

IFDC 2014

# VII Международный форум дерматовенерологов и косметологов

VII International Forum of Dermatovenereologists  
and Cosmetologists

Программа

Каталог выставки

Сборник тезисов

Москва, «Крокус Экспо»  
19–21 марта 2014 года

Золотые спонсоры:



Серебряные спонсоры:



Бронзовые спонсоры



Специальный партнер



Спонсор конкурса молодых ученых



## Содержание

Приветственное слово .....	5
Организационный комитет.....	6
Программа .....	19
Каталог выставки .....	30
Сборник тезисов .....	71
Содержание сборника тезисов.....	133

## Глубокоуважаемые коллеги!



Приветствую Вас на VII Международном форуме дерматовенерологов и косметологов - VII International Forum of Dermatovenerologists and cosmetologists - «Традиции и инновации медицины XXI века - междисциплинарная интеграция дерматовенерологии и косметологии»!

Традиционно Форум пройдет в международном формате с участием ведущих отечественных и зарубежных ученых в области дерматовенерологии и косметологии при активной поддержке лидирующих мировых профессиональных сообществ: Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (ЕААД) и Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI).

В этом году мы продолжаем внедрение и развитие междисциплинарного подхода в диагностике, профилактике и терапии кожных и венерических болезней с привлечением специалистов смежных дисциплин: терапевтов, ревматологов, урологов, акушеров-гинекологов, инфекционистов, онкологов и врачей других специальностей.

Важным является факт участия в научной программе Форума докладчиков, представляющих большинство регионов России, что подчеркивает практическую значимость и востребованность обсуждаемых научных направлений.

В рамках Форума вновь состоится Конкурс молодых ученых, традиционно поддерживаемый научным комитетом и организаторами Форума. Актуальность участия молодых исследователей, которые представят результаты собственных первых научных исследований неоспоримо, т.к. играет определяющую роль как в формировании и развитии научно-исследовательского потенциала, так и совершенствовании практического мышления, что в целом является фундаментом будущей передовой Российской науки.

Желаю всем участникам Форума плодотворной работы и успехов в достижении поставленных целей!

Председатель оргкомитета,  
профессор Н.Н. Потekaев

# Организационный комитет

## ОРГАНИЗАТОРЫ

Национальный альянс дерматологов и косметологов (НАДК)

Евро-Азиатская ассоциация дерматовенерологов (ЕААД)

Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (IUSTI)

## ПРИ УЧАСТИИ

Национальной академии микологии

Профессионального общества трихологов

Российской парфюмерно-косметической ассоциации

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

**Потекаев Николай Николаевич (Россия)** — главный дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения г. Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, президент Национального альянса дерматологов и косметологов, президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, профессор

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

**Короткий Николай Гаврилович (Россия)** — заведующий кафедрой кожных и венерических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, вице-президент Национального альянса дерматологов и косметологов, член-корреспондент РАЕН, профессор

**Литус Александр Иванович (Украина)** — главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины в области дерматовенерологии, советник Министра здравоохранения Украины, президент Украинской ассоциации псориаза, вице-президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, профессор

**Гомберг Михаил Александрович (Россия)** — президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», профессор кафедры дерматовенерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

**Баткаев Эдуард Алексеевич** – заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, д.м.н., профессор

**Блохин Борис Моисеевич** – главный специалист педиатр Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии, скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, профессор

**Бурова София Алексеевна** – руководитель центра глубоких микозов Департамента здравоохранения города Москвы, главный научный сотрудник Московского научно-практичес-

кого центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

**Важбин Лев Борисович** – главный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Московской области

**Владимиров Владимир Владимирович** – заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор

**Гаджигорова Аида Гусейхановна** – председатель научного общества трихологии, доцент

**Гущин Александр Евгеньевич** – заведующий лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии инфекций органов репродукции ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, руководитель Референс-центра Роспотребнадзора по лабораторной диагностике и мониторингу за ИППП

