами (6 и более раз в год) сроки регресса высыпаний сокращались в среднем лишь на 2–3 дня быстрее, чем без лечения. Вместе с тем пациенты с умеренной частотой рецидивов (не более 4 раз в год) отмечали более существенную положительную динамику купирования вирусного процесса, в среднем на 5–6 дней. Также было отмечено, что в обоих случаях эффект от лечения выше в случае начала применения крема на 1–2-й день рецидива.

То же самое касается динамики отдельных показателей, таких как исчезновение субъективной симптоматики, везикул, формирование корочки и процесс полной эпителизации.

На рисунках 3 и 4 представлены динамика показателей выраженности клинических симптомов простого герпеса генитальной и глутеальной локализации в баллах (по 3-балльной шкале, от 0 до 3) в среднем по группе и сравнительная динамика эффективности в зависимости от частоты обострений.

Переносимость местного применения 1% крема Фенистил Пенци-

вир, как и при лабиальном простом герпесе, всеми больными оценивалась положительно. Ни в одном случае развития каких-либо нежелательных кожных реакций и других побочных эффектов отмечено не было.

Таким образом, проведенное исследование 1% крема Фенистил Пенцивир показало, что его применение при генитальной и глутеальной формах простого герпеса является безопасным и эффективным и может быть рекомендовано больным для местного лечения наряду с основным показанием – лабиальный простой герпес. Наибольшая эффективность достигается при его применении на ранних сроках обострения (1–2-й день) у пациентов с частотой манифестаций заболевания, не превышающей 3–4 раз в год.

Заключение

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что:

1) 1% крем Фенистил Пенцивир обладает наиболее высоким на сегодняшний день терапевтическим потенциалом среди местных средств из группы препаратов на основе синтетических ациклических нуклеозидов. Это связано с большей скоростью (40 мин для ацикловира против 1 мин для пенцикловира) и степенью фосфорилирования пенцикловира, чем ацикловира, в клетках, зараженных ВПГ, значительно более длительным периодом полувыведения; кроме того, благодаря особенностям химического строения Фенистил Пенцивир лучше проникает сквозь роговой слой, что способствует достижению более высоких концентраций в глубоких слоях эпидермиса;

2) 1% крем Фенистил Пенцивир в качестве монотерапии может назначаться при обращении пациента на пике обострения, а также на стадии предвестников рецидива в сочетании с системными противовирусными средствами, что значительно повышает эффективность лечения;

3) 1% крем Фенистил Пенцивир в случае его применения как моно-

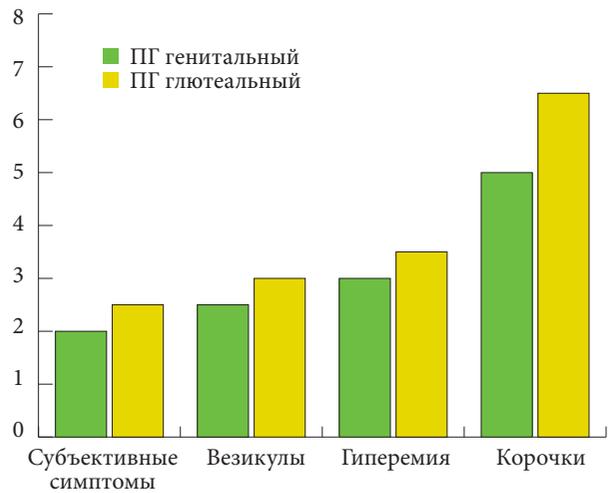


Рис. 3. Динамика регресса клинической симптоматики при лечении 1% кремом Фенистил Пенцивир у пациентов с генитальной и глутеальной локализацией простого герпеса

терапевтического средства оказывает наиболее выраженное действие при редко рецидивирующем течении простого герпеса;

4) 1% крем Фенистил Пенцивир, рекомендуемый сегодня исключительно при лабиальном простом герпесе, также эффективен и при других локализациях вирусного процесса, что является основанием для расширения показаний к его назначению после проведения дополнительных исследований и официального разрешения. ●

Литература
→ С. 59

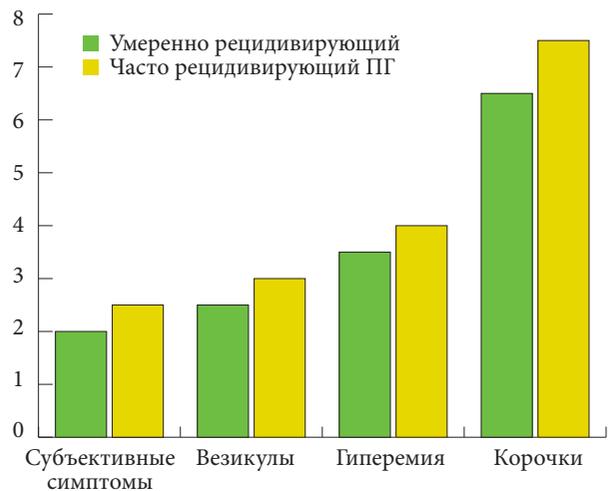


Рис. 4. Сравнительная характеристика динамики регресса клинической симптоматики при лечении 1% кремом Фенистил Пенцивир в зависимости от частоты рецидивов генитального и глутеального простого герпеса



ФУВ ГУ МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского,
кафедра дермато-
венерологии и
дерматоонкологии;

ФПФОВ ПМГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра кожных
и венерических
болезней;

ФПКМР
РУДН, кафедра
дерматовенерологии

Противовирусная терапия в лечении генитальной папилломавирусной инфекции

Д.м.н., проф. А.В. МОЛОЧКОВ, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
Г.Э. БАГРАМОВА, М.А. ГУРЕЕВА

Генитальная папилломавирусная инфекция (ПВИ) является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Только в США ею поражены около 20 млн и ежегодно заражаются 5,5 млн человек [8]. Чрезвычайная опасность и важная социальная значимость этой инфекции обусловлены ее этиологической ролью в развитии практически всех случаев рака шейки матки, около 50% других видов рака аногенитальной области, а также ряда разновидностей злокачественных новообразований верхних дыхательных путей и кожи [10, 14].

В России официально регистрируются только случаи аногенитальных (венерических) бородавок, показатель заболеваемости которыми составил в 2004–2005 гг. 32,9 случая на 100 тысяч населения, что свидетельствует об эпидемическом характере распространенности этой категории ПВИ [2]. В то же время, даже с учетом 10-кратного роста регистрируемой за последние 10 лет заболеваемости ПВИ [3], эти цифры не отражают масштабов ее истинной распространенности. Во многом это связано со сложностью диагностики субклинических и латентных форм инфекции.

При половом заражении ВПЧ-инфекция чаще всего приводит к развитию аногенитальных бородавок, классической формой которых являются остроконечные кондиломы – доброкачественные мягкие папилломатозные разрастания, расположенные, как правило, в аногенитальной области и обычно обусловленные ВПЧ 6 и 11 типа и реже другими, в том числе высокоонкоген-

ными, типами ВПЧ. В целом же не менее 35 типов ВПЧ (16, 18 и др.) вызывают дисплазию и рак половых органов (шейки матки, вульвы, влагалища, полового члена), гортани и заднего прохода [1].

Пик частоты ВПЧ-инфекции гениталий приходится на 18–25 лет. Это возраст наивысшей половой активности. После 30 лет ее распространенность снижается, но существенно возрастает частота дисплазий и рака шейки матки, причем пик частоты последнего приходится на 45 лет. К числу важных в эпидемиологическом и клиническом отношении особенностей ПВИ относятся нередко субклиническое течение и длительность инкубационного периода (от нескольких месяцев до нескольких лет), что существенно затрудняет диагностику и лечение заболевания [4]. ВПЧ относятся к роду А семейства паповавирусов (Papovaviridae). Вирионы не имеют оболочки, диаметр их равен 50–55 нм. Геном представлен двуспиральной кольцевидно скрученной ДНК, включает около

8000 основных пар и кодирует всего 8 открытых рамок считывания. В процессе репликационного цикла геном вируса экспрессирует от 8 до 10 белковых продуктов. Ранние белки (early), контролирующие репликацию вируса, транскрипцию и клеточную трансформацию, кодируются онкопротеинами E6 и E7. Поздние белки (late) L1 и L2 кодируют структурные белки вириона. Белок L1 формирует капсомеры. Белки E1 и E2 регулируют репликацию вирусной ДНК и экспрессию генов. Онкогены E6 и E7 всегда выявляются в опухолевых клетках зараженных ВПЧ, в то время как другие фрагменты вирусного генома могут быть утрачены в процессе его длительной персистенции.

В инфицированных эпителиальных клетках на начальных стадиях вирусный генетический материал персистирует в эписомальной форме, при этом клетка способна продуцировать вирусные частицы. На более поздних стадиях геном вируса интегрирует в клеточный геном, и способность к репродукции вируса утрачивается. Интеграция вирусной ДНК в клеточную может индуцировать несколько важных событий. Во-первых, она часто сопровождается потерей вирусного материала, при этом обязательно обеспечивается сохранение генов E6 и E7; во-вторых, независимо от делеций вирусный геном в интегрированной форме не способен к полной репликации; в-третьих, индуцируется нестабильность клеточного генома. Так, показано, что в канцерогенез шейки матки вовлечены определенные участки



хромосом, что указывает на множественность генетических нарушений в опухолевой клетке. При интеграции вирусного генома в клеточный не только сохраняется транскрипция вирусных генов, прежде всего E6 и E7, но и активируется транскрипция некоторых клеточных генов.

Обнаружение существенных различий в спектре синтезируемых опухолю ДНК указывает на разнообразие генетических механизмов, вовлеченных в процесс канцерогенеза, обусловленного ВПЧ. В частности, белки E6 и E7 могут инактивировать белки-супрессоры опухолевого роста p53 и pRb105 соответственно. Кроме того, указанные онкобелки влияют на некоторые белки-циклины и циклин-зависимые киназы, являющиеся регуляторами цикла деления клетки [7, 13]. Репликация ДНК ВПЧ происходит в клетках базального слоя, поэтому методы лечения, направленные только на удаление поверхностного слоя эпидермиса, неэффективны: инфицированные клетки служат постоянным источником заражения других эпителиальных клеток, что приводит к рецидиву заболевания.

После инфицирования ВПЧ в клетках эпидермиса нарушается нормальный процесс дифференцировки, особенно это касается клеток шиповатого слоя, в котором наблюдается клональная экспансия инфицированных ВПЧ клеток базального слоя, прошедших только первичную стадию дифференцировки. Эта клональная экспансия связана с их трансформацией и последующей иммортализацией, которая контролируется генами ВПЧ, кодирующими ранние (early) белки E6 и E7. При этом наблюдаются деформация внутренних слоев эпидермиса и утолщение кожи, а клетки шиповатого слоя при переходе в зернистый оказываются наиболее активными в синтезе вирусной ДНК. Эта фаза жизненного цикла ПВИ включает 2-й этап репликативной диссеминации вируса внутри эпидермиса, в результате чего значительно поражается зернистый слой эпидермиса. Экспрессия поздних (late) генов L1 и L2 происходит на конечной стадии дифференцировки клеток в ороговевающем слое эпидермиса, где и наблюдается активная сборка зрелых вирус-

ных частиц, их выделение из клетки и почкование прямо на поверхности кожи. Именно эти участки кожи инфекционно опасны в отношении контактного заражения.

Иммунный ответ хозяина играет важную роль в предотвращении клинической манифестации ВПЧ-инфекции. ВПЧ вызывает как гуморальный, так и клеточный иммунный ответ. Клеточный иммунитет, особенно Т-клеточная иммунная система, играет основную роль как в персистенции очагов ПВИ, так и в их спонтанном регрессе, который имеет место в 90% случаев и может наступить через 6–8 месяцев после начала заболевания. Роль иммунных нарушений в патогенезе ВПЧ-инфекции подтверждается данными о более высокой частоте ВПЧ-ассоциированных заболеваний у реципиентов трансплантата внутренних органов [5] и ВИЧ-инфицированных [11], нарушениях Т-клеточного иммунитета у больных с генитальными бородавками, снижении количества клеток Лангерганса в очагах цервикальной интраэпителиальной неоплазии, а также большим количеством CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов в инфильтрате регрессирующих генитальных бородавок [12]. Необходимо отметить, что онкобелки E6 и E7 достоверно иммуногенны, хорошо распознаются Т-лимфоцитами и проявляют свой эффект через формирование комплексов со специфическими белками – p53 и Rb, которые обычно выполняют в клетке противоопухолевую функцию. У вирусов с высоким онкогенным потенциалом комплексы E6-p53 и E7-Rb более стабильны, а инфицированные вирусом клетки неотвратимо становятся раковыми. Клинически выделяют 4 типа генитальных бородавок.

Остроконечные кондиломы – наиболее частая разновидность генитальных бородавок. Это мягкие папилломатозные фиброэпителиальные разрастания, по внешнему виду напоминающие цветную капусту, часто с мацерированной поверхностью, поражающие, как правило, слизистые оболочки (головка полового члена, наружное отверстие уретры, внутренний листок крайней плоти, малые половые губы, вход во вла-

галище, шейка матки, анус и анальный канал), реже – ороговевший эпителий (пах, промежность, перианальная область). На слизистых оболочках образования более плоские. Гистологическая картина: роговой слой состоит из паракератотических клеток, зернистый слой отсутствует; акантоз и резко выраженный папилломатоз с утолщением и удлинением ветвящихся эпителиальных выростов; характерна вакуолизация верхних слоев эпидермиса; дерма резко отекает с расширенными сосудами; отмечаются очаговые воспалительные инфильтраты. В ряде случаев остроконечные кондиломы могут трансформироваться в гигантскую кондилому Бушке–Левенштейна.

Кератотические бородавки – папулы, имеющие роговой вид и часто напоминающие цветную капусту или себорейный кератоз, обычно располагающиеся на коже ствола полового члена, мошонки, половых губ, паховых складок.

Папулезные бородавки – куполообразные папулы диаметром от 1 до 4 мм с гладкой поверхностью (менее роговой, чем кератотические), имеющие цвет сырого мяса и располагающиеся на коже, покрытой полностью ороговевающим эпителием.

Плоские бородавки – пятнистые элементы или слегка приподнятые папулы, обычно невидимые невооруженным глазом, располагающиеся на фоне частично или полностью ороговевшего эпителия.

Без лечения генитальные бородавки могут спонтанно инволюционировать (в 90% случаев), длительно персистировать или увеличиваться в размере и количестве, трансформируясь в рак (в 10% случаев). Рак in situ без лечения переходит в инвазивный рак в 36% случаях за 3,8–5,7 лет [19]. С меньшей частотой спонтанной инволюции подвергаются более длительно существующие очаги поражений. Отсутствие спонтанной инволюции генитальных бородавок также может быть связано с повторным инфицированием новыми типами ВПЧ. Реинфекция одним и тем же типом ВПЧ встречается нечасто, возможно, благодаря приобретенному иммунитету.

Исходя из биологических особенностей ПВИ, помимо удаления гени-



тальных бородавок большое внимание должно быть уделено лечению субклинической и латентно протекающих ВПЧ-инфекций. Кроме того, решающее значение для предотвращения рецидива и приостановления процесса канцерогенеза имеет элиминация ВПЧ. В настоящее время эффективность различных методов лечения генитальных бородавок, даже с учетом проведения повторных курсов, составляет 60–80% [6]. Рецидивы в 25–50% случаев наступают в течение первых 3 месяцев после лечения и чаще всего обусловлены реактивацией вируса. Таким образом, медикаментозная терапия должна быть направлена на эрадикацию вируса из организма и укрепление противовирусного иммунитета.

При разработке стратегии лечения важно учитывать возраст больного, локализацию, количество элементов, площадь очагов поражения, частоту рецидивов, наличие сопутствующей соматической патологии (в том числе урогенитальных инфекций), переносимость метода лечения, а также клинический опыт врача.

В большинстве случаев для лечения клинических проявлений ПВИ бывает достаточно применения методов деструкции (криодеструкции, электрокоагуляции, лечения лучами лазера или фотодинамической терапии), однако при оценке вероятности рецидивирования клинических проявлений ПВИ становится очевидной необходимость более или менее массивного курса иммунотропной и противовирусной терапии в каждом случае. При этом первым, по нашему мнению, этапом терапии, предшествующим деструкции новообразований, должна быть иммунозаместительная и противовирусная терапия.

В связи с тем, что латентная стадия жизненного цикла ВПЧ протекает в клетках базального слоя эпидермиса и ДНК ВПЧ могут находиться на расстоянии до 1 см от видимых границ опухоли, физическими методами очаг поражения сложно удалить полностью. Поэтому во избежание рецидива после проведения деструкции (по окончании регенерации эпидермиса) противовирусная

терапия в сочетании с препаратами, активирующими собственные защитные системы организма, должна быть продолжена.

Все интерфероны (ИФН) в той или иной степени эффективны в отношении ВПЧ. При остrokонечных кондиломах их применяют (инъекции внутрь очага или системно) в качестве терапии резерва, особенно при отсутствии эффекта от общепринятой терапии. ИФН – это цитокины первой фазы иммунного ответа, обладающие антивирусными, антипролиферативными и иммуностимулирующими свойствами путем усиления цитотоксической активности Т-лимфоцитов и стимуляции их способности уничтожать клетки с измененной антигенной структурой. В клинической практике при лечении ВПЧ-ассоциированных заболеваний широко используется интерферон α -2. Внутриочаговые инъекции под основание генитальных бородавок проводят препаратами ИФН- α -2 в дозе 5 млн МЕ 3 раза в неделю в течение 3 недель. ИФН применяют также с целью предварительной терапии крупных очагов поражения для уменьшения их площади перед деструктивным методом, а также с целью профилактики рецидивов [9].

Nees M. и соавт. в 2001 году подтвердили, что длительное использование препаратов ИФН- α -2 более чем у 50% пролеченных пациентов с ПВИ не приводит к клиническому улучшению в связи с резистентностью инфицированных клеток к ИФН, что напрямую связано с уровнем синтеза онкобелка E7. Существует достоверная связь между онкобелком E7, который нейтрализует противовирусную и противоопухолевую активность ИФН- α -2 за счет избирательного блокирования большинства индуцируемых интерфероном генов. Таким образом, онкобелок E7 является мощным иммуносупрессором, значительно снижающим эффективность иммунокорректирующей терапии. Эти данные послужили основанием для включения в комплексную терапию генитальной папилломавирусной инфекции Индинола как препарата, избирательно ингибирующего син-

тез онкобелка E7 в эпителиальных клетках, инфицированных ВПЧ.