**Демина Ольга Михайловна** – координатор научной программы, доцент кафедры кожных болезней и косметологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Доля Ольга Валентиновна** – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Жиляев Евгений Валерьевич** – главный специалист ревматолог Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, профессор

**Жукова Ольга Валентиновна** – ученый секретарь Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, доцент

**Иванова Маиса Афанасьевна** – главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, профессор

**Камалов Армаис Альбертович** – главный специалист уролог Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корр. РАМН, профессор

**Кисина Вера Ивановна** – профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

**Коноплянников Александр Георгиевич** – главный специалист акушер-гинеколог Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Королькова Татьяна Николаевна** – заведующая кафедрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель Научно-практического общества врачей косметологов Санкт-Петербурга, вице-президент Национального Альянса дерматологов и косметологов, профессор

**Коротаяева Татьяна Викторовна** – старший научный сотрудник лаборатории серонегативных спондилоартритов ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН, д.м.н.

**Круглова Лариса Сергеевна** – заведующая отделением физиотерапии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

**Кунгуров Николай Васильевич** – директор ФГБУ "Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии" Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Уральской Государственной Медицинской Академии Росздрава, профессор

**Львов Андрей Николаевич** – заведующий отделом клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

**Мазус Алексей Израильевич** – главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ - инфекции Департамента здравоохранения г. Москвы, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

**Мантурова Наталья Евгеньевна** – главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой пластической, реконструктивной хирургии, эстетической медицины и клеточных технологий ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, д.м.н.

**Махнева Наталия Викторовна** – заместитель директора по научной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, д.м.н.

**Молочков Антон Владимирович** – заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, профессор

**Молочков Владимир Алексеевич** - заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор

**Олисова Ольга Юрьевна** – заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор

**Орлова Ольга Ратмировна** – президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии, профессор кафедры неврологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

**Перламутров Юрий Николаевич** – заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им.Е.И.Евдокимова, профессор

**Поршина Оксана Владимировна** – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии

**Пучкова Татьяна Валентиновна** – председатель правления Российской парфюмерно-косметической ассоциации, сопредседатель координационного совета парфюмерно-косметической промышленности РФ, к.б.н.

**Разнатовский Константин Игоревич** – главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, профессор

**Решетов Игорь Владимирович** – заведующий кафедрой онкологии с курсом реконструктивно-пластической хирургии Института повышения квалификации ФМБА, руководитель клиники микрохирургии Московского Научно-исследовательского Онкологического Института им. П.А. Герцена, член-корр. РАМН, профессор

**Сергеев Алексей Юрьевич** – профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

**Сидоренко Ирина Валентиновна** – главный специалист аллерголог- иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы, доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н.

**Тищенко Андрей Леонидович** – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, профессор

**Труханов Арсений Ильич** – генеральный директор «Института Красоты», президент Национальной ассоциации специалистов восстановительной медицины, профессор

**Тюрин Владимир Петрович** – главный специалист терапевт, специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения г. Москвы, главный терапевт ФГУ «Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, профессор

**Фомин Виктор Викторович** – профессор кафедры терапии и профболезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

**Халдин Алексей Анатольевич** – ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, профессор

**Хамаганова Ирина Владимировна** – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Шугина Елена Андреевна** – заместитель генерального директора «Института Красоты», доцент кафедры восстановительной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

**Цыкин Алексей Александрович** – доцент кафедры кожных болезней и косметологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Юцковская Яна Александровна** – заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Владивостокского ГМУ, директор ООО «Профессорская клиника Юцковских», президент Дальневосточной ассоциации эстетической медицины, председатель Дальневосточного отделения МООСБТ, профессор

# 19 марта

■ – Базовая программа ■ – Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

	Большой зал	зал №1	зал №2	зал №3	зал №4
9:00					
9:15					
9:30					
9:45					
10:00	Торжественное открытие Форума				
10:15	пленарный доклад <b>Основные задачи дерматовенерологии на современном этапе.</b> <i>Кунгуров Н.В., Потехаев Н.Н.</i>				
10:30					
10:45					
11:00					
11:15	секция <b>Фундаментальная дерматология. Часть I.</b> <i>Сопредседатели: Marcus Maurer, Махнева Н.В., Олисова О.Ю.</i>	секция <b>Медицина активного долголетия и коррекция возрастных изменений кожи.</b> <i>Сопредседатели: Виссарионов В.А., Труханов А.И., Шендеров Б.А.</i>	секция <b>Организация специализированной медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»: проблемы и пути решения.</b> <i>Сопредседатели: Кунгуров Н.В., Потехаев Н.Н.</i>	секция <b>Болезни волос и кожи головы.</b> <i>Сопредседатели: Гаджигорова А.Г., Тищенко А.Л.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Галдерма <b>Новейшие подходы в терапии акне.</b> <i>Сопредседатели: Разнатовский К.И., Львов А.Н.</i>
11:30					
11:45					
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00	секция <b>Фундаментальная дерматология. Часть II.</b> <i>Сопредседатели: Короткий Н.Г., Халдин А.А., Хлебникова А.Н.</i>	секция совместно со «Школой инъекционных технологий профессора Юцковской» <b>Косметологические методы в арсенале дерматолога и косметолога.</b> <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Катханова О.А., Бурова С.А.</i>	секция <b>Организация дерматовенерологической помощи в различных условиях финансового обеспечения и медицинского страхования.</b> <i>Сопредседатели: Заторская Н.Ф., Важбин Л.Б., Иванова М.А.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании VICHY <b>Инновационные решения для роста новых волос.</b> <i>Председатель Гаджигорова А.Г.</i>	секция <b>Урология.</b> <i>Сопредседатели: Камалов А.А., Кисина В.И., Забиров К.И.</i>
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00	сателлитный симпозиум при поддержке компании Байер <b>Хронические аллергические заболевания кожи.</b> <i>Председатель Хамаганова И.В.</i>	секция совместно с МООСБТ и «Школой инъекционных технологий профессора Юцковской» <b>Ботулотоксин типа А в портфеле дерматолога и косметолога.</b> <i>Сопредседатели: Орлова О.Р., Юцковская Я.А., Наумчик Г.А.</i>	секция <b>Крапивница и ангионевротический отек.</b> <i>Сопредседатели: Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Эгис <b>Микозы и аллергодерматозы. Как эффективно помочь больному?</b> <i>Председатель Соколова Т.В.</i>	секция <b>Акушерство и гинекология.</b> <i>Сопредседатели: Гомберг М.А., Коноплянников А.Г.</i>
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					
16:30	секция <b>Инновационные технологии в дерматологии.</b> <i>Сопредседатели: Короткий Н.Г., Зильберберг Н.В., Матушевская Е.В.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Премьер Фарм <b>Новаторские технологии в терапии клеток кожи.</b> <i>Председатель Юцковская Я.А.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Актавис <b>Герпесвирусная инфекция в дерматологии и косметологии.</b> <i>Председатель Кунгуров Н.В.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Астеллас <b>Аллергические дерматозы. Ясный взгляд на проблему.</b> <i>Председатель Львов А.Н.</i>	секция <b>ВИЧ-ассоциированные заболевания в дерматовенерологии.</b> <i>Сопредседатели: Мазус А.И., Потехаев Н.Н., Поршина О.В.</i>
16:45					
17:00					
17:15					
17:30					
17:45					
18:00					
18:15				клинические разборы. Часть I. <b>Дерматозы неясного генеза.</b> <i>Председатель Львов А.Н.</i>	
18:30					