Под нашим наблюдением находились 22 пациента (13 мужчин и 9 женщин) с диагнозом «остrokонечные кондиломы аногенитальной области». Возраст пациентов варьировал от 21 до 39 лет и в среднем составлял 26,8 лет. Для идентификации типа ВПЧ в каждом случае проводилась ПЦР. Необходимо отметить, что наиболее часто выявлялись ВПЧ 6, 11, 31 и 33 типов, при этом в группе женщин у 5 из 9 пациентов был выявлен ВПЧ 6 типа. Все пациенты ранее неоднократно проходили лечение по поводу остrokонечных кондилом с применением различных методов деструкции: электрокоагуляция, криодеструкция, лазерная вапоризация и др. В среднем количество рецидивов составляло 3,2, при этом средний межрецидивный период составлял 2,6 месяца, ни в одном случае его продолжительность не превышала 4 месяцев.

Всем пациентам проводился 30-дневный курс терапии препаратом Индинол по 200 мг 2 раза в день в сочетании с препаратом рекомбинантного интерферона альфа в форме ректальных суппозиторий Виферон по 1 млн МЕ в сутки. На 30-й день проводилась деструкция новообразований методом электрокоагуляции или фотодинамической терапии, после чего пациентам было рекомендовано продолжить применение препарата Индинол по 200 мг 2 раза в день в течение еще 60 дней. В период наблюдения не менее 10 месяцев рецидивы заболевания отмечены лишь у 2 пациентов. Особо необходимо отметить хорошую переносимость применявшихся препаратов: побочных эффектов или осложнений не было отмечено ни в одном случае.

Таким образом, применение блокатора онкобелка E7 Индинола в комплексе с препаратом рекомбинантного интерферона альфа Вифероном в качестве комплексной противовирусной терапии при генитальной ПВИ позволяет достичь высокой напряженности противовирусного иммунитета и обеспечить минимальное количество рецидивов. ●

Лечиться
нужно **ВМЕСТЕ!**

ИНДИНОЛ® Индинол-3-карбинол

**ИНДИНОЛ® – уникальный препарат,
способствующий элиминации вируса
папилломы человека (ВПЧ) из организма**



ИНДИНОЛ® в комплексной терапии папилломавирусной инфекции (с интерферонами, иммуномодуляторами) повышает эффективность лечения (число негативных пациентов) в 2 раза и снижает частоту рецидивов в 3-4 раза^{1, 2, 3}

¹ Н.В. Шперлинг и соавт. «Опыт применения Индинола® при рецидивирующей папилломавирусной инфекции гениталий», Клиническая дерматология и венерология, № 2, 2009

² Ю.В. Редькин, О.Г. Батурова «Оценка эффективности комбинации препаратов Панавир и Индинол® в открытом контролируемом исследовании при лечении женщин с различными клиническими формами ПВИ», TERRA MEDICA nova, № 2, 2008

³ В.А. Молочков, А.В. Молочков, А.Ю. Кладова «Индинол в профилактике вирусных поражений гениталий и монотерапии кератоакантомы». Приложение к «Российскому журналу кожных и венерических болезней». Герпес, № 2, 2009 Реклама



 **x2**
6 месяцев

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

¹ ЦТП ФХФ РАН;² ГКБ № 14
им. В.Г. Короленко,³ Поликлиника
МИД РФ

Лактофилтрум в комплексной терапии экземы

О. ДЖОРДЖИЕВА², Л.Ш. ТОГОЕВА^{1,2}, И.Г. ДИКОВИЦКАЯ³,
д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ

В свете современных научных данных можно утверждать, что экзема является полиэтиологическим заболеванием, которое развивается в результате комплексного воздействия на организм аллергических, неврогенных, эндокринных, иммунных, генетических и других факторов.

В последнее время отмечается рост заболеваемости экземой, что, по-видимому, связано с возрастающим влиянием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов на организм.

Большинство авторов сходятся во мнении, что экзема является поливалентной сенсibilизацией кожи, в результате которой организм неадекватно реагирует на различные как эндогенные, так и экзогенные раздражители. К эндогенным факторам можно отнести хронические заболевания, очаги хронической инфекции и т.д. Экзогенными факторами могут быть пищевые продукты, бытовая и производственная химия, лекарственные препараты [1].

Считается, что при экземе патологический процесс развивается как реакция повышенной чувствительности замедленного типа. Аллергены (молекулы химических веществ, лекарственных препаратов, грибковые и бактериальные антигены и т.д.), попадая в организм, захватываются антиген-представляющими клетками, которые презентуют их Т-лимфоцитам, в результате чего образуются сенсibilизированные лимфоциты. Эти лимфоциты взаимодействуют с определенным аллергеном (антигеном), в результате чего вырабатываются медиаторы клеточного воспаления, воздействующие на макро-

фаги, тем самым вовлекая их в процесс разрушения антигенов. В настоящее время аллергические процессы трактуются как патологические иммунные реакции, возникающие при повреждении тканей. Существуют научные работы, доказывающие, что у пациентов, страдающих экземой, наблюдаются нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Установлено, что у данной группы больных отмечается дисгаммаглобулинемия (повышение уровня IgG, IgE и понижение уровня IgM), уменьшение количества функционально активных Т-лимфоцитов, снижение общего числа Т-клеток, изменение соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, а также увеличение количества В-лимфоцитов.

Важную роль в развитии экземы играют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Дисбиотические изменения нормофлоры кишечника приводят к нарушению процессов расщепления и всасывания питательных веществ в организме. Воспалительные процессы органов ЖКТ могут быть связаны с гиперпродукцией медиаторов вазодилатации, которые при определенных заболеваниях ЖКТ вырабатываются в больших количествах. Некоторые компоненты калликреин-кининовой системы, например, калликреин плазмы крови, выра-

батываются в печени, тканевые калликреины – в соке поджелудочной железы. Вазоактивное действие данных медиаторов влияет на тонус сосудов и может повышать их проницаемость [2].

В течении заболевания выделяют острую, подострую и хроническую стадии. *Острая стадия* характеризуется интенсивной эритемой, высыпаниями микровезикул на инфильтрированном эпидермисе. После вскрытия везикул на поверхности кожи остаются точечные эрозии – «серозные колодцы», в результате чего образуются очаги мокнутия. По мере стихания процесса количество везикул уменьшается, эрозии подсыхают в корочки, на поверхности очагов появляется шелушение. *Хроническая стадия* экземы проявляется застойной эритемой, лихенизацией кожи, чешуйками, сухостью кожи и трещинами.

У пациентов с хроническими дерматозами нарушается не только целостность кожных покровов, но и нормальный микробиоценоз кожи, что нередко приводит к развитию бактериальных и микотических поражений кожи, которые еще больше усугубляют течение дерматоза, вызывая развитие частых рецидивов.

В терапии экземы традиционно используются дезинтоксикационные, антигистаминные, кортикостероидные препараты. В последнее время в связи с тем, что у большинства пациентов с кожными заболеваниями выявляется патология желудочно-кишечного тракта, в терапии аллергодерматозов достаточно широко используются препараты с адсорбирующими и пробиотическими свойствами [2–4].



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

www.lactofiltrum.ru



Рис. 1. Причины обострения хронической экземы

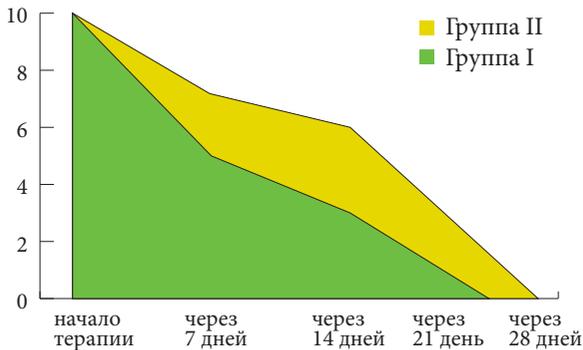


Рис. 2. Регресс зуда в процессе терапии

В терапии наших пациентов мы применяли препарат Лактофильтрум, содержащий одновременно пребиотик и сорбент. Фармакологическое действие Лактофильтрума обусловлено свойствами входящих в его состав активных компонентов – лигнина и лактулозы.

Лигнин гидролизный – природный энтеросорбент, состоящий из продуктов гидролиза компо-

Литература
→ С. 60

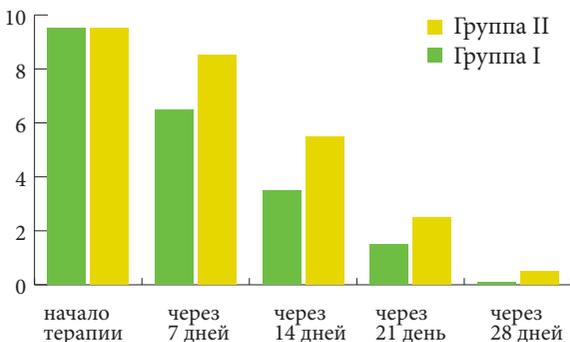


Рис. 3. Регресс кожных проявлений в процессе терапии

нентов древесины, обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием. Связывает в кишечнике и выводит из организма патогенные бактерии и бактериальные токсины, лекарственные препараты, соли тяжелых металлов, алкоголь, аллергены, а также избыток некоторых продуктов обмена веществ, в том числе билирубин, холестерин, гистамин, серотонин, мочевины, иные метаболиты, ответственные за развитие эндогенного токсикоза. Не всасывается, полностью выводится из кишечника в течение 24 ч.

Лактулоза – синтетический дисахарид, молекула которого состоит из остатков галактозы и фруктозы. Лактулоза в желудке и верхних отделах кишечника не всасывается и не гидролизуется. Высвобождающаяся из таблеток лактулоза в толстом кишечнике ферментируется нормальной микрофлорой кишечника, стимулируя рост бифидобактерий и лактобацилл. В результате гидролиза лактулозы в толстом кишечнике образуются органические кислоты – молочная, уксусная и муравьиная, которые подавляют рост патогенных микроорганизмов и, таким образом, уменьшают продукцию азотсодержащих токсических веществ. Описанный процесс приводит к увеличению осмотического давления в просвете толстого кишечника и стимулированию перистальтики. Комплексное действие препарата направлено на нормализацию микробиоценоза толстого кишечника и снижение интенсивности эндогенных токсических состояний.

Поэтому преимущество Лактофильтрума перед препаратами, содержащими только сорбент или пребиотик, заключается в его двойном действии: сорбент нейтрализует патогенные микроорганизмы и выводит кишечные токсины, а пребиотик стимулирует рост полезной микрофлоры, что способствует более эффективному восстановлению нарушенного микробиоценоза кишечника, а вслед за этим и кожи.

На основании данных последнего исследования, которое проводилось дерматологами в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), препарат Лактофильтрум восстанавливает микрофлору кожи почти в 80% случаев [4].

Под нашим наблюдением находились 54 пациента с диагнозом «хроническая экзема в стадии обострения». У 19 пациентов обострение было связано с нарушением диеты, у 22 пациентов – с приемом лекарственных препаратов и БАД, у 13 пациентов причину обострения выяснить не удалось (рис. 1).

У всех пациентов кожный процесс носил распространенный характер, сопровождался папуловезикулезными высыпаниями на фоне эритемы и отека на коже туловища и конечностей, эксфолиациями, субъективно больных беспокоил сильный зуд.

В комплексное лечение наряду с дезинтоксикационной терапией (гемодез, физраствор в/в капельно № 5), антигистаминными препаратами был включен Лактофильтрум в дозе 2 табл. 3 раза в день в течение 14 дней.

У пациентов, получавших Лактофильтрум (I группа, n = 34), отмечен более быстрый регресс зуда (7 дней) (рис. 2) и кожных проявлений по сравнению с пациентами, не получавшими в комплексной терапии Лактофильтрум (II группа, n = 20). Все пациенты в качестве топической терапии получали глюкокортикостероиды. Как видно из полученных данных, введение в комплексную терапию Лактофильтрума позволяет быстрее достигнуть клинического эффекта (рис. 3).

Наш опыт свидетельствует о целесообразности включения в комплексную терапию экземы энтеросорбентов, которые повышают эффективность проводимого лечения. При этом необходимо помнить, что в период приема препаратов этой группы другие лекарственные средства, входящие в состав комплексной терапии, желательно назначать парентерально или через час после приема энтеросорбентов. ●



21-22 сентября 2011 года

ДИАГНОСТИКА И ФАРМАКОТЕРАПИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ ДИЕТОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА, МОНИТОРИНГ И РЕАБИЛИТАЦИЯ: ОТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ



*Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России
приглашает:*

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

*принять участие в работе IV Всероссийского конгресса
по детской аллергологии и иммунологии*

*Российская академия государственной службы при Президенте РФ, 2 учебный корпус.
По вопросам участия в программе и выставке конгресса обращаться в Оргкомитет:
тел.: (495) 518-31-09; факс: (495) 225-71-07
Информация о конгрессе в интернете — на сайте www.adair.ru
Электронная почта: adair@adair.ru*



Топические глюкокортикостероиды в терапии псориаза

Н.В. ГАЛИЕВА¹, д.м.н., проф. Е.В. ДВОРЯНКОВА¹,
д.м.н. А.Л. ПИРУЗЯН², д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ²

В работе приводятся результаты терапии 26 пациентов с обострением вульгарного псориаза при последовательном назначении препаратов Кутивейт и Дермовеит. По результатам исследования значительное улучшение появилось уже на 10-й день лечения Кутивейтом у 19 пациентов. Дальнейшее применение Дермовеита на протяжении 14 дней привело к полному разрешению высыпаний у всех больных.

Несмотря на то что псориаз известен с давних времен и в настоящее время существует множество методик системной и местной терапии заболевания, при обострении псориаза ведущее значение имеет применение топических препаратов, среди которых особое место занимают глюкокортикостероиды (ГКС) для наружного использования.

Препараты данной группы обладают активным противовоспалительным, иммуносупрессивным, антипролиферативным и противоаллергическим действием [1]. Однако при назначении ГКС необходимо помнить, что нерациональное их применение, особенно препаратов, относящихся к группе «очень сильных кортикостероидов» (I класс по классификации Американской академии дерматологов, 2006), сопровождается повышенным риском развития системных и местных побочных эффектов. К местным побочным эффектам относятся атрофия кожи, стрии, эрите-

ма и телеангиэктазии, гипертрихоз, угревая сыпь, периоральный дерматит, замедление заживления ран, инфекционные осложнения и др. [2]. Развитие нежелательных явлений обусловлено торможением пролиферации фибробластов и синтеза коллагена, подавлением пролиферативной активности кератиноцитов и лимфоцитов. Нерациональное применение кортикостероидов в наружной терапии дерматозов может привести к нарушению дифференцировки кератиноцитов, повысить активность протеолитических ферментов рогового слоя, что может способствовать его истончению и привести к нарушению барьерной функции эпидермиса. При длительном использовании кортикостероидов на обширных участках кожи могут развиваться системные осложнения: угнетение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, синдром Иценко – Кушинга, стероидный диабет, катаракта, глаукома, артериальная гипертензия [3, 4]. Развитие системных ослож-

нений связано с попаданием кортикостероида в кровяное русло и зависит от системной абсорбции препарата, способности связываться с транспортными белками, биодоступности и скорости метаболизма [5]. В связи с этим перед врачом-дерматологом стоит задача – подобрать адекватное наружное средство, которое в конкретной клинической ситуации при рекомендуемом в инструкции режиме дозирования будет обладать высокой эффективностью в сочетании с благоприятным профилем переносимости.

В настоящее время существует ряд глюкокортикостероидов для местного применения, позволяющих получить выраженный клинический эффект при минимальных побочных реакциях, например, Кутивейт (флутиказона пропионат) и Дермовеит (клобетазола пропионат). Высокая активность данных препаратов обусловлена структурой их молекул. Сила топического стероида определяется его способностью оказывать вазоконстрикторное действие, что положено в основу Европейской и Американской классификаций. По способности вызывать сосудосуживающий эффект клобетазола пропионат в 1800 раз превосходит гидрокортизон [6], а флутиказона пропионат в 10 раз превосходит по активности триамцинолона ацетонид и флуоцинолона ацетонид, а также в 3 раза более активен, чем



беклометазон-17-дипропионат [7]. При этом, как показывают проведенные исследования, Кутивейт и Дермовейт обладают низкой способностью к подавлению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и незначительным атрофогенным действием. Так, при оценке с помощью А-метода ультразвукового сканирования у 40 здоровых добровольцев 0,05% крем Кутивейт вызвал истончение кожи лишь на 3% по сравнению с исходным уровнем. Этот эффект исчезал спустя 2–3 недели после окончания курса применения [8]. Аналогичное исследование применения Дермовейта 2 раза в день на протяжении 28 дней также показало истончение кожных покровов, но через 28 дней (4 недели) толщина кожи вернулась к нормальным показателям [9]. При применении клобетазола один раз в сутки в течение 3 дней на здоровой коже добровольцев видимых клинических отклонений и изменения трансэпидермальной потери жидкости не отмечалось [10].

Многочисленные зарубежные исследования показали эффективность данных лекарственных средств при псориазе. В проведенном F.G. Nurnberger рандомизированном двойном слепом многоцентровом сравнительном исследовании эффективности 0,005% мази флутиказона пропионата и 0,1% мази гидрокортизона бутирата с применением 2 раза в день участвовали 115 мужчин и женщин со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза. Большинство пациентов имели длительный анамнез заболева-

ния, площадь поражения псориазическими высыпаниями составила в среднем 17% поверхности кожи. Проводимое ранее лечение было малорезультативным. В ходе исследования было отмечено, что флутиказона пропионат в зоне воспаления оказывал более быстрое действие по сравнению с 0,1% мазью гидрокортизона бутирата. После 7 дней терапии активно регрессировало шелушение и инфильтрация псориазических бляшек, а к 14-му дню исчезла эритема. Улучшение, значительное улучшение и полный регресс высыпаний был достигнут у 72% пациентов в группе, применявшей 0,005% мазь флутиказона пропионата, по сравнению с 68% пациентами, использовавшими 0,1% мазь гидрокортизона бутирата [11].