# 20 марта

— Базовая программа    — Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

Большой зал

зал №1

зал №2

зал №3

зал №4

9:00					секция <b>Детская дерматология.</b> <i>Сопредседатели: Короткий Н.Г, Сидоренко И.В., Поршина О.В.</i>
9:15					
9:30		Весенняя сессия XX-го Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии».	секция <b>Фундаментальная дерматология. Часть III.</b> <i>Сопредседатели: Бурова С.А., Акимов В.Г., Масюкова С.А.</i>	клинические разборы. Часть II. <b>Редкие опухоли кожи и ее придатков.</b> <i>Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.</i>	
9:45		<b>Псориатический артрит — платформа для успешного приемственного взаимодействия ревматологов и дерматологов.</b> <i>Сопредседатели: Жиляев Е.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.</i>		II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи <b>Организационные аспекты медицинской помощи по профилям дерматовенерология, косметология и онкология. Подготовка кадров по дерматоскопии.</b> <i>Сопредседатели: Сергеев В.Ю., Утц С.Р.</i>	
10:00	секция <b>Бактериальные и вирусные ИППП: мультидисциплинарная проблема. Классическая венерология – современное звучание проблем.</b> <i>Сопредседатели: Кисина В.И., Лосева О.К., Доля О.В.</i>				
10:15		Весенняя сессия XX-го Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии».	сателлитный симпозиум при поддержке компании Байер <b>Современные Европейские рекомендации по лечению акне.</b> <i>Председатель Юцковская Я.А.</i>		сателлитный симпозиум при поддержке компании Белупо <b>Академические представления о наружной терапии дерматозов с кератозом.</b> <i>Председатель Львов А.Н.</i>
10:30		<b>Хронические дерматозы.</b> <i>Сопредседатели: Огурцов П.П., Баткаев Э.А.</i>		II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи <b>Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи.</b> <i>Сопредседатели: Демидов Л.В., Мордовцева В.В.</i>	
10:45					
11:00					
11:15					
11:30					
11:45					
12:00	секция <b>Мировой опыт диагностики и лечения ИППП.</b> <i>Сопредседатели: Гомберг М.А., Angelika Stary, Airi Poder</i>				
12:15		Весенняя сессия XX-го Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии».	секция <b>Коррекция инволюционных изменений аногенитальной области у мужчин и женщин (с видеодемонстрацией процедур).</b> <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Труфанов</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Сандоз <b>Современные взгляды на проблему терапии микозов кожи и ногтей: как сделать правильный выбор?</b> <i>Сопредседатели: Лыкова С.Г., Матушевская Е.В.</i>	
12:30		<b>Современные технологии диагностики и терапии в дерматологии и косметологии.</b> <i>Сопредседатели: Баткаев Э.А., Коротаева Т.В.</i>			сателлитный симпозиум при поддержке компании Ля Рош Позе <b>Синдром «акне и постакне»: междисциплинарный подход к проблеме.</b> <i>Председатель Львов А.Н.</i>
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00	секция <b>Междисциплинарные вопросы общих проблем.</b> <i>Сопредседатели: Халдин А.А., Гомберг М.А., Никонов А.П., Шульженко А.Е.</i>	мастер-класс <b>Псориатический артрит.</b> <i>Коротаева Т.В.</i>	секция <b>Осложнения в косметологии.</b> <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Сайбель А.В., Данилова А.А.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании Галдерма <b>Решение задач врача и пациента в терапии псориаза волосистой части головы.</b> <i>Сопредседатели: Разнатовский К.И., Олисова О.Ю.</i>	секция <b>Актуальные тенденции диагностики и лечения в дерматологии и косметологии. Часть I.</b> <i>Сопредседатели: Васенова В.Ю., Жукова О.В.</i>
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					
16:30					
16:45					
17:00		сателлитный симпозиум при поддержке компании Эбботт <b>Проблемы гепатотоксичности у пациентов с дерматологическими заболеваниями.</b> <i>Председатель Казюлин А.Н.</i>	секция <b>Современные возможности ботулинотерапии. Прогнозирование результатов. Коррекция осложнений.</b> <i>Сопредседатели: Юцковская Я.А., Наумчик Г.А., Сайбель А.В.</i>	клинические разборы. Часть III <b>Драматическая дерматология.</b> <i>Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.</i>	секция <b>Актуальные тенденции диагностики и лечения в дерматологии и косметологии. Часть II.</b> <i>Сопредседатели: Ключарева С.В., Демина О.М.</i>
17:15					
17:30					
17:45					
18:00					
18:15					
18:30					

# 21 марта

■ – Базовая программа ■ – Расширенная программа (доступна после оплаты регистрационного взноса)

Большой зал

зал №1

зал №2

зал №3

зал №4

9:00					9:00
9:15					9:15
9:30		клинические разборы. Часть IV. <b>Каков ваш диагноз?</b> <i>Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.</i>			9:30
9:45					9:45
10:00	секция <b>Фундаментальные исследования в дерматологии. Часть IV.</b> <i>Сопредседатели: Львов А.Н., Акимов В.Г., Кочергин Н.Г.</i>	секция <b>Лазеро- и светолечение в дерматологии и косметологии – эффективность и безопасность.</b> <i>Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Кончугова Т.В.</i>	Весенняя сессия Национальной академии микологии. <b>Глубокие микозы: кто лечит дерматолог или хирург?</b> <i>Сопредседатели: Бурова С.А., Сергеев А.Ю.</i>	секция <b>Дерматоонкология. Сосудистые, эпителиальные новообразования кожи.</b> <i>Сопредседатели: Молочков А.В., Хлебникова А.Н., Тищенко А.Л.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании ГлакоСмитКляйн <b>Биомиметические технологии в дерматологии.</b> <i>Председатель Молочков В.А.</i>
10:15					10:15
10:30					10:30
10:45					10:45
11:00					11:00
11:15					11:15
11:30					11:30
11:45					11:45
12:00	секция <b>Кожные проявления соматической патологии.</b> <i>Сопредседатели: Тюрин В.П., Фомин В.В., Акимов В.Г.</i>	секция <b>Современные тенденции применения аппаратных методов физиотерапии в дерматологии и косметологии.</b> <i>Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Кончугова Т.В.</i>	II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи. <b>Дерматоскопия в практике дерматовенеролога и косметолога.</b> <i>Сопредседатели: Сергеева И.Г., Соколова Т.В.</i>	секция <b>Дерматоонкология. Лимфопролиферативные новообразования кожи.</b> <i>Сопредседатели: Молочков А.В., Ковригина А.М.</i>	сателлитный симпозиум при поддержке компании АстраЗенека <b>Рациональное обезболивание в дерматовенерологии и косметологии. Проблема и решение.</b> <i>Председатель Львов А.Н.</i>
12:15					12:15
12:30					12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15					13:15
13:30	секция <b>Психодерматология.</b> <i>Сопредседатели: Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов С.В.</i>	секция <b>Инновационные технологии косметологии в клинике Активного долголетия.</b> <i>Сопредседатели: Труханов А. И., Стенько А.Г., Дергачева Л.И.</i>	секция <b>Профилактическая дерматовенерология.</b> <i>Сопредседатели: Поршина О.В., Руднева Н.С.</i>	<b>Конкурс молодых ученых.</b> <i>Председатель Потехаев Н.Н.</i>	секция <b>Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.</b> <i>Председатель Цыкин А.А.</i>
13:45					13:45
14:00					14:00
14:15					14:15
14:30					14:30
14:45					14:45
15:00					15:00
15:15					15:15
15:30	секция <b>Актуальные проблемы дерматовенерологии.</b> <i>Сопредседатели: Бутов Ю.С., Перламутров Ю.Н., Сергеева И.Г.</i>	секция <b>Оценка качества косметологической помощи.</b> <i>Сопредседатели: Шугина Е.А., Некрасова Л.В., Щукина Е.В.</i>	секция <b>Псориатическая болезнь и коморбидности.</b> <i>Сопредседатели: Круглова Л.С., Разнатовский К.И., Коротаева Т.В.</i>		
15:45					15:45
16:00					16:00
16:15					16:15
16:30					16:30
16:45					16:45
17:00					17:00
17:15					17:15
17:30					17:30
17:45					17:45
18:00					18:00
18:15					18:15
18:30					18:30