Сравнение эффективности 0,005% мази флутиказона пропионата с сильным глюкокортикостероидом бетаметазоном-17,21-дипропионатом в виде 0,05% мази не выявило значительных различий в эффективности и переносимости препаратов в лечении больных псориазом. При этом применение флутиказона пропионата характеризовалось более низкой частотой развития локальных и системных побочных эффектов в процессе терапии стероидочувствительных дерматозов, особенно имеющих рецидивирующее течение, таких как псориаз. Также при использовании флутиказона пропионата отмечался низкий риск развития нежелательных эффектов в наиболее чувствительных участках кожи – в области лица и кожных складок. В остром периоде псориаза 0,005% мазь флу-

В настоящее время существует ряд глюкокортикостероидов для местного применения, позволяющих получить выраженный клинический эффект при минимальных побочных реакциях, например, Кутивейт (флутиказона пропионат) и Дермовейт (клобетазола пропионат).

тиказона пропионата наносили дважды в день в течение 2 недель. Затем в течение 8 недель проводилась поддерживающая терапия с использованием препарата 1 раз в день. У большинства пациентов сохранялась ремиссия продолжительностью более 71 дня. Ни у одного больного не было выявлено признаков атрофии кожи и телеангиэктазий. Частота рецидивов в области лица и складок была низкой, значительно ниже, чем на других участках тела [12, 13].

Клобетазола пропионат, несмотря на то что он используется с 1973 г., до сих пор остается препаратом выбора для местной терапии псориаза в США. При лечении псориаза он значительно превосходит по эффективности топические кортикостероиды II и III класса (по Американской классификации). Сравнительное исследование эффективности крема клобетазола пропионата и крема хальцинонида показало, что через 2 недели лечения в группе пациентов, пользовавшихся кремом клобетазола пропионата, кожные высыпания регрессировали на 75% у 42,9% больных, тогда как в группе пациентов, применявших хальцинонид крем (II класс), такой эффект был отмечен только у 15,8% ($p < 0,001$). Через 2 недели после окончания терапии у 62,9% пациентов, получавших крем хальцинонида, возникли рецидивы, в то время как среди больных, использовавших крем клобетазола пропионата, – лишь у 3,2% пациентов [14].

В двухнедельном исследовании L. Gir и A. Hamfelt изучали эффективность клобетазола пропионата и бетаметазона дипропионата

По способности вызывать сосудосуживающий эффект клобетазола пропионат в 1800 раз превосходит гидрокортизон [6], а флутиказона пропионат в 10 раз превосходит по активности триамцинолона ацетонид и флуоцинолона ацетонид, а также в 3 раза более активен, чем беклометазон-17-дипропионат.



Фото 1. До лечения



Фото 2. После лечения Кутивейтом

в виде мази. При нанесении препаратов 2 раза в день они отметили сопоставимую эффективность исследованных средств [15]. В другом исследовании через 14 дней применения клобетазола пропионата и бетаметазона дипропионата улучшение более чем на 75% было зарегистрировано у 70% и 50% больных соответственно ($p < 0,001$). У пациентов, применявших клобетазола пропионат, наблюдался более стойкий терапевтический эффект. Рецидивы при одинаковых сроках наблюдения возникли у 41 из 72 пациентов группы бетаметазона дипропионата и только у 7 из 72 пациентов группы клобетазола пропионата [16]. Ретроспективное 15-летнее исследование, проведенное в Италии, с участием 666 пациентов с псориазом показало высокую эффектив-

ность использования клобетазола пропионата в сочетании со средствами, уменьшающими сухость кожи (эмоллиентами) [17]. Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 21 до 58 лет с диагнозом «обострение вульгарного псориаза». Длительность заболевания варьировала от 1 года до 15 лет, количество обострений – 2–3 раза в год. Ранее в период обострения местно применялись в основном триамцинолон или флуоцинолон. У большинства наблюдаемых пациентов обострение началось за 2–3 недели до госпитализации. При поступлении у них отмечались псориазные высыпания, расположенные на верхних и нижних конечностях и туловище, представленные насыщенно-красными папулами, покрытыми чешуйками беловатого цвета и частично сливавшимися в бляшки (индекс PASI от 6,8 до 10,5). Все пациенты получали системную дезинтоксикационную терапию и гепатопротекторы. Местно на очаги наносили Кутивейт 2 раза в день в течение 10–14 дней. На ночь – 1% салициловый вазелин. Благодаря ярко выраженному противовоспалительному действию Кутивейта к 10-му дню у 19 больных высыпания значительно упустились, уменьшилось шелушение (фото 1, 2), у остальных

пациентов (7 человек) это произошло к 14-му дню. Затем переходили к однократному местному применению Дермовейта 1 раз в день в течение 14 дней. Такой подход позволил уменьшить количество используемых кортикостероидных препаратов, так как Дермовейт оказывает выраженный клинический эффект при однократном использовании. Для уменьшения сухости кожных покровов применялся Физиогель крем, что привело к полному разрешению высыпаний (с остаточными явлениями небольшой пигментации). Пациентам были рекомендованы для дальнейшего ухода за кожей увлажняющие средства, в частности крем Физиогель. Каких-либо побочных эффектов при применении сильных кортикостероидов Кутивейта и Дермовейта, по нашим наблюдениям, не было выявлено. При опросе пациенты отмечали, что разрешение высыпаний наступало в более короткие сроки, чем на фоне ранее применявшихся топических стероидных средств. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность сильных топических кортикостероидов Дермовейта и Кутивейта в сочетании с базовым уходом увлажняющими средствами при лечении псориаза. ☺

Литература
→ С. 60

Как показывают проведенные исследования, Кутивейт и Дермовейт обладают низкой способностью к подавлению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и незначительным атрофогенным действием.

План научно-практических мероприятий и специализированных выставок

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России на 2011 год



27 сентября 2011 г. Первая всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Вопросы травматологии челюстно-лицевой области»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

6–7 октября 2011 г. Научно-практическая конференция с международным участием
«Испытание «Растворение» в фармацевтической практике. Современные подходы, концепции и биофармацевтические аспекты»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

7 октября 2011 г. Научно-практическая конференция, посвященная 165-летию факультетской терапевтической клиники имени В.Н. Виноградова и 80-летию члена-корреспондента РАМН профессора В.И. Маколкина
«История и современность факультетской терапевтической клиники имени В.Н. Виноградова»
Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж

13–14 октября 2011 г. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

20–21 октября 2011 г. Научно-практическая конференция с международным участием
«Лучевая диагностика и научно-технический прогресс в урологии»
Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж

3–4 ноября 2011 г. IV Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка
«Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

9 ноября 2011 г. Научно-практическая конференция
«Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога и косметолога»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

17–18 ноября 2011 г. Научно-практическая конференция с международным участием
«Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж

23–25 ноября 2011 г. Научно-практическая конференция и специализированная выставка
«Современные проблемы эффективности управления здравоохранением»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-залы № 1 и 2, II этаж

8 декабря 2011 г. Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка
«Актуальные проблемы гастроэнтерологии. Василенковские чтения»
Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2 Выставочного конгресс-центра, II этаж



Междисциплинарные проблемы ведения больных с новообразованиями кожи

Междисциплинарная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы онкодерматологии, косметологии и дерматовенерологии» прошла в Калининграде 30 мая 2011 года при участии более 100 врачей из Калининградской области. В рамках конференции состоялись заседания по диагностике и лечению новообразований кожи с мастер-классом по дерматоскопии.



Организатором мероприятия выступило Министерство здравоохранения Калининградской области, при участии ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития РФ, Общества дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта. Техническую организацию и координацию конференции обеспечила ГК «МЕДФОРУМ». В научной программе мероприятия обсуждались вопросы уровня заболеваемости, диагностики, профилактики и ведения пациентов с различными поражениями кожи. Докладом «Злокачественные новообразования кожи в Калининградской области» открыл конференцию главный внештатный онколог Мини-

стерства здравоохранения Калининградской области, декан Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта, профессор Сергей Владимирович КОРЕНЕВ. Согласно статистике, рак кожи стоит на втором месте по распространенности среди онкологических заболеваний в данном регионе в частности и по России в целом. Виды применяемого лечения при раке кожи – это хирургическое (18%) и лучевое лечение (78%); при меланоме кожи хирургическое или комбинированное, включающее операцию с последующей полихимиотерапией. С 2010 г. в Калининградской области на базе областной больницы начато активное применение фотодинамической терапии. В прошлом году в Калининградской области умерли 79 больных с диагнозом злокачественной опухоли кожи. Основные проблемы: поздняя диагностика новообразований и ограниченный контингент онкологов в регионе. Так, в Черняховском районе, где на 2011 год выявлены 23 человека с раком кожи, нет ни одного врача-онколога.

Этапы лечения меланомы кожи отразил в своем докладе главный онколог Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, руководитель хирургического отделения НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, заслуженный врач РФ, профессор Алексей Степанович БАРЧУК. Проблема лечения меланомы кожи продолжает оставаться актуальной до настоящего времени вследствие увеличения заболеваемости и смертности от этой патологии. Исходя из совокупности знаний о росте и распространении меланомы кожи, на сегодняшний день «золотым стандартом» лечения первичной опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах является хирургическое вмешательство, позволяющее нередко добиться полного излечения. Однако трудно найти в клинической онкологии другую такую опухоль, хирургическое лечение которой имело бы столько осо-



«Актуальные вопросы дерматоонкологии, косметологии и дерматовенерологии»

бенностей. Алексей Степанович особо подчеркнул, что основным вопросом тактики хирургического лечения меланомы является определение адекватного объема вмешательства на регионарном лимфатическом коллекторе. При этом следует иметь в виду, что нередко хирург, оперирующий больного с меланомой кожи, испытывает искушение ограничиться минимальным объемом вмешательства, не выполняя расширенной радикальной операции, руководствуясь желанием максимально улучшить медицинскую и социальную реабилитацию больного. Такой подход не всегда может быть оправдан.

Вопросы клиники и морфологии разнообразных новообразований и опухолевых пороков развития кожи в докладе «Меланоцитарные невусы кожи» затронул д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии, заместитель декана ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Антон Владимирович МОЛОЧКОВ. В его докладе рассмотрена нозологическая форма в клиническом, онкоморфологическом и прогностическом аспектах. Даны клинико-морфологические рекомендации по диагностике и лечению опухолей и опухолевидных пороков кожи.

Мастер-класс по оптической диагностике новообразований профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Альбина Николаевна ХЛЕБНИКОВА предварила докладом по нозологии, критериям диагностики новообразований, а также техническим и специфическим возможностям оборудования. При разборе сложных диагностических случаев была проведена диагностика трех пациентов Калининграда и Санкт-Петербурга. К счастью, диагнозы пришедших на диагностику пациентов не были признаны опасными для жизни.

В научной программе конференции также рассматривались такие темы, как уход и защита кожи; новые технологии на службе врача; алгоритмы, схемы, оценка эффективности и рекомендации в дерматологии; оптимальные подходы в профилактике и лечении заболеваний кожи; диагностика инфекций.

Людмила Николаевна МАКСИМОВА, к.м.н., зам. директора по клинической фармакологии НИИ цитохимии и молекулярной фармакологии, выступила с сообщением «Уменьшение пятен витилиго в результате применения препарата Элтамин». Людмила Николаевна отметила, что проблема витилиго связана с достаточной распространенностью заболевания, а также социально-психологической его значимостью для пациентов. Одним из патогенетических факторов признан оксидативный стресс. Новый отечественный метаболитный препарат Элтацин, являясь эндогенным индуктором глутатиона, положительно влияет на процесс меланогенеза, утилизируя продукты перекисного окисления липидов и свободные радикалы кожи. Эти свойства препарата доказаны эксперимен-



тально и подтверждены во время клинических исследований. Препарат участвует в процессе меланогенеза, задерживает распространение пятен по поверхности кожи, у некоторых пациентов участки депигментированной кожи темнели, покрывались вкраплениями темных пятен. Препарат не обладает нежелательными побочными действиями.

Марина Александровна ГУРЕЕВА, ассистент кафедры дерматовенерологии ФПКМР РУДН представила доклад «Клинические рекомендации в терапии склеродермии»; СУХАРЕВ Алексей Владимирович, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии СПб ВМА – доклады «Клинические рекомендации в комплексной терапии псориаза», «Грибковые инфекции кожи. Современные подходы к лечению»; ТОЛСТЫХ Наталья Станиславовна, к.м.н., начальник отделения по производству диагностических препаратов сифилиса и лихорадок ЗАО «ЭКОЛАБ» (Москва) – доклад «Современные методы диагностики сифилиса».

Подвел итог конференции главный врач Калининградского областного кожно-венерологического диспансера Юрий Константинович БУКИН. Среди участников конференции был разыгран актуальный в работе специалиста приз – дерматоскоп. 🍀

Источник: официальный отчет ГК «Медфорум»



Современный взгляд на проблемы лечения генитальных и кожных заболеваний

16 июня 2011 года в рамках медицинского форума «Здоровье России» в Сочи с успехом прошла междисциплинарная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы инфекционной патологии. Диагностика и лечение генитальных и кожных заболеваний».

Администрация и Управление здравоохранения города Сочи при поддержке компаний «СОЧИ-ЭКСПО» и ГК «МЕДФОРУМ» подготовили и провели в рамках XII специализированной выставки медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для современной медицины и здравоохранения «Медицина сегодня и завтра» цикл образовательных междисциплинарных научно-практических конференций.

Внедрение принципов междисциплинарности и трансдисциплинарности в программу подготовки медицинских кадров – один из эффективных способов решения проблем в современной медицине. Научная программа конференции «Актуальные вопросы инфекционной патологии. Диагностика и лечение генитальных и кожных заболеваний» состояла из двух секций. В первой секции «Инфекции и эпидемиология» ведущие научные сотрудники лабораторий бактериальных и герпесвирусных инфекций ЗАО «Вектор-Бест» и директор по продвижению диагностических препаратов «ЭКОЛАБ», используя результаты последних исследований, представили доклады «Проблемы и возможности дифференциальной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции», «Современные методы диагностики сифилиса» и др. Докладом «Современные аспекты иммуномодулирующей терапии папилломавирусной инфекции» конференцию продолжил Руслан Николаевич ВОЛОШИН, д.м.н, профессор Российской академии естествознания (РАЕ), зав. курсом косметологии и микологии Ростовского государственного медицинского университета.

Используя возможности современных IT-технологий, компания INTEL обеспечила проведение видеоконференции. Таким образом, число участников конференции было неограниченным, вопреки регистрационным данным, согласно которым в конференции приняли участие 55 врачей.

Транслировались выступления Алексея Анатольевича ХАЛДИНА, д.м.н., профессора, директора Клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, президента Межклинической ассоциации «Герпес-Форум» на тему «Стандартизация терапевтических подходов к лечению простого герпеса» и Антона Владимировича МОЛОЧКОВА, д.м.н., профессора кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, зав. кафедрой дерматовенерологии РУДН «Папилломавирусные инфекции».

В начале своего выступления профессор Халдин обратил внимание участников конференции на социальные аспекты простого герпеса гениталий. Он, в частности, констатировал, что на рубеже XX–XXI вв. с легкой руки врачей и средств массовой информации диагноз «простой герпес гениталий» стал социальным клеймом, сформировав в обществе герпесофобию. Преодолеть ее можно лишь разведав мифы об этом заболевании. Врачам необходимо повышать свою квалификацию в отношении консультирования пациентов, страдающих простым герпесом гениталий. В СМИ не должно быть сведений о том, что генитальной формой простого герпеса болеют лишь люди, ведущие беспорядочную половую жизнь, – общедоступная информация должна быть достоверной. Пациенты должны знать, что простой герпес гениталий поддается лечению, а современные лекарственные средства позволяют не только купировать обострения, но и контролировать число рецидивов.

Как отметил профессор Халдин, среди многих проблем, связанных с вирусом простого герпеса, особого внимания заслуживает вопрос лечения рецидивов и профилактики обострений простого герпеса. Его актуальность в связи с увеличением степени инфицированности возбудителем и частоты клинических проявлений вирусного процесса все более воз-



«Актуальные вопросы инфекционной патологии: диагностика и лечение генитальных и кожных заболеваний»

растает. Вместе с тем успешная терапия невозможна без понимания патогенеза заболевания.

Сегодня существует достаточно большой арсенал противогерпетических средств. Однако оценка их фармакологического действия говорит о наличии всего лишь двух приоритетных направлений терапии простого герпеса – иммунного и этиотропного.

Для купирования рецидивов простого герпеса патогенетически обосновано своевременное назначение синтетических ациклических нуклеозидов, т.е. этиотропных противовирусных средств, которые полностью соответствуют современным критериям рациональной терапии. Монаотерапия наружными средствами целесообразна только при обращении пациента на высоте обострения, с целью сокращения длительности кожных проявлений вирусного процесса.

Профессор Халдин представил собственные результаты двойного рандомизированного исследования эффективности 1% крема Фенистил Пенцивир. Так, начало применения крема Фенистил Пенцивир в период продрома или при начальной везикуляции ведет к быстрому стиханию субъективной симптома-

тики и клинических проявлений, динамика регресса кожной симптоматики более быстрая по сравнению с ацикловиром, а длительность рецидива независимо от сроков начала применения препарата сокращается в среднем на 30%.

Профессор Молочков осветил особенности современного состояния проблемы заболеваний, обусловленных вирусами папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время ВПЧ – инфекционный агент, 35 типов которого (из 120 идентифицированных) вызывают поражения покровного эпителия и слизистых оболочек половых органов.

Папилломавирусная инфекция характеризуется как наиболее распространенная ИППП. Она инфицирует большую часть сексуально активного населения и обычно ассоциируется с другими ИППП, обладает высокой контагиозностью – однократный половой контакт приводит к заражению в 60% случаев. Папилломавирусная инфекция – частый этиологический агент эстрогензависимого рака (шейки матки и др.). Частота ВПЧ-инфекции повышается при раннем начале половой жизни и весьма распространена у женщин, ведущих активную половую жизнь

Интернет-магазин медицинской книги

www.mbookshop.ru



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

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

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

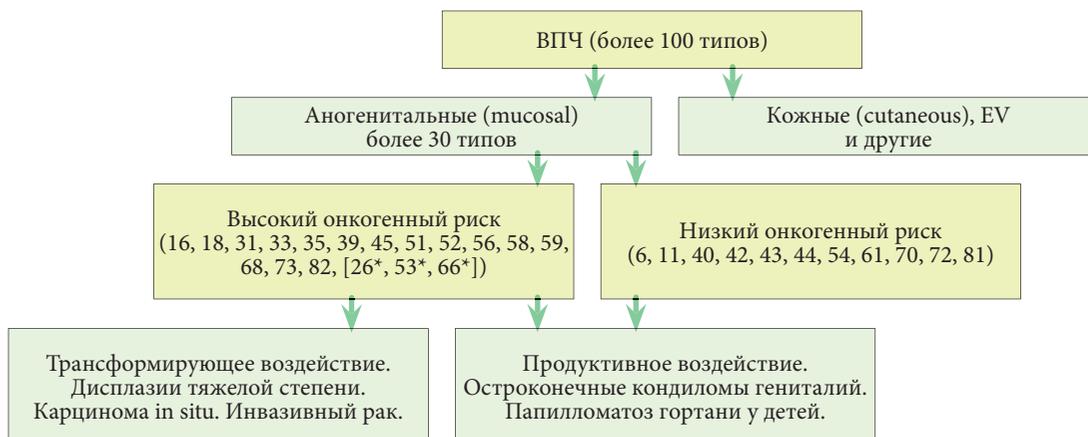


Рис. Классификация вирусов папилломы человека

с частой сменой половых партнеров. Пик частоты ВПЧ-инфекции слизистых – возраст 18–25 лет. Пик частоты CIN I–III и рака шейки матки – 45 лет. Инкубационный период при генитальных бородавках составляет 1–3 месяца. Прогрессия ВПЧ-инфекции высокого онкогенного риска в рак происходит в сроки от 5 до 30 лет.

Профессор Молочков представил классификацию вирусов папилломы человека (см. рис.).

Отсутствие клинических и гистологических признаков инфекции при выявлении ДНК ВПЧ свидетельствует о латентной инфекции. Манифестация генитальной ВПЧ-инфекции сопровождается появлением генитальных бородавок: от остроконечных кондилом до рака шейки матки.

По словам профессора Молочкова, иммунный ответ играет важную роль в предотвращении клинической манифестации ВПЧ-инфекции. ВПЧ вызывает как гуморальный, так и клеточный типы иммунного ответа. Клеточный иммунитет играет основную роль как в персистенции очагов ПВИ, так и в их спонтанном регрессе, который может наступить через 6–8 месяцев после начала заболевания.

Целями лечения являются удаление генитальных бородавок (в том числе субклинических) и терапия латентной ВПЧ-инфекции.

В большинстве случаев бывает достаточно применения методов деструкции: криодеструкции, электрокоагуляции, лечения лучами лазера или фотодинамической терапии. При распространенном рецидивном процессе в связи с тем, что латентная стадия жизненного цикла ВПЧ протекает в клетках базального слоя эпидермиса и физическими методами очаг поражения трудно удалить полностью (ДНК ВПЧ могут быть на расстоянии до 1 см от видимых границ опухоли), методы деструкции рекомендуются сочетать с противовирусной терапией. Профессор Молочков представил данные клинической эффективности применения антивирусного иммуномодулирующего препарата Изопринозин, вклю-

чение которого в курс лечения больных папилломавирусной инфекцией он считает обоснованным и перспективным.

Далее в ходе работы секции «Актуальные вопросы инфекционной патологии» представили свои доклады Ирина Анатольевна ДОЛГОПОЛОВА, ведущий акушер-гинеколог Герпетического центра (Москва) «Алгоритм ведения женщин с герпесвирусными инфекциями при подготовке и во время беременности», Руслан Николаевич ВОЛОШИН, д.м.н, профессор РАЕ, зав. курсом косметологии и микологии Ростовского государственного медицинского университета «Современные аспекты иммуномодулирующей терапии папилломавирусной инфекции»; Инна Николаевна АНИСКОВА, к.м.н., врач-дерматовенеролог высшей категории (Краснодар) «Влияние урогенитальной хламидийной инфекции на показатели фертильности супружеских пар»; Алексей Александрович КАРПУНИН, ассистент кафедры кожных и венерических болезней НижГМА «Опыт использования оптической когерентной томографии для сравнительной оценки эффективности топических противогрибковых препаратов».

Николай Георгиевич КОЧЕРГИН, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова выступил с докладом «Клинические рекомендации по лечению псориаза». Особенно интересны для практических врачей были современные данные по патогенезу псориаза, а также многочисленные примеры успешного клинического применения препарата Дайвобет в российских клиниках, приведенные в докладе.

В выставочной части конференции приняли участие компании «Вектор Бест», «Тева», «Новартис», «Эколаб», «Петровакс», «Болеар». Официальными спонсорами мероприятия выступили компания «Вектор Бест Юг» и телекоммуникационная компания INTEL. ●

Источник: официальный отчет ГК «Медфорум»

План региональных научно-практических конференций Группы компаний «Медфорум» на сентябрь – октябрь 2011 года

МЕД
ФОРУМ

Название, тематика мероприятия	Участники	Дата проведения	Место проведения
Репродуктивное здоровье женщины: от безопасного аборта к эффективной контрацепции	Акушеры-гинекологи	6 сентября	Самара
Педиатрия	Педиатры, терапевты, семейные врачи	сентябрь	Самара
Педиатрия, неонатология	Педиатры, неонатологи	сентябрь	Калининград
Детская неврология	Неврологи, педиатры, терапевты, семейные врачи	8 сентября	Астрахань
Неврология, психиатрия	Неврологи, психотерапевты, терапевты, семейные врачи	9 сентября	Астрахань
Неагрессивные способы вскармливания и ухода за детьми раннего возраста	Педиатры, неонатологи, дерматологи	сентябрь	Астрахань
Конференция с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии»	Инфекционисты, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, терапевты, педиатры	30 сентября	Оренбург
Пульмонология, аллергология	Пульмонологи, аллергологи, иммунологи, семейные врачи	октябрь	Волгоград
Оториноларингология, аллергология	Оториноларингологи, аллергологи, семейные врачи	октябрь	Волгоград
Детская хирургия и реаниматология	Детские хирурги, реаниматологи, кардиологи, педиатры, семейные врачи	октябрь	Уфа
Педиатрия (ОРВИ, грипп)	Педиатры, оториноларингологи, пульмонологи, иммунологи, семейные врачи	октябрь	Уфа
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи	октябрь	Уфа
Конференция с международным участием «Остеопороз»	Эндокринологи, ревматологи, травматологи, неврологи, рентгенологи, терапевты, семейные врачи	25 октября	Москва и Московская область
Международная школа «Герпес и ИППП»	Дерматовенерологи, инфекционисты, акушеры-гинекологи и неонатологи	19 октября	Москва и Московская область
ЛОР, аллергология	Оториноларингологи, аллергологи, семейные врачи	20 октября	Челябинск
Нейрокардиология (съезд)	Неврологи, кардиологи, терапевты, семейные врачи	27–28 октября	Самара

Подробную информацию о конференциях можно получить в отделе региональных конференций компании «Медфорум» по телефонам: (495) 234-07-34, 8 (916) 654-77-40; e-mail: forum@webmed.ru



Современные аспекты диагностики и лечения урогенитальных инфекций

Рост числа заболеваний в группе населения репродуктивного возраста, спровоцированных урогенитальными инфекциями (УГИ), обусловил поиск оптимального междисциплинарного подхода к диагностике и лечению таких состояний. На состоявшейся 17–18 марта в Москве и 23–24 марта 2011 года в Санкт-Петербурге IV Междисциплинарной научно-практической конференции «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия» своим научным и практическим опытом по данной проблеме поделились ведущие российские специалисты в области дерматовенерологии, акушерства и гинекологии, урологии и клинической лабораторной диагностики. Организаторами конференции выступили кафедра дерматовенерологии, микологии и косметологии ГОУ ДПО РМАПО, СПб МАПО, Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазии».

Урогенитальные инфекции на современном этапе являются актуальной медико-социальной проблемой. Причем, как отметила в своем выступлении д.м.н., профессор Е.В. ЛИПОВА (зав. кафедрой дерматовенерологии, микологии и косме-

тологии ГОУ ДПО РМАПО), эта проблема носит междисциплинарный характер, поскольку сегодня урогенитальными инфекциями интенсивно занимаются не только дерматовенерологи, но и акушеры-гинекологи, урологи, врачи клинической лабораторной

диагностики. «И у каждого есть свой взгляд на тактику обследования и лечения урогенитальных инфекций. Поэтому идеологией данной конференции является укрепление взаимодействия между врачами смежных специальностей в решении междисциплинар-



«Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия»

ных проблем, связанных с диагностикой и лечением урогенитальных заболеваний», – подчеркнула профессор Е.В. Липова.

За последние 10 лет значительно увеличилось число урогенитальных инфекций, обусловленных условно-патогенной биотой в структуре УГИ, но до сих пор отсутствует нормативно-правовая база лабораторной диагностики заболеваний, обусловленных условно-патогенной биотой. Традиционные методы диагностики, ПЦР-анализ, ПЦР-РВ не позволяют определить полную этиологическую структуру инфекционно-воспалительного процесса, результатом чего становится полипрагмазия в терапии. По мнению профессора Е.В. Липовой, только создание высокоэффективных лабораторных технологий, обеспечивающих возможность выявления полной этиологической структуры заболевания, позволит оптимизировать, минимизировать и индивидуализировать терапию в соответствии с принципами необходимости и достаточности.

Профессор В.Е. РАДЗИНСКИЙ (зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, засл. деятель науки РФ, д.м.н.), посвятив свое выступление коррекции биоценоза при беременности, отметил два глобальных события, произошедших в последние три года: «Первое – создание вакцины против вируса папилломы, отмеченное Нобелевской премией, и начавшаяся массовая вакцинация девочек до начала ими половой жизни. Второе – это утверждение нового порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, создание новых санитарных норм и правил, направленных, как и во всем мире, на демедикализацию лечебного процесса. Мы вступили в эру начала конца антибиотиков». Причинами роста количества дисбиотических и инфекционных заболеваний гениталий являются устойчивая тенденция ро-

ста ИППП, аборт как метод регулирования рождаемости, рост хронических экстрагенитальных заболеваний, рост числа гинекологических заболеваний воспалительной этиологии, нерациональное использование противомикробных препаратов, необоснованное лечение несуществующих заболеваний из-за неправильной трактовки лабораторных исследований, самолечение различными рецептурными препаратами. По данным исследования, в котором приняли участие 440 женщин на ранних сроках беременности, у 71% были выявлены урогенитальные инфекции в I триместре беременности. По словам профессора В.Е. Радзинского, в половых органах беременной женщины может находиться 150–200 инфектов, не принося ей никакого вреда. «Но врачи порой вносят свой вклад в создание дисбиоза, когда зачастую лечат не воспаление, а носительство, не больную, а анализ», – отметил докладчик. В США с 2007 года не проводится исследование влагалищных выделений беременных без жалоб на патологические боли, поскольку это считается неинформативно, дорого, может повлечь за собой ненужное лечение и тяжелые последствия ятрогений. Восстановление микробиоценоза предполагает восстановление анатомо-функциональной полноценности промежности, ликвидацию запоров, коррекцию рациона, создание градиента эстрогены-прогестерон, использование противомикробных препаратов, антимикотиков, эубиотиков.

Профессор Г.И. СУКОЛИН (кафедра дерматовенерологии, микологии и косметологии ГОУ ДПО РМАПО, д.м.н.) акцентировал внимание участников конференции на клиническом полиморфизме микозов. «Клиника кожного поражения варьирует от шелушащихся эритематозных пятен до глубоких язвенных изменений кожи и подлежащих тканей, нередко сопровождается системным поражением внутренних орга-

нов», – констатировал докладчик. Дав характеристику отрубевидному лишая, кератомикозу, дерматомикозам, онихомикозам, профессор Г.И. Суколин отметил, насколько своеобразна и тяжела клиника глубоких микозов, характеризующаяся язвенными поражениями кожи и глублежащих тканей, сопровождающаяся общими явлениями и нередко тяжелым исходом. Ошибочно считать, что глубокие микозы встречаются только в жарком климате. Естественно, они там наблюдаются чаще, но как отдельные спорадические случаи наблюдаются повсеместно. Наиболее часто в наших условиях встречаются североамериканский бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз. Традиционно в группе глубоких микозов рассматриваются значительные гнойно-язвенные изменения, вызываемые нитчатными бактериями, – это актиномикоз и мицетома. Данная патология встречается повсеместно, в различных клинических проявлениях. Большой объем в микотической патологии занимают болезни, вызываемые дрожжеподобной и оппортунистической инфекцией. По мнению докладчика, все вышеизложенное свидетельствует о важности постоянного изучения особенностей клинических проявлений микозов с целью их успешного диагностирования и своевременного этиопатогенетического лечения.

Доклад Е.Е. БРАГИНОЙ (руководитель группы Инновационно-технологического центра «Биологические активные соединения» РАН, д.б.н.) был посвящен роли сперматозоидов в вертикальной и горизонтальной передаче инфекционных агентов. В последнее десятилетие вирусное инфицирование сперматозоидов является предметом интенсивных исследований. В сперматозоидах выявлены геномы ряда вирусов – вируса иммунодефицита человека, гепатита В, гепатита С, цитомегаловируса, вируса простого герпеса (ВПГ). Наличие ВПГ в подвижных сперматозоидах нормальной



IV Междисциплинарная научно-практическая конференция

морфологии было доказано с помощью ультраструктурных, иммунохимических и вирусологических методов исследования. «Нами проведено количественное электронно-микроскопическое исследование сперматозоидов 681 пациента с нарушением фертильности без симптомов генитального герпеса. Капсиды ВПГ выявлены в 239 образцах (35%), уровень инфицирования превышал 5%. В образцах эякулята доноров капсиды ВПГ выявлены в 2 из 22 образцов (9%) при множественности заражения не выше 5%», – уточнила Е.Е. Брагина. По мнению докладчика, поскольку именно фракция подвижных сперматозоидов участвует в естественном оплодотворении и используется во вспомогательных репродуктивных технологиях, можно предположить, что часть неудач и аномалий может быть связана с инфицированием мужских половых клеток ВПГ. Вирусное инфицирование сперматозоидов чаще выявляется в группе пациентов, у жен которых в анамнезе – спонтанные аборт. По-видимому, присутствие чужеродной (вирусной) ДНК в ядре сперматозоидов может влиять на развитие эмбриона. В связи с этим необходимо обследовать мужчин, обратившихся с нарушением фертильности, при бесплодии в браке, при спонтанных абортах у жен и при неудачах ВРТ, на присутствие вируса простого герпеса даже при отсутствии клинических признаков генитального герпеса. Выявление ВПГ в сперматозоидах является показанием к проведению специфической антигерпетической терапии по супрессивной схеме, подчеркнула Е.Е. Брагина в заключение.

С инновационными технологиями для персонализированной фармакотерапии урогенитальных инфекций участники конференции познакомил к.м.н И.В. ВОЛЧЕК («ДискавериМед»). «Персонализированная медицина подразумевает назначение конкретного лекарства конкретному больному на основа-

нии фармакокинетических и фармакогеномных сведений. Целью персонализированной медицины является подбор правильного препарата. Нами был разработан и запатентован в России, США и Западной Европе оригинальный метод скрининга лекарственных препаратов, основанный на изучении влияния препаратов *in vitro* на тиол-дисульфидную (SH/SS) систему крови», – пояснил докладчик. Данный метод прошел проверку в 12 клинических испытаниях, в которых участвовали более 600 пациентов с гепатитом С, папилломавирусной инфекцией, генитальным герпесом, хламидиозом и др. Докладчик представил результаты одного из них – контролируемого исследования эффективности индивидуального подбора противовирусных и иммуномодулирующих препаратов с использованием ТДС-теста для персонализированного трехэтапного лечения 106 больных генитальным герпесом, проведенного в Петрозаводске. Данные позволили сделать вывод о том, что тестирование крови на чувствительность к препаратам позволяет не только выбрать наиболее эффективный противовирусный и/или иммуномодулирующий препарат для лечения больных генитальным герпесом, но также скорректировать его дозу. Использование персонализированного подбора противовирусных и иммуномодулирующих средств повышало эффективность лечения больных генитальным герпесом на 15,9%. Согласно данным ряда исследований, предложенный способ скрининга лекарственных препаратов с использованием ТДС-теста может применяться для персонализации фармакотерапии урогенитальных инфекций и генитального эндометриоза с целью повышения эффективности лечения.

Среди всех грибковых инфекций особое место занимает кандидоз, вызываемый условно-патогенными грибами рода *Candida*. Как отметила в своем выступлении д.м.н. В.Ю. ВАСЕНОВА

(доцент кафедры дерматовенерологии и клинической микологии ФУВ РГМУ), причинами кандидоза являются частая смена половых партнеров, сахарный диабет, беременность, бесконтрольный прием антибиотиков, стресс, переохлаждение, гормональные нарушения, генитальный герпес, дисбактериоз, избыток сладкого в пище. «Вагинальный кандидоз встречается в любом возрасте с преобладанием в детородном. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста переносят по крайней мере один эпизод вагинального кандидоза», – отметила докладчик. При беременности кандидоз встречается в 2–3 раза чаще. Столь высокая частота возникновения кандидоза влагалища в период гестации обусловлена рядом факторов: изменениями гормонального баланса; накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища; иммуносупрессивным действием высокого уровня прогестерона, присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с глобулинами. Для терапии кандидоза применяются местные антисептики, а также препараты группы имидазола, противогрибковые антибиотики в виде кремов и свечей.