## Большой зал

10:00-10:20

Торжественное открытие Форума

Потекаев Н.Н., Кунгуров Н.В., Короткий Н.Г.,  
Мантурова Н.Е., Разнатовский К.И., Гомберг М.А.

10:20-11:00

пленарный доклад

Основные задачи дерматовенерологии на современном этапе.

Кунгуров Н.В., Потекаев Н.Н.

11:15-12:45

секция

Фундаментальная дерматология. Часть I.

Сопредседатели: Marcus Maurer, Махнева Н.В., Олисова О.Ю.

Тромбоцит-активирующий фактор и его роль в патогенезе кожных проявлений аллергии. Мишени терапии.

Marcus Maurer (Берлин, Германия)

Семиотика кожных болезней. Попытка пересмотра традиционных представлений.

Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Бобров М.А. (Москва)

Современный взгляд на диагностику и лечение аутоиммунных буллезных дерматозов.

Потекаев Н.С., Махнева Н.В., Белецкая Л.В. (Москва)

Истинная акантолитическая пузырчатка: новые исследования по изучению экспрессии аутоантигенов.

Свирищевская Е.В., Матушевская Е.В. (Москва)

Телемедицинские технологии в динамическом наблюдении за меланоцитарными и немеланоцитарными новообразованиями кожи.

Кочетков М.А. (Москва)

13:00-14:30

секция

Фундаментальная дерматология. Часть II.

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Халдин А.А., Хлебникова А.Н.

Дерматоонкология: проблемы и достижения.

Хлебникова А.Н. (Москва)

Клинико-гистологические корреляции в дерматологии: подводные камни диагноза.

Бобров М.А. (Москва)

Фототерапия в детском возрасте – сомнения и решения.

Круглова Л.С. (Москва)

Иммунопатогенез простого герпеса как основа алгоритма ведения пациентов.

Халдин А.А. (Москва)

Иммуногистохимическая детекция каппа-опиоидных рецепторов в коже при зудящих дерматозах.

Бобко С.И. (Москва)

Патогенетические механизмы фототерапии акне.

Картелишев А.В., Демина О.М., Евстигнеев А.Р. (Москва)

14:45-16:15

сателлитный симпозиум при поддержке компании Байер  
Хронические аллергические заболевания кожи.

Председатель Хамаганова И.В.

Патогенетическая терапия зуда.

Хамаганова И.В. (Москва)

Особенности течения дерматитов у детей.

Тамразова О.Б. (Москва)

16:30-18:15

секция

Инновационные технологии в дерматологии.

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Зильберберг Н.В., Матушевская Е.В.

Перспективы применения отечественных иммунодепрессантов в дерматологии.

Короткий Н.Г. (Москва)

Стратегия современного наружного лечения атопического дерматита.

Матушевская Е.В. (Москва)

Что нового в диагностике и терапии микоза стоп.

Сергеев А.Ю. (Москва)

Иммунотропная терапия больных хроническими дерматозами.

Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Зильберберг Н.В., Кениксфест Ю.В.,

Филимонкова Н.Н. (Екатеринбург)

Современный взгляд на патогенез и терапию экземы.

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю. (Москва)

Принципы терапии псориаза.

Серов Д.Н. (Москва)

Прогностическое значение компонентов врожденного иммунитета у больных эритемами.

Масюкова С.А., Сорокина Е.В. (Москва)

## Зал №1

11:15-12:45

секция

Медицина активного долголетия и коррекция возрастных изменений кожи.