В заключение следует отметить, что программа конференции была очень разнообразной и насыщенной. В ходе ее работы были рассмотрены современные аспекты папилломавирусной инфекции, пути оптимизации диагностики и лечения урогенитальных инфекций, вопросы гиперандрогенного синдрома, а также детской и юношеской дерматологии на современном этапе и др. Благодаря профессионализму участников конференция стала генератором новых идей по созданию общих междисциплинарных подходов в диагностике и терапии урогенитальных инфекций и – в конечном счете – в сохранении репродуктивного здоровья населения. 🌱

Подготовила С. Евстафьева



Российская неделя здравоохранения



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5-9 декабря 2011

Центральный выставочный комплекс
«Экспоцентр»,
Москва, Россия

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Выставка проводится под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы



Дольше века: отечественная дерматовенерология сегодня

С 6 по 9 июля 2011 г. в Таврическом дворце Санкт-Петербурга состоялось профессиональное событие, собравшее под одной крышей российских и зарубежных дерматологов. Строго говоря, Таврический дворец вместил в себя сразу два разных мероприятия: II Континентальный конгресс дерматологов и IV Всероссийский конгресс дерматовенерологов, причем последний стал юбилейным: 125 лет назад было основано Российское дерматологическое общество, старейшая из профильных профессиональных организаций Европы.

Оба дерматологических конгресса, российский и международный, вызвали большой интерес в профессиональной среде – в их работе приняли участие в общей сложности около 3 тыс. врачей, специализирующихся на дерматологии, дерматовенерологии и косметологии, которая стала самостоятельной областью медицины совсем недавно, в 2009 г. Благодаря усилиям организаторов конгресса, сформировавших насыщенную научную программу, каждый из участников мероприятия смог ознакомиться с актуальными подходами к лечению заболеваний кожи, а при желании – поделиться с коллегами собственными наблюдениями и выводами. В качестве лекторов для участия в конгрессе были приглашены ведущие специалисты в области косметологии и дерматовенерологии из России и стран Европы и Америки.

Работу IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов открыло выступление президента Российского общества дерматовенерологов и косметологов, академика РАМН, профессора А.А. КУБАНОВОЙ, в котором говорилось о важности реформ, идущих сегодня в системе здравоохранения, а также о значимости для России высококлассных специалистов, сочетающих научную работу с практической деятельностью. Значение непрерывной научной деятельности для медицины вообще и дерматовенерологии в частности трудно переоценить. Особую актуальность исследовательская деятельность приобрела сегодня, когда разработка и внедрение в клиническую практику новых методик лечения стали одним из приоритетных направлений. Необычайно важна научная работа и в области косметологии, которая получила статус самостоятельной дисциплины лишь 2 года назад.

Поскольку 2011 г. является юбилейным для Российского общества дерматовенерологов и косметологов, история становления в нашей стране медицинских дисциплин, связанных с кожными болезнями, неоднократно обсуждалась на конгрессе. Например, конференция РОДВК, прошедшая 6 июля в рамках кон-

гресса, началась с доклада «Московское общество дерматовенерологов и косметологов им. А.И. Пospelова: прошлое, настоящее, будущее», зачитанного председателем МОДВ, членом-корреспондентом РАЕ В.С. НОВОСЕЛОВЫМ.

Пожалуй, можно практически без преувеличения сказать, что история МОДВ началась задолго до подписания учредительных документов, ведь еще в 1870–80-х гг. выдающийся российский дерматовенеролог А.И. Пospelов проводил на базе Мясницкой больницы конференции для венерологов. Первое же заседание Московского венерологического и дерматологического общества состоялось 17 октября 1891 г. – именно тогда было выбрано правление организации и определены ее цели и задачи. А.И. Пospelов, ставший первым председателем МОДВ, так охарактеризовал данную организацию: «Общество наше возникло не случайно, не по прихоти нескольких лиц, но в силу давно создавшейся в нем потребности и стремления научных сил для совместной разработки вопросов, касающихся нашей общей специальности».

С момента первого заседания Московского общества дерматовенерологов прошло более 100 лет, и все это время его руководством велась активная работа, направленная на развитие дерматовенерологии в столице. В настоящее время приоритетными направлениями деятельности МОДВ являются привлечение молодых практикующих врачей и ученых, приглашение опытных специалистов, организация обмена опытом между состоявшимися и начинающими дерматологами, а также организация дерматологических школ. Московское общество дерматовенерологов и косметологов работает в тесном контакте с всероссийской организацией, совместно занимаясь в том числе распределением грантов на международные поездки между членами МОДВ.

В планах руководства МОДВ – не только привлечение новых членов и проведение заседаний, посвященных актуальным проблемам лечения кожных и



IV Всероссийский конгресс дерматовенерологов

венерических заболеваний, но и консолидация с профессиональными обществами смежных дисциплин, например, урологическими и гинекологическими. Возможно, через некоторое время под эгидой МОДВ будут проводиться заседания, темой которых станут междисциплинарные проблемы.

В завершение своего выступления В.С. Новоселов рассказал об опыте взаимодействия МОДВ с учащимися медицинских вузов, в первую очередь с теми из них, кто принимает активное участие в работе студенческих научных кружков. К моменту окончания вуза, по мнению В.С. Новоселова, эти ребята уже будут обладать необходимым опытом научной работы, и именно они могут сформировать научный потенциал отечественной дерматовенерологии завтрашнего дня. После выступления В.С. Новоселова конференция продолжилась представлением нового сайта РОДВК и обсуждением вопросов организации работы региональных отделений общества в 2012 г.

Разумеется, в ходе IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов обсуждались не только организационные вопросы. Научная программа мероприятия включала в себя заседания и круглые столы, посвященные лечению распространенных дерматозов у детей и взрослых, инфекций, передаваемых половым путем, а также вирусных и грибковых поражений кожи. Одним из значимых событий конгресса стал международный симпозиум по витилиго, организованный благотворительной организацией Vitiligo Research Foundation. Работу симпозиума открыл известный американский телеведущий Л. ТОМАС, автор автобиографической книги о борьбе с данным заболеванием. Доклады, посвященные исследованию этиопатогенетических механизмов витилиго и клинических аспектов лечения этой болезни, зачитали специалисты из различных стран: Италии, Чехии, США, Румынии, Великобритании, Греции и, разумеется, России.

В рамках II Континентального конгресса дерматологов / IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов состоялась выставка, экспонентами которой стали компании-производители лекарств для терапии кожных заболеваний, лечебной косметики и средств ухода за кожей.

IV Всероссийский конгресс дерматовенерологов стал площадкой для решения ряда важных вопросов, касающихся обучения врачей-косметологов. Кроме того, на данном мероприятии были оглашены изменения, внесенные в список главных внештатных специалистов по дерматовенерологии и косметологии в федеральных округах РФ. ●

С результатами работы IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов можно ознакомиться на сайте ФГУ «Федеральный научный центр дерматовенерологии и косметологии» www.cnikvi.ru



Член-корреспондент РАЕ В.С. Новоселов



Выступает профессор А.А. Кубанова



Современный взгляд на терапию хронических дерматозов

Хронические неинфекционные кожные заболевания занимают видное место в практике любого дерматолога. Такие болезни, как атопический дерматит или экзема, достаточно широко распространены в популяции, при этом пациенты, страдающие данными заболеваниями, нуждаются в долговременном, зачастую пожизненном лечении. Очевидно, что целью терапии любых хронических дерматозов является снижение риска развития обострения и продление, насколько это возможно, периода ремиссии. О том, как достичь этого в клинической практике, шла речь на сателлитном симпозиуме компании «Мерк Шарп и Доум», прошедшем 6 июля 2011 г. в рамках II Континентального конгресса дерматологов / IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов.

Как известно, одним из значимых аргументов в пользу посещения медицинских конгрессов с международным участием является возможность пообщаться с иностранными коллегами и перенять опыт западных врачей. Компании, участвующие в организации профессиональных мероприятий, помнят об этом и стараются сделать так, чтобы в числе приглашенных специалистов присутствовали представители зарубежного медицинского сообщества. Например, работу сателлитного симпозиума, проведенного компанией «Мерк Шарп и Доум» на II Континентальном конгрессе дерматологов, открыло выступление докладчика из Испании профессора



Профессор
Рамон Грималт

Рамона ГРИМАЛТА (Ramon Grimalt), посвященное международным рекомендациям по терапии атопического дерматита и экземы.

Особое внимание Рамон Грималт в своем докладе уделил вопросам дифференциальной диагностики атопического дерматита (АтД). На сегодняшний день специалисты различают три основных вида дерматита: атопический, себорейный и контактный, причем первые два имеют эндогенное происхождение, третий же является экзогенным заболеванием. Казалось бы, дифференциальная диагностика атопического и контактного дерматита не должна представлять сложности, ведь последний развивается в местах непосредственного взаимодействия кожного покрова с раздражителем. Однако на практике разграничение этих патологических состояний порой представляет определенную трудность даже для опытных дерматологов. В подтверждение данного тезиса доктор Грималт привел ряд примеров – случай молодого музыканта, трубача, обратившегося за помощью по поводу хейлита, воспаления губ. Этот клинический случай был подробно рассмотрен совместно со слушателями симпозиума. Указав на наиболее распространенные ошибки в диагностике атопического, себорейного и контактного дерматитов, профессор Р. Грималт перешел к описанию наиболее эффективных методик лечения АтД.

Конечно, терапия хронических кожных заболеваний не ограничивается использованием лекарственных средств, системных и топических глюкокортикостероидов (ГКС) или ингибиторов кальциневрина. Важнейшей мерой профилактики рецидивов АтД доктор Грималт назвал правильный уход за кожей, предполагающий, например, отказ от использования обыкновенного мыла, так как оно пе-



IV Всероссийский конгресс дерматовенерологов

ресушивает кожу, что, в свою очередь, может привести к ухудшению течения заболевания. Пациенты, страдающие атопическим дерматитом, должны уделять большое внимание увлажнению кожных покровов при помощи эмолентов.

Значительное внимание Рамон Грималт уделил особенностям медикаментозной терапии атопического дерматита. В частности, доктор Грималт рассказал о важности глюкокортикостероидов как препаратов первого ряда для купирования острой стадии заболевания, а также о необходимости применения интермиттирующей терапии, которая позволяет снизить риск развития обострений и повысить качество жизни пациентов. По мнению зарубежных специалистов, подход к лечению АтД, предполагающий назначение кортикостероидов лишь в периоды обострения, признан некорректным и неэффективным, постоянное же применение небольших доз топических кортикостероидов, напротив, считается оптимальным вариантом терапии.

Продолжило работу сателлитного симпозиума выступление профессора кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, д.м.н. Е.А. АРАВИЙСКОЙ, посвященное перспективам интермиттирующей терапии хронических дерматозов.

Интермиттирующая терапия появилась в клинической практике дерматологов достаточно давно: еще в 1964 г. была опубликована научная работа¹, в которой описывалось увеличение периода ремиссии у больных атопическим дерматитом до 10 месяцев при помощи данной методики. Важно понимать, что эти результаты были достигнуты в то время, когда имеющиеся в распоряжении врачей глюкокортикоиды не отличались большой эффективностью, а значит, десятимесячная ремиссия могла считаться огромным достижением врачей-дерматологов.

До появления современных сильных и очень сильных ГКС в литературе большое внимание уделялось феномену тахифилаксии: эффективность препаратов, использовавшихся для интермиттирующей терапии, быстро падала, в частности, снижался антипролиферативный и сосудосуживающий эффект^{2,3}. В работах, опубликованных в 1970-е, упоминается, что тахифилаксия развивалась уже на 4-е сутки использования триамцинолона ацетонида и исчезала через 3–4 дня после прекращения его применения². Кроме того, были получены данные, согласно которым толерантность



Профессор
Е.А. Аравийская

к другому топическому кортикостероиду, клобетазона пропионату, быстрее развивалась, если в коже имел место воспалительный процесс. В целом же результаты работ, в которых так или иначе затрагивалась тема тахифилаксии при лечении кортикостероидами, привели ученых к мысли о важности подбора оптимального режима интермиттирующей терапии, то есть разработки такого графика использования ГКС, при котором резистентность нарастала бы как можно медленнее.

Так называемая концепция проактивного подхода к лечению атопического дерматита в том виде, в каком она существует сейчас, была разработана в 2009 г.⁴ В соответствии с данным подходом терапию АтД можно разделить на два этапа: первый, включающий в себя активную противовоспалительную терапию глюкокортикостероидами или ингибиторами кальциневрина, и второй, состоящий из применения в период обострения заболевания эмолентов и аппликаций низких доз противовоспалительных средств на пораженную зону. Первая фаза лечения должна проводиться вплоть до полного разрешения высыпаний, вторая предполагает продолжительное применение небольших количеств ГКС, которое должно продолжаться даже в отсутствие клинических проявлений дерматита. Даже в отсутствие клинических признаков заболевания у пациентов с АтД барьерные свойства кожи имеют следующие особенности:

¹ Scoltz J.R. Management of atopic dermatitis: a preliminary report // Calif. Med. 1964. Vol. 100. P. 103–105.

² Du Vivier A., Stoughton R.B. Tachyphylaxis to the action of topically applied corticosteroids // Arch. Dermatol. 1975. Vol. 111. № 5. P. 581–583.

³ Du Vivier A. Tachyphylaxis to topically applied steroids // Arch. Dermatol. 1976. Vol. 112. № 9. P. 1245–1248.

⁴ Wollenberg A., Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept // Allergy. 2009. Vol. 64. № 2. P. 276–278.



Назначение интермиттирующей терапии топическими глюкокортикостероидами при хронических воспалительных заболеваниях кожи позволяет контролировать активность воспалительного процесса, увеличивает продолжительность ремиссии и облегчает течение болезни, а также снижает риск развития побочных эффектов противовоспалительных средств.

- дефекты эпидермального барьера в неизменной коже аналогичны дефектам в очагах поражения, только менее выражены⁵;
- повышенная проницаемость рогового слоя и трансэпидермальная потеря воды выражены как в очагах воспаления, так и в нормальной коже⁶;
- нарушения барьерных свойств кожи более выражены в участках нормальной кожи, прилежащих к очагам поражения, и менее выражены на местах, отдаленных от высыпаний⁷;
- содержание в роговом слое жирных кислот с длинной цепочкой снижено не только в очагах поражения (75%), но и в нормальной коже (60%)⁸.

При atopическом дерматите нарушается и процесс кератинизации кожи. У человека образование ро-

гового слоя обеспечивается особым белком, носящим название филаггрина (filaggrin, от англ. filament aggregating protein – «протеин, способствующий агрегации филаментов»). Данный белок участвует в процессе превращения клетки в постклеточную структуру (роговую чешуйку).

Существуют научные данные, указывающие на достоверную связь между мутациями в гене, кодирующем синтез данного белка, и atopическим дерматитом⁹. Снижение экспрессии филаггрина, обусловленное этими мутациями, приводит к уменьшению численности кератогиалиновых гранул и, как следствие, к нарушению проницаемости кожного барьера. Кроме того, у больных АтД выявляются мутации в генах, которые ответственны за синтез протеазы, регулирующей превращение профилаггрина в филаггрина, что также негативно сказывается на барьерных свойствах кожи.

И, наконец, не следует забывать о роли филаггрина в увлажнении кожи: у здоровых людей данный белок переходит в систему натуральных увлажняющих факторов, для чего требуется особая протеаза. К сожалению, под влиянием Th-2-ассоциированного иммунного ответа ее экспрессия нарушается, данное явление можно наблюдать у пациентов с дерматозами, в том числе с atopическим дерматитом. Даже при отсутствии клинических проявлений заболевания в коже больных АтД можно обнаружить ряд морфологических признаков воспалительного процесса:

- в неповрежденной коже имеются утолщение базальной мембраны, отек эндотелиоцитов, воспалительный инфильтрат в дерме¹⁰;
- клетки Лангерганса имеют высокоаффинные ре-

⁵ Proksch E., Fölster-Holst R., Jensen J.M. Skin barrier function, epidermal proliferation and differentiation in eczema // J. Dermatol. Sci. 2006. Vol. 43. № 3. P. 159–169.

⁶ Ogawa H., Yoshiike T. Atopic dermatitis: studies of skin permeability and effectiveness of topical PUVA treatment // Pediatr. Dermatol. 1992. Vol. 9. № 4. P. 383–385.

Werner Y., Lindberg M. Transepidermal water loss in dry and clinically normal skin in patients with atopic dermatitis // Acta Derm. Venereol. 1985. Vol. 65. № 2. P. 102–105.

⁷ Holm E.A., Wulf H.C., Thomassen L., Jemec G.B. Instrumental assessment of atopic eczema: validation of transepidermal water loss, stratum corneum hydration, erythema, scaling, and edema // J. Am. Acad. Dermatol. 2006. Vol. 55. № 5. P. 772–780.

⁸ Macheleidt O., Kaiser H.W., Sandhoff K. Deficiency of epidermal protein-bound omega-hydroxyceramides in atopic dermatitis // J. Invest. Dermatol. 2002. Vol. 119. № 1. P. 166–173.

⁹ Irvine A.D., McLean W.H. Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis // J. Invest. Dermatol. 2006. Vol. 126. № 6. P. 1200–1202.

Hudson T.J. Skin barrier function and allergic risk // Nat Genet. 2006. Vol. 38. № 4. P. 399–400.

O'Regan G.M., Irvine A.D. The role of filaggrin loss-of-function mutations in atopic dermatitis // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2008. Vol. 8. № 5. P. 406–410.

¹⁰ Mihm M.C. Jr., Soter N.A., Dvorak H.F., Austen K.F. The structure of normal skin and the morphology of atopic eczema // J. Invest. Dermatol. 1976. Vol. 67. № 3. P. 305–312.

¹¹ Bieber T., Braun-Falco O. IgE-bearing Langerhans cells are not specific to atopic eczema but are found in inflammatory skin diseases // J. Am. Acad. Dermatol. 1991. Vol. 24. № 4. P. 658–659.

Bieber T., de la Salle H., Wollenberg A., Hakimi J., Chizzonite R., Ring J., Hanau D., de la Salle C. Human epidermal Langerhans cells express the high affinity receptor for immunoglobulin E (Fc epsilon RI) // J. Exp. Med. 1992. Vol. 175. № 5. P. 1285–1290.

Wang B., Rieger A., Kilgus O., Maurer D., Födinger D., Kinet J.P., Stingl G. Epidermal Langerhans cells from normal human skin bind monomeric IgE via Fc epsilon RI // J. Exp. Med. 1992. Vol. 175. № 5. P. 1353–1365.

ЭЛОКОМ®

мометазона фуоат 0,1%

Эталон лечения аллергодерматозов у детей и взрослых¹



- **Быстрое наступление клинического эффекта²**
противовоспалительного, противозудного и антиэкссудативного
- **Высокая безопасность**
обладает высоким уровнем системной и местной безопасности, сравнимой с 1% гидрокортизоном^{2,3}
- **Удобство применения**
нанесение на кожу 1 раз в сутки, без цвета и запаха
- **Три формы Элокома (крем, мазь, лосьон)**
для любой локализации и стадии воспалительного процесса

1. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии. Рекомендации для врачей. Издание 3-е/Под ред. Ю.В. Сегрева – М.:МВД, 2006, с. 96.

2. Medansky et al. Clinical Investigations of mometasone furoate – a novel nonfluorinated, topical corticosteroid. Seminars in Dermatology. 1987; Vol 6, 2: 94-100.

3. Prakash A. et al. Tropical Mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs 1998, 55(1): 145-163

Краткая инструкция по медицинскому применению

Мометазона фуоат лосьон 0,1% по 20 мл. в п\э флакон-капельницах; крем 0,1%, мазь 0,1% в тубах по 15 г;

Показания к применению: воспалительные явления и зуд при дерматозах, поддающихся глюкокортикостероидной терапии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или к ГКС. Розовые угри, периоральный дерматит, бактериальная, вирусная или грибковая инфекция кожи, туберкулез, сифилис, поствакцинальные реакции, беременность или период лактации (лечение обширных участков кожи, длительное лечение). **Способ применения:** несколько капель лосьона Элоком® или тонкий слой крема или мази Элоком® на пораженные участки кожи один раз в день. **Побочное действие:** редко — раздражение и сухость кожи, жжение, зуд, фолликулит, гипертрихоз, угревая сыпь, гипопигментация, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, мацерация кожи, присоединение вторичной инфекции, признаки атрофии кожи, стрии, потница. **Особые указания:** при нанесении на большие участки кожи в течение длительного времени, при применении окклюзионных повязок, возможно развитие системного действия ГКС. Следует избегать попадания в глаза. Дети должны получать минимальную дозу препарата, достаточную для достижения эффекта; лосьон не назначается детям до 2-х лет. **Условия хранения:** при температуре от 2 до 25 °С, в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** по рецепту. Подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению. Информация предназначена для медицинских работников, не для пациентов.





цепторы к IgE как в очаге поражения, так и вне их, но не в коже у здоровых людей¹¹;

- клетки Лангерганса имеют достоверно больше высокоаффинных рецепторов к IgE в непораженной коже у пациентов с АД по сравнению с кожей здоровых индивидуумов¹².

Таблица 1. Сравнительная характеристика «реактивной» и «проактивной» терапии*

	«Реактивная» терапия	«Проактивная» терапия
Частота аппликаций препарата	Ежедневно	1–3 раза в неделю
Продолжительность	Малая, интервалами	Большая, непрерывная
Показания	Лечение обострений	Достижение непрерывного поддерживающего эффекта
Препараты	ТГКС, топические ингибиторы кальционеврина	ТГКС, топические ингибиторы кальционеврина
Возможные риски	Легко контролируемые, не зависят от вида терапии	Легко контролируемые, не зависят от вида терапии
Риск обострения дерматоза	Высокий	Низкий

* Wolenberg A., Frank R., Kroch J. Proactive therapy of atopic dermatitis – an evidence based concept with a behavioral background // JDDG. 2009. Vol. 7. P. 117–121.

! Применение Элокома в интермиттирующем режиме позволяет пролонгировать ремиссию дерматита

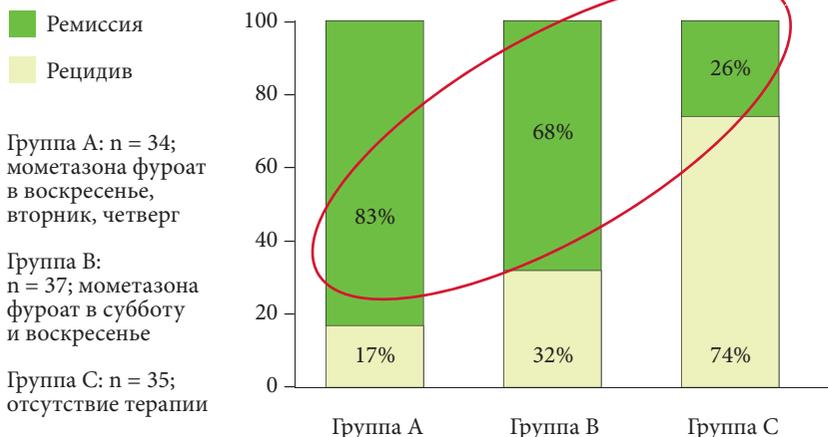


Рис. 1. Количество пациентов с хронической экземой кистей без рецидива заболевания на фоне прерывистой поддерживающей терапии с применением Элокома*

* Veien N.K., Olholm Larsen P., Thestrup-Pedersen K., Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate // Br. J. Dermatol. 1999. Vol. 140. № 5. P. 882–886.

Суммируя данные исследований, можно прийти к выводу, что даже внешне нормальная кожа больных атопическим дерматитом в действительности не является здоровой. В ней наблюдаются патологические изменения, относящиеся к нарушению барьерных свойств и течению субклинической воспалительной реакции. Скорректировать эти изменения можно при помощи так называемой проактивной или интермиттирующей терапии, предполагающей использование небольших доз противовоспалительных средств для коррекции малоактивных патологических процессов. Интермиттирующая терапия имеет некоторые отличия от лечения, назначаемого в период обострений (табл. 1), например, она предполагает меньшую частоту аппликаций, что позволяет перейти на так называемый стероидсберегающий режим. Продолжительность интермиттирующей терапии в каждом случае подбирается индивидуально, но, в общем, данный вид лечения предполагает применение противовоспалительных средств на протяжении длительного периода.

По словам профессора Аравийской, назначение интермиттирующей терапии топическими глюкокортикостероидами при хронических воспалительных заболеваниях кожи позволяет контролировать активность воспалительного процесса, увеличивает продолжительность ремиссии и облегчает течение болезни, а также снижает риск развития побочных эффектов противовоспалительных средств.

Ученые провели значительное количество исследований, посвященных интермиттирующей терапии. Для лечения использовались различные топические ГКС, менялись и режимы дозирования (табл. 2).

В одном из таких исследований¹³, посвященном изучению эффективности и безопасности интермиттирующей терапии хронической экземы кистей Элокомом (мометазона фураат), приняли участие 120 пациентов. Сначала больные получали активную терапию данным препаратом, которая продолжалась вплоть до наступления ремиссии (длительность лечения составила от 3 до 9 недель). Затем участники исследования были рандомизированы на 3 группы, в первой из которых поддерживающая терапия мометазона фураатом проводилась 3 раза в неделю (по воскресеньям, вторникам и четвергам), во второй – два раза (по субботам и воскресеньям), участники третьей группы интермиттирующей терапии не получали. Проактивная терапия длилась 36 недель, после че-

¹² Wollenberg A., Wen S., Bieber T. Phenotyping of epidermal dendritic cells: clinical applications of a flow cytometric micromethod // Cytometry. 1999. Vol. 37. № 2. P. 147–155.

¹³ Veien N.K., Olholm Larsen P., Thestrup-Pedersen K., Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate // Br. J. Dermatol. 1999. Vol. 140. № 5. P. 882–886.

IV Всероссийский конгресс дерматовенерологов



Рис. 2. Количество пациентов с atopическим дерматитом, достигших ремиссии заболевания на фоне профилактической терапии с применением Элокома*

* Faergemann J, Christensen O, Sjvall P, Johnsson A, Hersle K, Nordin P, Edmar B, Svensson A. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis // JEADV. 2000. Vol. 14. P. 393–396.

го был подсчитан процент пациентов, у которых за это время не произошло рецидива заболевания. При этом частота рецидивов у пациентов, получавших интермиттирующую терапию, оказалась достоверно ниже. 83% пациентов первой группы не имели рецидива заболевания во время терапии. Во второй группе этот показатель равнялся 68%. В третьей группе только 26% больных не имели рецидивов (рис. 1).

В другом многоцентровом исследовании¹⁴ изучались эффективность и безопасность применения мази (0,1%) мометазона фууроата (содержащей гексиленигликоль) в качестве поддерживающей терапии 2 раза в неделю в течение 6 месяцев у пациентов с atopическим дерматитом средне-тяжелой степени.

Результат профилактического лечения оказался превосходным – у 61 из 68 пациентов (90%) не было выявлено рецидива заболевания на фоне применения Элокома (рис. 2). У пациентов, достигших ре-

миссии, отмечалось значительное снижение числа *Staphylococcus aureus* и *Pityrosporum oval*. Это позволило авторам сделать вывод: Элоком – эффективное и безопасное средство как для лечения, так и для профилактики у пациентов с atopическим дерматитом¹⁴.

Еще одной важной особенностью проактивного лечения является его способность снижать уровень иммуноглобулинов класса E, что было наглядно показано в недавно проведенном ретроспективном исследовании¹⁵. Среди пациентов, получавших интермиттирующую терапию на протяжении 2 лет, эффект снижения IgE наблюдался гораздо чаще. Важно, что у больных снижался уровень как общего IgE, так и ряда специфических для atopического дерматита иммуноглобулинов.

Таблица 2. Режимы дозирования и продолжительность «проактивной» терапии

Диагноз, пациенты	Препарат	Режим дозирования, продолжительность	Авторы
Экзема кистей, взрослые, n = 106	Мометазона фууроат	Группа А: 3 раза в неделю Группа В: 2 раза в неделю (режим «выходного дня») в течение 36 недель	Viein N.K. и соавт. (1999)
АтД, взрослые, n = 90	Мометазона фууроат	2 раза в неделю в течение 6 месяцев	Faergemann J. и соавт. (2000)
АтД, взрослые, n = 348	Флутиказона пропионат	4 раза в неделю в течение 4 недель → 2 раза в неделю в течение 16 недель	Hanifin J. и соавт. (2002)
АтД, возраст 12–65 лет, n = 295	Флутиказона пропионат	2 раза в неделю в течение 16 недель	Bert-Jones J. и соавт. (2003)
АтД, взрослые, n = 221	Метил-преднизолона ацепонат	2 раза в неделю в течение 16 недель	Peserico A. И соавт. (2008)
АтД, взрослые, n = 45	Бетаметазона валерат	1 раз в неделю или 2 раза в неделю в течение 2 лет	Fukuie T. и соавт. (2010)
Псориаз, красный плоский лишай, БП и др.	Клобетазола-17-пропионат	Псориаз: 3 раза в неделю в течение 2 недель; 1, 4, 8, 9, 12, 14-й дни (крем или мазь) в течение 2 недель; 3 раза в день 1, 4, 7, 11, 13-й дни (крем) в течение 2 недель; 3 раза в день 1 раз в неделю в течение 21 дня	Hradil E. и соавт. (1978); Svartholm H. и соавт. (1982); Jarrat M. и соавт. (2004); Elise A. и соавт. (1986)

¹⁴ Faergemann J, Christensen O, Sjvall P, Johnsson A, Hersle K, Nordin P, Edmar B, Svensson A. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis // JEADV. 2000. Vol. 14. P. 393–396.

¹⁵ Fukue T, Nombra I, Horimukay K, et al. Proactive treatment appears to decrease serum immunoglobulin-E levels in patients with severe atopic dermatitis // Br. J. Dermatol. 2010. Vol. 163. № 5. P. 1127–1129.



II Континентальный конгресс дерматологов

Разумеется, присутствовавших на симпозиуме практикующих врачей интересовали не только научные данные, касающиеся эффективности интермиттирующей терапии, но и практические рекомендации по ее применению. Среди аспектов интермиттирующей терапии, на которые следует обратить внимание, Е.А. Аравийская выделила следующие: переводить пациента на интермиттирующую терапию желательно только после достижения практически полного очищения кожи, частоту аппликаций необходимо титровать с целью достижения индивидуального поддерживающего режима (как правило, оптимальных результатов удается достичь при применении топических стероидов 1–3 раза в неделю) и, наконец, врач обязан непрерывно оценивать пользу и риск для конкретного пациента. Очень важен психотерапевтический подход к пациенту, который позволяет повысить приверженность лечению. Постоянное наблюдение у дерматолога облегчает контакт врача и пациента, а регулярные осмотры помогают выявить предикторы обострения дерматита.

Мометазона фураат (Элоком) обладает доказанной безопасностью, что особенно важно для лекарственного средства, которое применяется в течение длительного периода. По данным исследования, проведенного с участием 6 добровольцев¹⁶, ежедневное применение данного средства на протяжении 12 месяцев не привело к развитию атрофии кожи.

Еще одной важной проблемой лечения дерматозов является изменение микробиологического фона кожи, обусловленное использованием топических ГКС. Как известно, длительная кортикостероидная терапия повышает риск развития пиодермии. Для борьбы с этим осложнением в состав Элокома добавлен гексиленгликоль – вещество, активное в отношении *S. aureus*, *S. epidermitis* и *P. ovale*¹⁷. Вообще, состав основы ЛС, применяющихся для интермиттирующей терапии, очень важен. Например, эмульгаторы способствуют равномерному распределению действующего вещества по поверхности кожи, пропиленгликоль улучшает растворимость молекулы ТГКС и увеличивает перкутанную абсорбцию. Мазевая форма увеличивает перкутанную абсорбцию, скорее всего, за счет гидратации рогового слоя.

Важна также роль эмолентов: они уменьшают трансэпидермальную потерю воды, фиксируя тем самым кортикостероиды в толще кожи. Именно поэтому при использовании противовоспалительных средств сначала необходимо увлажнить кожу при



Профессор А.В. Самцов

помощи эмолентов для базового ухода, лечебные же препараты наносятся несколько позже.

Состояние кожи пациента влияет на пенетрацию кортикостероидов, в коже с признаками воспаления данный показатель увеличивается по сравнению со здоровой кожей. Кроме того, не следует забывать, что перкутанная пенетрация увеличивается при высоких показателях температуры и относительной влажности воздуха, а значит, дозировки средств для интермиттирующей терапии должны корректироваться в зависимости от времени года. Завершая свое выступление, профессор Аравийская подчеркнула, что продолжительная интермиттирующая терапия способствует снижению тяжести течения атопического дерматита.

Роль местных ГКС в лечении атопического дерматита трудно переоценить – председатель сателлитного симпозиума, заведующий кафедрой дерматовенерологии Военно-медицинской академии, д.м.н., профессор А.В. САМЦОВ назвал их препаратами, без которых невозможно обойтись. При этом очевидно, что залогом успешного лечения дерматозов является использование высококачественных лекарственных средств в оптимальных дозировках как во время обострения, так и в период ремиссии. ●

¹⁶ Brasch J. The atrophogenic potential of mometasone furoate in a clinical long-term study // Z. Hautkrankh. 1996. Vol. 66. P. 785–787.

¹⁷ Faergemann J. A pilot study of the efficacy of mometasone furoate fatty cream on clinical parameters, time to relapse and microbial flora in atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. 1997. Vol. 8. P. 217–221.

ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

Группа компаний
«Медфорум»
работает
на фармацевтическом
и медицинском рынке
России
с 1997 года
и является
экспертом
в области
образовательных
программ
(конференций, лекций,
тренингов),
освещения спутниковых
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 страны создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.
- ◆ К сфере реализации данного проекта относится организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России.
- ◆ Издательский дом «Медфорум» с 2005 года выпускает журналы «Вестник семейной медицины» для практикующих врачей, «Аптечный бизнес» для провизоров и фармацевтов, а также линию журналов «Эффективная фармакотерапия», которые выходят по всем направлениям медицины. В 2010 году запущен новый проект Hi+Med – высокие технологии в медицине.
- ◆ Солидный научный уровень изданий, актуальная тематика, доступность изложения, современная форма подачи материала помогают практикующему врачу всегда находиться на высоком профессиональном уровне.

Профессионалы выбирают высокий уровень услуг группы компаний «МЕДФОРУМ»!



Оксана ПОРШИНА: «Неизлечимых кожных заболеваний нет!»

Оренбургская область сегодня – это крупный промышленный и аграрный регион Приволжского федерального округа. Он расположен на стыке двух частей света – Европы и Азии. О проблемах детской дерматовенерологии в Оренбуржье нашему региональному корреспонденту Инне Томилиной рассказывает главный внештатный детский дерматовенеролог Оренбургской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии ОрГМА, Оксана Владимировна ПОРШИНА.



– Оксана Владимировна, на Ваш взгляд, в Оренбургской области вопросам дерматологии отведено достойное место?

– Безусловно. В Оренбургской области в отличие от многих других регионов России существует детский дерматологический прием. Причем не только в кожно-венерологических кабинетах и диспансерах, но и в большинстве детских поликлиник как областного центра, так крупных городов региона (города Орск, Бузулук). Это позволяет максимально приблизить необходимую помощь для населения Оренбуржья. Ни для кого не секрет, что консультация дерматолога очень часто требуется для установления точного диагноза совместно с педиатром и аллергологом.

– Насколько тесно соприкасаются теория и практика дерматовенерологии: научные исследования и реальное обследование, лечение оренбуржцев?

– Нужно отметить, что дерматологи Оренбуржья активно исполь-

зуют в своей практике все существующие на сегодня инновации как медицинских технологий, так и лекарственных препаратов. Конечно, если встречаются редкие заболевания или тяжелые формы, мы однозначно направляем ребенка в федеральные клиники для оказания высокотехнологичной помощи.

Много научных разработок проводится и на кафедре дерматовенерологии Оренбургской государственной медицинской академии. Основные направления работы: изучение микробиоценоза репродуктивной системы мужчин и женщин, особенности гонококковой инфекции; специфика патогенеза и лечения псориаза; этиопатогенетические, клинко-эпидемиологические, терапевтические и профилактические аспекты гнойничковых заболеваний (пиодермий); этиопатогенетические, клинко-эпидемиологические, терапевтические и профилактические аспекты ИППП.

Все сотрудники кафедры регулярно принимают участие в консилиумах, ведут консультативный прием в поликлиниках Оренбурга.

Немаловажен и тот факт, что все детские дерматовенерологи Оренбургской области (их в регионе десять человек) периодически повышают квалификацию, принимают участие в региональных, всероссийских и международных выставках, конференциях, конгрессах. Так, например, в июле наши специалисты участвовали в IV всерос-



Организация дерматовенерологической службы

сийском конгрессе дерматовенерологов в Санкт-Петербурге.

– Какие детские кожные заболевания сегодня особенно распространены и почему?

– К сожалению, детское население болеет кожными заболеваниями значительно чаще, чем взрослое. И чем младше ребенок, тем легче возникают и, как правило, тяжелее протекают у него кожные заболевания. Это связано с тем, что эпидермис детей более нежен и раним, а сопротивляемость организма к разного рода вредным влияниям, в том числе и микробам, еще незначительна. Недостаточное регулирующее влияние нервной системы, желез внутренней секреции в раннем возрасте нередко приводит к своеобразному течению кожных заболеваний, а богатство кожи детей кровеносными и лимфатическими сосудами делает реакции еще более интенсивными.

Сегодня преобладают аллергические заболевания и генетически обусловленные болезни. Самое большое количество кожных заболеваний выявляется у детей от 3 до 7 лет. Причины объективны: в этом возрасте малыши начинают посещать детские сады или детские площадки с родителями. Кожа легко загрязняется, в особенности во время игры или работы на участке, в саду, в огороде. Пыль, грязь и содержащиеся в них микробы – стафилококки и стрептококки – внедряются в кожные бороздки, углубления и неровности. Грязь раздражает кожу, вызывает зуд и расчесы, через которые, так же как через царапины, ссадины и раны, гноеродные микробы проникают вглубь кожи, вызывая нередко образование гнойничковых заболеваний. Чем меньше повреждается и загрязняется кожа, тем реже возникают на ней гнойничковые заболевания. Чем слабее ребенок, чем меньше сопротивляемость его организма, тем более подвержена его кожа вредному воздействию микробов. Поэтому гнойничковые заболевания особенно часто воз-

никают во время или после различных заболеваний.

Аномалии конституции, диабет, малокровие, хронические желудочно-кишечные заболевания, а также жара, переохлаждение, тесная, неудобная и в особенности грязная одежда способствуют возникновению гнойничковых поражений кожи.

Ряд кожных заболеваний возникает в результате попадания в кожу микроорганизмов, называемых грибами. Эти возбудители паразитируют на коже людей и ряда животных, нередко поражая также волосы и ногти. Передаются грибковые заболевания как от больного животного или человека, так и через предметы, бывшие в употреблении у больных: головные уборы, перчатки, белье, игрушки, книги, гребенки, ножницы, машинки для стрижки волос и т.д. Заражению грибками способствуют царапины, ранки, трещины и другие повреждения кожи. Здоровая кожа препятствует проникновению грибов в более глубокие ее слои. Противодействие появлению и распространению болезней кожи у детей – это задача не только детских врачей, но и родителей ребенка. Очень многое зависит от отношения к здоровью в семье, от поддержания в семье правил ухода за ребенком.

– Получается, что чесотка – это не прошлое, а современность?

– Как ни печально, чесотка остается актуальной проблемой дерматовенерологии. Дети зачастую подвержены этому социальному инфекционному заболеванию. Источником заражения являются больной человек и его вещи (постельное белье, полотенца, мочалки и т.д.). Могут появиться и очаги чесотки – например, если в семье от первого заболевшего заражаются остальные родственники, как взрослые, так и дети. Причем чем младше ребенок, тем выше у него вероятность инфицирования. Вспышка заболевания может возникнуть и в любом коллективе – в



детском дошкольном учреждении, в школе, в больнице. Внеочаговые случаи заражения чесоткой (в банях, поездах, гостиницах) – весьма редкое явление. Однако такие случаи мы тоже наблюдаем.

Иногда педиатры, сталкиваясь с симптомами чесотки, совершают диагностические ошибки. Особенно если заболевший ребенок страдает аллергическими заболеваниями кожи, которые сопровождаются зудом. В таких ситуациях медики порой не проводят лабораторных исследований и устанавливают диагноз «аллергия», «аллергический дерматит», с соответствующим курсом лечения: выписывают противоаллергические препараты, запрещают мыть, рекомендуют смазывать кожу гормональными мазями. Эти меры только ухудшают течение болезни. Но, к счастью, подобных случаев в практике немного. Мы стараемся обсуждать с нашими коллегами других специальностей проблемы заразных кожных болезней, чтобы избежать ошибок в диагностике. Сейчас в Оренбургской области намечена тенденция снижения заболеваемости чесоткой. Так, за пять месяцев в Оренбургской области было зарегистрировано 752 случая заболевания чесоткой, что на 27,6% меньше по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Тогда показатель составил 1039 случаев по области. Это, я считаю, одно-

ГУЗ Оренбургский кожно-венерологический диспансер. Поликлиника



Организация дерматовенерологической службы

значно заслуга дерматовенерологической службы Оренбуржья. Благодаря грамотной профилактической работе врачей значительно повысилась обращаемость граждан в КВД и снизилось количество случаев самолечения.

– Каким кожным заболеваниям особенно подвержены подростки?

– Конечно, подростки, например, очень уязвимы к нейродерматозам. Это группа заболеваний, главным признаком которых является интенсивный кожный зуд. При отсутствии грамотного лечения нейродерматоз существенно снижает качество жизни пациента. А вот причины заболевания определить зачастую сложно, так как они, как правило, сочетанного характера. В современном мире дети с раннего возраста испытывают мощное воздействие довольно агрессивной окружающей среды. К возрасту у 13–16 лет у детей возрастают психоэмоциональные и умственные нагрузки. Помимо сложных межличностных отношений внутри социума, которые обусловлены переходным возрастом, сегодня подростки, по-моему, еще подвержены «насилию» со стороны школы и родителей. Речь идет о ЕГЭ, об образовательных программах гимназий, лицеев, спецшкол, о желании родителей воплотить свои нереализованные мечты в детях. При высоких умственных нагрузках нельзя забывать и о двигательных. У детей должны быть возможности для активных физических занятий. Для профилактики нейродерматозов необходимо, чтобы у пациента был грамотно организован режим труда и отдыха, подобрано соответствующее общее и наружное лечение, включая комплексный уход за кожей. Конечно, не стоит забывать, что еще одной причиной служит неправильное питание детей и подростков. Если в начальной школе педагоги, воспитатели, родители имеют возможность следить за режимом и качеством завтраков и обедов детей, то в старших

классах поколение «нект» предпочитает питаться фастфудом. Не случайно важное место в лечении нейродерматозов отводится соблюдению индивидуальной гипоаллергенной диеты с ограничением острых, копченых продуктов, пряностей, маринадов, шоколада, цитрусовых, крепких мясных бульонов, какао, яиц, цельного коровьего молока и других продуктов, способных выступать в качестве аллергических агентов.

– Оксана Владимировна, а ИППП у подростков встречаются? Если да, то насколько часто?

– ИППП – это позднеподростковые заболевания, поэтому мы не часто с ними сталкиваемся. Хотя такие случаи, не буду скрывать, бывают. Для ведения детей с ИППП у нас есть все условия в КВД области и практически во всех городах региона – Оренбурге, Орске, Новотроицке, Бузулуке и Бугуруслане. Но еще раз хочу подчеркнуть, что ИППП у детей – это единичные случаи в Оренбургской области, активнее заболевание выявляется у юношей и девушек в 17–18 лет.

– Общественное порицание, на Ваш взгляд, – это сегодня проблема подростков при обращении к дерматовенерологу?

– К счастью, сегодня уже нет. Люди идут к дерматологам и венерологам открыто, без лишнего стеснения. Стигма и предрассудки уходят в прошлое. По-моему, основная причина этой положительной динамики – в соблюдении анонимности приемов. Сегодня в Оренбургской области конфиденциальность – неотъемлемая часть работы докторов КВД и КВК. Все случаи заболеваний, как правило, локализуются своевременно и безболезненно для личности пациентов. Мне кажется, стоит отметить, что в Оренбуржье преобладают неинфекционные кожные заболевания: псориаз, дерматиты, экзема.

– А можно ли выделить «проблемные» заболевания региона, кото-

рые специфичны для Оренбургской области?

– Если говорить о проблемах, то для оренбуржцев своеобразной зоной риска является восток региона. Это города Орск, Новотроицк, Медногорск, Гай. Именно здесь сконцентрированы предприятия горнодобывающей промышленности, черной и цветной металлургии (производство никеля, меди, хромовых соединений), машиностроение и металлообработка (производство горного, металлургического, холодильного оборудования, станков, инструментов и сельскохозяйственных машин). В результате высокой степени антропогенной нагрузки жители этих городов чаще других оренбуржцев страдают атопическим дерматитом. Причем не только взрослые, но и дети. Но мы стараемся активно бороться с этой проблемой, максимально внедряя новые методы общей и наружной терапии. Сегодня мы активно используем для лечения и профилактики дерматитов комплексные методы, в том числе с включением спелео- и барокамеры.

– Насколько родители сегодня серьезно относятся к кожным заболеваниям детей?

– Я уже отмечала выше, что сейчас обращаемость значительно повысилась в сравнении с периодом 80-90-х годов XX века. Родители прекрасно понимают, что чем раньше они обратятся с сыпью, покраснениями, гнойничками на теле ребенка к врачам, тем легче и быстрее будет решить их проблемы. Я абсолютно уверена, что тесное сотрудничество родителей с дерматологом и точное следование его консультациям приводят практически в 100% случаев к излечению или стойкой ремиссии. Можно отметить, что общая картина кожно-венерологической службы в Оренбургской области соответствует ситуации в России. А с проблемами, которые все-таки возникают, дерматовенерологи региона достойно справляются. ●



Литература

А.А. ХАЛДИН, А.Н. ЛЬВОВ **Алгоритм ведения больных с рецидивирующим простым герпесом**

1. Бутов Ю.С., Малиновская В.В., Полеско И.В., Халдин А.А. Клинико-патогенетическое значение иммунологического реагирования при простом герпесе // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. № 2. С. 31–36.
2. Зуев А.В., Халдин А.А., Братчикова Е.Б., Чернов А.С., Комратова О.Н. Консультирование в комплексном подходе к терапии и реабилитации при простом герпесе // Герпес. 2006. № 1. С. 47–50.
3. Иванов О.Л., Самгин М.А., Халдин А.А., Малиновская В.В., Сускова В.С. Современные подходы к дифференцированной терапии простого герпеса: методические рекомендации. М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. С. 31.
4. Иванов О.Л., Халдин А.А., Самгин М.А., Малиновская В.В., Сускова В.С. Рациональный выбор терапии простого герпеса: учебно-методическое пособие. М.: Мед. Центр УД Президента РФ, 2002. С. 20.
5. Львов А.Н., Халдин А.А., Федякова Е.В. Рецидивирующий простой герпес: клинико-психоиммунные соотношения на фоне комплексной терапии // Герпес. 2006. № 1. С. 36–39.
6. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (дерматологические аспекты). М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 160.
7. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес: современные достижения в изучении клиники и патогенеза заболевания и их практическое значение // Materia Medica. 2002. № 3–4. С. 27–35.
8. Самгин М.А., Халдин А.А. Клиника дерматологического синдрома герпетической болезни // Materia Medica. 2003. № 4. С. 24–34.
9. Халдин А.А. Клинико-иммунологическое обоснование пролонгированного назначения Фамвира при дерматологическом синдроме герпетической болезни // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2005. № 2. С. 68–72.
10. Халдин А.А., Львов А.Н., Федякова Е.В., Малиновская В.В. Клинико-иммунологические и психосоматические особенности у больных простым герпесом // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 6. С. 22–26.
11. Халдин А.А., Полеско И.В. Алгоритм терапии обострений и вторичной профилактики простого герпеса Вифероном // Герпес. 2006. № 1. С. 58–59.
12. Щеголева В.И., Халдин А.А., Малиновская В.В., Пантелеев И.В., Кузнецова И.В., Галегов Г.А., Сускова В.С. Особенности патогенеза и терапии «менструальной» формы простого герпеса // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. № 6. С. 25–30.

А.А. ХАЛДИН, Д.В. ИГНАТЬЕВ **Новый индуктор интерферона Кагоцел в терапии простого герпеса: возможности и перспективы**

1. Куле Ж.П. Основные тенденции в эпидемиологии вирусных инфекций папилломы человека (ВПЧ), простого герпеса 2 (ВПГ-2) и гепатита В во Франции // Вестник дерматовенерологии. 2000. № 6. С. 59–60.
2. Герпес: неизвестная эпидемия (патогенез, диагностика, клиника, лечение) / Под ред. Л.Н. Хахалина. Смоленск: Фармаграфикс, 1997. С. 162.
3. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес: этиология, диагностика и лечение. М., 1986.
4. Долгих Т.И., Масюкова С.А., Петренко Л.А. и др. Эффективность и переносимость препарата Кагоцел при лечении герпетической инфекции // Медлайн-экспресс. 2007. № 2. С. 34–36.
5. Долгих Т.И., Минакова Е.Ю., Запарий Н.С. Клиникоиммунологическая оценка эффективности применения Кагоцела при лечении па-

- циентов с рецидивирующей герпетической инфекцией // Рос. журн. кож. и вен. бол. (Прилож.: Герпес). 2010. № 1. С. 15–18.
6. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 356.
7. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем / Под ред. К. Рэдклифа, В.П. Адашкевича. М.: Мед. литература, 2006. С. 264.
8. Мавров Г.И., Чинов Г.П., Нагорный А.Е. Эффективность лечения больных генитальным герпесом с применением индуктора эндогенных интерферонов Кагоцела // Рос. журн. кож. и вен. бол. (Прилож.: Герпес). 2007. № 1. С. 30–32.
9. Коломиец А.Г., Малевич Ю.К., Коломиец Н.Д. Вирус простого герпеса и его роль в патологии человека. Минск, 1986.
10. Масюкова С.А., Гладько В.В., Устинов М.В., Егорова Ю.С. Кагоцел в лечении генитального герпеса // Рос. журн. кож. и вен. бол. (Прилож.: Герпес). 2006. № 2. С. 48–52.
11. Оспельникова Т.П., Полонский В.О., Наровлянский А.Н. и др. Эффективность препарата Кагоцел при хроническом рецидивирующем генитальном герпесе // Медлайн-экспресс. 2006. № 2–3. С. 39–41.

А.А. ХАЛДИН, Л.А. ШЕСТАКОВА, Д.В. ИГНАТЬЕВ **Терапевтические возможности 1% крема Фенистил Пенцивир при купировании обострений простого герпеса различных локализаций**

1. Каламкарян А.А., Делекторский В.В., Гребенюк В.Н., Масюкова С.А., Захалева В.А. Некоторые особенности местного иммунитета у больных генитальным герпесом // Вестник дерматологии и венерологии. 1982. № 4. С. 4–6.
2. Полеско И.В., Бутов Ю.С., Халдин А.А., Сускова В.С. Клинико-патогенетическое значение иммунологического реагирования при простом герпесе // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. № 2. С. 31–36.
3. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес: дерматологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 160 с.
4. Халдин А.А., Самгин М.А., Баскакова Д.В. Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA // Герпес. 2007. № 2. С. 4–10.
5. Fetiano F, Gombos F, Scully C. Recurrent herpes labialis efficacy of topical therapy with penciclovir compared with acyclovir // Oral Diseases. 2001. Vol. 7. P. 31–33.
6. Hasler-Nguyen N., Shelton D., Ponard G., Bader M., Schaffrik M., Mallefet P. Evaluation of the in vitro skin permeation of antiviral drugs from penciclovir 1% cream and acyclovir 5% cream used to treat herpes simplex virus infection // Dermatology, BMC. 2009. Vol. 9. P. 3.
7. Raborn G.W., Martel A.Y., Lassonde M., Levis M.O., Boon R., Spotswood L. Effective treatment of herpes simplex labialis with penciclovir cream // JADA. 2002. Vol. 133. P. 303–309.
8. Schmid-Wendner M.-H., Korting H.C. Penciclovir cream – improved topical treatment for herpes simplex infections // Skin Pharmacology and Physiology. 2004. Vol. 17. P. 214–218.
9. Vere Hodge R.A., Perkins R.M. Mode of action of 9-(4-hydroxy-3-hydroxymethylbut-1-yl)guanine (BRL 39123) against herpes simplex virus in MRC-5 cells // Antimicrob. Agents Chemother. 1989. Vol. 33. P. 223–229.

А.В. МОЛОЧКОВ, А.Н. ХЛЕБНИКОВА, Г.Э. БАГРАМОВА, М.А. ГУРЕЕВА **Противовирусная терапия в лечении генитальной папилломавирусной инфекции**

1. Дмитриев Г.А., Биткина О.А. Папилломавирусная инфекция. М.: Медицинская книга, 2006.
2. Евстигнеева Н.П. Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта женщин: эпидемиология, факторы персистенции, оптимизация



Литература

- ранней диагностики и профилактики онкогенеза: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2007.
3. *Киселев В.И.* Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Димитрейд График Групп, 2004.
 4. *Allen A.L., Siegfried E.C.* What's new in human papillomavirus infection // *Curr. Opin. Pediatr.* 2000. Vol. 12. P. 365–369.
 5. *Benton C., Shahidullah H., Hunter J.A.A.* Human papillomavirus in the immunosuppressed // *Papillomavirus Rep.* 1992. Vol. 1. P. 23–26.
 6. *Berman B., Ramires C.C.* Anogenital warts // *Treatment of Skin Disease. Comprehensive therapeutic strategies* / Ed. by M.G. Leibold et al. Mosby, 2006. P. 47–49.
 7. *Greenfield I., Cuttill S.* Antivirals // *Human papillomavirus. Clinical and scientific advances* / Ed. by J.C. Sterling & S.K. Tyring-London Arnold, 2001. P. 1120–1130.
 8. *Kirnbauer R., Lenz P., Okun M.M.* Human papillomavirus // *Dermatology* / Ed. by J.L. Bologna et al. Edinburgh: Mosby, 2002. P. 1217–1234.
 9. *Koutsky L.A., Kiviar N.B.* Genital human papillomavirus // *Sexual Transmitted Diseases* / Ed. by K.K. Holmes et al. New York: Mc.Growhill, 1999. P. 347–360.
 10. *Munoz N.* Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence // *J. Clin. Virol.* 2000. Vol. 19. P. 1–90.
 11. *Palefski J.M.* Anal squamous cell intraepithelial lesions: relation to HIV and human papillomavirus infection // *J. Acquir. Immun. Defic. Syndr.* 1999. Vol. 21. P. 42–48.
 12. *Tagami H.* Regression phenomenon of numerous Hat warts – An experiment on the nature of tumor immunity in man // *Int. J. Dermatol.* 1983. Vol. 22. P. 570–571.
 13. *Wiley D.J., Douglas J., Beutner K. et al.* External genital warts: diagnosis, treatment? And prevention // *Clin. Inf. Dis.* 2002. Vol. 35. P. 210–224.
 14. *Zur Hauzen H.* Papillomavirus infection – a major cause of human cancer // *Byochem. Biophys. Acta.* 1996. Vol. 1288. P. F.55–F.78.
 15. *Sterry W., Paus R., Burgdorf W.* *Dermatology.* Thieme clinical companions. Germany, 2006. P. 596–599.
 16. *Munro D.D.* The effect of percutaneously absorbed steroids on hypothalamic--pituitary--adrenal function after intensive use in in-patients // *Br. J. Dermatol.* 1976. Vol. 94. Suppl. 12. P. 67–76.
 17. *Aalto-Korte K., Turpeinen M.* Pharmacokinetics of topical hydrocortisone at plasma level after applications once or twice daily in patients with widespread dermatitis // *Br. J. Dermatol.* 1995. Vol. 133. № 2. P. 259–263.
 18. *Jacobson C., Cornell R.C., Savin R.C.* A comparison of clobetasol propionate 0.05 percent ointment and an optimized betamethasone dipropionate 0.05 percent ointment in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1986. Vol. 37. № 3. P. 213–214, 216, 218–220.
 19. *Lee F.W., Nystrom D.D., Kooce W.* Comparison of the percutaneous absorption of fluticasone 17-propionate from cream and ointment formulation in rats // *Pharm. Res.* 1989. Vol. 6. Suppl. P. S106.
 20. *Tan C.Y., Marks R., Payne P.* Comparison of xeroradiographic and ultrasound detection of corticosteroid induced dermal thinning // *J. Invest. Dermatol.* 1981. Vol. 76. № 2. P. 126–128.
 21. *Josse G., Rouvrais C., Mas A., Haftek M., Delalleau A., Ferrag Y., Ossant F., George J., Lagarde J.M., Schmitt A.M.* A multitechnique evaluation of topical corticosteroid treatment // *Skin Res. Technol.* 2009. Vol. 15. № 1. P. 35–39.
 22. *Kao J.S., Fluhr J.W., Man M.Q., Fowler A.J., Hachem J.P., Crumrine D., Ahn S.K., Brown B.E., Elias P.M., Feingold K.R.* Short-term glucocorticoid treatment compromises both permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity: inhibition of epidermal lipid synthesis accounts for functional abnormalities // *J. Invest. Dermatol.* 2003. Vol. 120. № 3. P. 456–464.
 23. *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. Vol. 57. № 2. Suppl. P. 39–44.
 24. *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. Vol. 57. № 2. Suppl. P. 27–31.
 25. *Leibold M.G., Tan M.H., Meador S.L., Singer G.* Limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005% in patients with psoriasis of the face and intertriginous areas // *J Am Acad Dermatol.* 2001. Vol. 44. № 1. P. 77–82.
 26. *Bleeker J.* Double-blind comparison between two new topical corticosteroids, halcinonide 0.1 % and clobetasol propionate cream 0.05% // *Curr. Med. Res. Opin.* 1975. Vol. 3. № 4. P. 225–228.
 27. *Gip L., Hamfelt A.* Studies on the efficacy and adrenal effects of Diprolone ointment 0.05 percent and Dermovate ointment 0.05 percent in patients with psoriasis or other resistant dermatoses // *Cutis.* 1984. Vol. 33. № 2. P. 215–217, 220–222, 224.
 28. *Jacobson C., Cornell R.C., Savin R.C.* A comparison of clobetasol propionate 0.05 percent ointment and an optimized betamethasone dipropionate 0.05 percent ointment in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1986. Vol. 37. № 3. P. 213–214, 216, 218–220.
 29. *Zampetti A., Barone A., Antuzzi D., Amerio P, Tulli A., Feliciani C., Amerio P.* Topical preparations for the treatment of psoriasis: results of a retrospective study over 15 years // *J. Dermatolog. Treat.* 2008. Vol. 19. № 3. P. 134–140.
- О. ДЖОРДЖИЕВА, Л.Ш. ТОГОЕВА, И.Г. ДИКОВИЦКАЯ, И.М. КОРСУНСКАЯ**
Лактофильтрум в комплексной терапии экземы
1. *Чистякова И.А.* Экзема // *Трудный пациент.* 2000. № 1. P. 26–30.
 2. *Williams H.C., Grindlay D.J.* What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2007 and 2008. Part 2. Disease prevention and treatment // *Clin. Exp. Dermatol.* 2009. Oct. 23.
 3. *Johannsen H., Prescott S.L.* Practical prebiotics, probiotics and synbiotics for allergists: how useful are they? // *Clin. Exp. Allergy.* 2009. Vol. 39. № 12. P. 1801–1814.
 4. *Калужная Л.Д., Милорава Т.Т., Тукич Н.В.* Новый пребиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции в практической медицине. М., 2008.
 5. *Молочков В.А., Караулов А.В., Николаева С.А.* Лактофильтрум как фактор повышения бактерицидной функции кожи // *Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии.* 2010. № 1. С. 32–34.
- Н.В. ГАЛИЕВА, Е.В. ДВОРЯНКОВА, А.Л. ПИРУЗЯН, И.М. КОРСУНСКАЯ**
Топические глюкокортикостероиды в терапии псориаза
1. *Sulzberger M.B., Witten V.H.* The effect of topically applied compound F in selected dermatoses // *J. Invest. Dermatol.* 1952. Vol. 19. № 2. P. 101–102.
 2. *Ahn S.K., Bak H.N., Park B.D., Kim Y.H., Youm J.K., Choi E.H., Hong S.P., Lee S.H.* Effects of a multilamellar emulsion on glucocorticoid-induced epidermal atrophy and barrier impairment // *J. Dermatol.* 2006. Vol. 33. № 2. P. 80–90.

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН



ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по дерматовенерологии.
Не тратьте время на поиск книг в магазинах своего города,
воспользуйтесь нашим предложением или
виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru

Приобрести книгу у нас быстро и просто –
позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190
или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб. 194
или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА

- ✓ курьером (для Москвы)
- ✓ курьером (для регионов, данная услуга предоставлена EMS-Почта России)
- ✓ почтой (для регионов)

ОПЛАТА

- ✓ наличными курьеру (для Москвы)
- ✓ наличными курьеру (для регионов)
- ✓ предоплата (оплата квитанции в любом отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально
в зависимости от веса книги и региона.

• Бланк заказа •



Платательщик:

юридическое лицо

физическое лицо

Выберите способ оплаты:

наличными (для Москвы)

наличными (для регионов)

предоплата

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора _____

(заполняется юр. лицами)

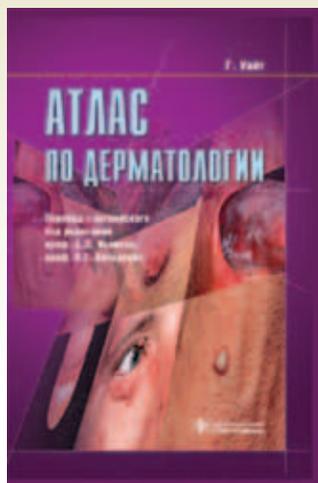
ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон, факс (с кодом города) _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ _____



Атлас по дерматологии

Уайт Г. Перевод с англ.
Кочергина Н.Г. /
Под ред. О.Л. Иванова,
Н.Г. Кочергина.
ГЭОТАР-Медиа, 2009.
384 с., переплет

Атлас содержит более 700 уникальных цветных фотографий, иллюстрирующих разнообразные кожные заболевания, включая редкие формы; имеет классическую структуру и построен в основном по морфологическому принципу. Каждую фотографию сопровождает краткое описание представленной патологии, основ ее патогенеза и типичных клинических признаков.

Цена 1050 руб.
(без учета доставки)



Атлас смертельных кожных болезней

Морган М.Б., Смоллер Б.Р.,
Сомач С.К. Перевод с англ. / Под ред.
А.В. Молочкова.
ГЭОТАР-Медиа, 2010. 304 с.,
переплет

Атлас содержит 157 цветных иллюстраций. Он состоит из пяти частей, в которых рассматриваются дерматологические проявления злокачественных новообразований, тяжелых инфекционных болезней (в том числе сибирской язвы и оспы), эндокринных нарушений (например, микседемы или кальцифилаксии), аутоиммунных состояний и врожденных нарушений метаболизма (склеродермия, гемохроматоз). В каждой главе имеются сведения об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинических особенностях, гистопатологических признаках, методах диагностики и лечения и прогнозе рассматриваемых заболеваний.

Цена 1162 руб.
(без учета доставки)

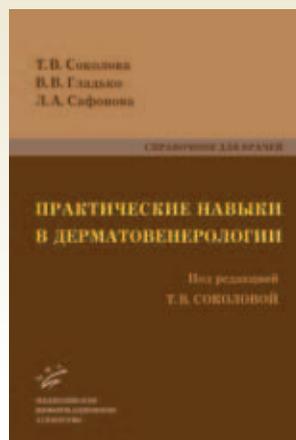


Практическая дерматология

Грэхем-Браун Р.,
Бурк Д., Канлифф Т.
МЕДпресс-информ, 2011.
359 с., переплет

Издание представляет собой практическое руководство по дерматологии для врачей общей практики, целью которого является совершенствование знаний о наиболее часто встречающихся заболеваниях кожи. В первой части приведены алгоритмы, с помощью которых можно правильно оценить симптомы заболеваний кожи. В следующих частях дается подробное описание заболеваний и подходов к лечению. Книга иллюстрирована большим количеством фотографий и схем.

Цена 1540 руб.
(без учета доставки)



Практические навыки в дерматовенерологии: Справочник для врачей

Соколова Т.В., Гладько В.В.,
Сафонова Л.Я. /
Под ред. Т.В. Соколовой, МИА, 2010.
132 с., обложка

Справочник посвящен описанию практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог. Эти навыки потребуются врачу во время первичного обследования больного, а также в процессе лечения пациента и диспансерного наблюдения за ним. Особое внимание уделено оформлению истории болезни. Дано подробное описание диагностических симптомов различных дерматозов и венерических заболеваний. Акцент на их выявлении уже при первичном осмотре пациента помогает поставить правильный диагноз. Детально описаны методы обследования кожных и венерических больных. Обобщены индексы, позволяющие объективно оценивать степень тяжести некоторых дерматозов.

Цена 300 руб.
(без учета доставки)



Эстетические недостатки кожи

Фисенко Г.И., Бурылина О.М.,
Л. В. Паркаева, Ермолаев В.К.,
Борхунова Е.Н.,
Жигульцова Т.И. .
Бином, 2009. 184 с.

Подробно раскрыты суть операции дермабразии, уровень снятия кожных слоев, регенерационные процессы, протекающие в коже после дермабразии. Описаны технология проведения операции, материально-техническое и лекарственное обеспечение, технические особенности операции и анестезии. Важным разделом книги является коррекция возрастных изменений кожи методом дермабразии. Описаны особенности лечения различного вида сосудистой патологии кожи. Большой раздел посвящен способам лечения розацеа и редких врожденных патологий кожи. Представлено описание удаления татуировок, а также образующихся рубцов. Книга проиллюстрирована большим количеством фотографий.

Цена 770 руб.
(без учета доставки)

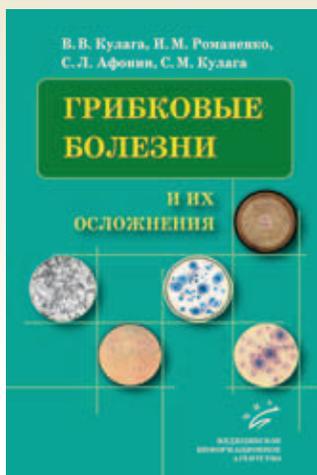


Фотозависимые дерматозы

Акимов В.Г.
МИА, 2010. 176 с., обложка

Солнечный свет служит пусковым фактором различных кожных и системных заболеваний, обусловленных иммунными сдвигами, нарушенным синтезом гема, приемом лекарств, нанесением на кожу косметических средств и другими причинами. Описания 28 нозологических форм, иллюстрированные 40 фотографиями, делают эту монографию наиболее полным справочником по диагностике и лечению фотозависимых дерматозов.

Цена 658 руб.
(без учета доставки)



Грибковые болезни и их осложнения: Руководство для врачей

Кулага В.В., Романенко И.М.
МИА, 2010. 688 с., переплет

В книге представлены данные, касающиеся аллергических проявлений при грибковых болезнях. Поскольку микозы весьма распространены во всем мире, приводятся основные справочные сведения о поверхностных и глубоких грибковых заболеваниях, основах диагностики, а также принципах их современного лечения. Для удобства пользования лекарственные препараты приведены в алфавитном порядке; в заключение дана рецептура, используемая в дерматомикологии (многие рецепты – в оригинальной прописи авторов). Предложена разработанная авторами классификация, в которой впервые предпринята попытка объединить грибковые болезни и их аллергические проявления. Описана оригинальная экспериментальная модель аллергического микотического васкулита. Также приводятся сведения о висцеральных (системных) микозах с поражением нервной системы.

Цена 1036 руб.
(без учета доставки)



Клиническая дерматовенерология. В 2 томах

Под ред. Ю.К. Скрипкина,
Ю.С. Бутова.
ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1 – 720 с.,
т. 2 – 928 с., переплет

В двухтомном руководстве изложена полезная информация о нормативно-правовом регулировании в дерматовенерологии, о различных аспектах патологии кожи, принципах диагностики, а также общего и наружного лечения. В первом томе сосредоточены сведения об инфекционных и паразитарных болезнях кожи, о дерматологических аспектах СПИДа, об инфекциях, передаваемых половым путем, включая тропические. Во втором томе описаны заболевания кожи, связанные с патологией нервной, иммунной и эндокринной систем, а также с метаболическими расстройствами, паранеоплазиями, псевдолимфомами, опухолями, генетическими аномалиями и другими состояниями.

Цена 3080 руб.
(без учета доставки)

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Теперь вы можете оформить подписку в редакции по льготной цене.

Редакционная подписка – это:

- подписка с любого номера (после оплаты счета вы будете получать журнал с ближайшего номера)
- доставка журнала заказной бандеролью
- лучшая цена (по сравнению с ценой в каталоге «Роспечать»)
- обратная связь с редакцией (вы всегда можете узнать о сроках выхода, доставке и пр., а также оставить свои пожелания относительно содержания журнала)

Чтобы оформить подписку, достаточно оплатить данный счет или позвонить по телефону (495) 234-07-34 доб. 195 и заказать счет по факсу или электронной почте.

ВНИМАНИЕ!!!! В платежном поручении в графе «Назначение платежа» ОБЯЗАТЕЛЬНО указывайте точный почтовый адрес для доставки журнала!

ООО «Медфорум-Медиа»

Адрес: 127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7713716953	КПП 771301001	Сч. №	40702810487810000500
Получатель ООО «Медфорум-Медиа»			
Банк получателя ОАО АКБ «РОСБАНК»		БИК Сч. №	044552272 30101810200000000272

СЧЕТ № 2-ОГ от «__» _____ 2011 г.

Заказчик:

Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакоterapia в педиатрии»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС):					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.

Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия

(Синичкин А.А.)

Главный бухгалтер

(Синицына С.А.)





Российское научное медицинское общество терапевтов

2011

8 сентября 2011 года, Калуга

VI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

Выставка
в рамках
каждого
форума

29-30 сентября 2011 года, Ростов-на-Дону

II Съезд терапевтов Юга России

Совместно с Европейской федерацией внутренней медицины (EFIM)

20-21 октября 2011 года, Пермь

I Съезд терапевтов Приволжского федерального округа

23-25 ноября 2011 года, Москва

VI Национальный конгресс терапевтов

Подробности на сайте www.nc-i.ru

Основные темы научной программы:

- Диагностика, профилактика и лечение патологии сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, суставов и соединительной ткани, центральной и периферической нервной системы.
- Бактериальные и вирусные инфекции.
- Артериальные и венозные тромбозы.
- Создание и внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения терапевтических заболеваний.

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Дирекция выставки:

НП «Дирекция «Национального конгресса терапевтов»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 786-25-57
электронная почта: congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Генеральные
информационные партнеры:

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА
МЕДИЦИНСКОГО
ВЕСТИНИК

interCHARM 2011

XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ
ВЫСТАВКА
ПАРФЮМЕРИИ
И КОСМЕТИКИ

26-29 ОКТЯБРЯ 2011 ГОДА
МВЦ «КРОКУС ЭКСПО»,
МОСКВА

FARMA
beauty

ЗДОРОВЬЕ И КРАСОТА

ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТИКА
БАД · ВИТАМИНЫ
ПРОДУКТЫ
ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ
СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ
НУТРИЦЕВТИКА
БИО- И ОРГАНИЧЕСКАЯ КОСМЕТИКА
КОСМЕЦЕВТИКА

КОНФЕРЕНЦИЯ
FARMA+BEAUTY
ДЛЯ АПТЕК
И АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ

InterCHARM ПРЕДСТАВЛЯЕТ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ РАЗДЕЛ

В ПРОГРАММЕ ВЫСТАВКИ
(ПО ЗАКАЗУ РИД-СК)

ОРГАНИЗАТОР:
Reed Exhibitions

ООО «РИД-СК»
ТЕЛ./ФАКС: (495) 662-7101, 937-6861/62
E-MAIL: INTERCHARM@REDEXPO.RU
WWW.INTERCHARM.RU

ПАРФЮМЕРНО-
КОСМЕТИЧЕСКАЯ
ВЫСТАВКА

№1

В РОССИИ*