Сопредседатели: Виссарионов В.А., Труханов А.И., Шендеров Б.А.

Особенности развития пластической хирургии и косметологии с позиции anti-age медицины.

Виссарионов В.А., Виссарионова В.В. (Москва)

Генетический портрет-основа индивидуальной anti-age программы в клинике эстетической медицины.

Жученко Н.А. (Москва)

Диспансеризация и «паспорт здоровья» – как фундамент успеха

программы коррекции возрастных изменений кожи.

Труханов А.И., Шугина Е.А., Мазница Д.А. (Москва)

Применение превентивных и восстановительных медицинских технологий в клинике активного долголетия при дистрофических изменениях опорно-двигательной системы.

Труханов А.И., Банк В.Л. (Москва)

Функциональное питание и его роль в программе активного долголетия.

Шендеров Б.А. (Москва)

Витилиго. Алгоритмы диагностики и лечения в современной клинике активного долголетия.

Ломоносов К.М., Шугина Е.А., Константинова В.А., Ледина Г.Л. (Москва)

Маммопластика с позиции anti-age медицины.

Кононец О.А. (Москва)

Современная концепция клиники anti-age медицины.

Труханов А.И. (Москва)

### 13:00-14:30

секция

в сотрудничестве со «Школой инъекционных технологий профессора Юцковской».

Косметологические методы в арсенале дерматолога и косметолога.

Сопредседатели: Юцковская Я.А., Катханова О.А., Бурова С.А.

Дерматозы лица в практике дерматолога и косметолога.

Катханова О.А. (Краснодар)

Особенности лечения тяжелых форм угревой болезни.

Бурова С.А. (Москва)

Химический пилинг при акне. Результат, основанный на синергии эффектов.

Наумчик Г.А. (Москва)

Болезнь Лазера – Трелла. Возможности коррекции (клинический случай).

Таран М.Г. (Владивосток)

Возможности комплексной коррекции возрастных изменений кожи.

Катханова О.А. (Краснодар)

Клинический опыт применения комбинированных инъекционных препаратов на основе гиалуроновой кислоты и сукцината натрия.

Техники и особенности работы в различных зонах.

Наумчик Г.А. (Москва)

Современные возможности процедуры химического пилинга.

Сочетание с другими косметологическими методиками (видео доклад).

Филипп Депре (Эмпуриабрава, Испания)

### 14:45-16:15

секция совместно с МООСБТ и «Школой инъекционных технологий профессора Юцковской»

Ботулотоксин типа А в портфеле дерматолога и косметолога.

Сопредседатели: Орлова О.Р., Юцковская Я.А., Наумчик Г.А.

Терапия локального аксиллярного гипергидроза как профилактика рецидивов хронических дерматозов в складках кожи.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

Клинический опыт применения БТА в терапии розацеа (наблюдательное исследование).

Наумчик Г.А. (Москва)

Эстетические проявления миофасциального болевого синдрома - лечение ботулотоксином.

Орлова О.Р., Коновалова З.Н. (Москва)

Клинический случай птоза при проведении процедуры ботулино-терапии.

Таран М.Г. (Владивосток)

### 16:30-18:00

сателлитный симпозиум при поддержке компании Премьер Фарм Новаторские технологии в терапии клеток кожи.

Председатель Юцковская Я.А.

Эпигенетика и геропротекторная терапия кожи. Эпигенетические механизмы действия инъекционного препарата Meso-Xanthin F199 на клетки кожи человека.

Ванюшин Б.Ф., Ашапкин В.В. (Москва)

Экспрессия сигнальных молекул под действием регуляторного пептида P199 в составе инъекционного препарата Meso-Wharton P199. Смирнова И.О., Кветной И.М., Дурнова А.А., Шехватова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Возможности инъекционной мезотерапии в протоколе лечения и профилактике старения кожи в репродуктивном и пременопаузальном возрасте.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

## Зал №2

### 11:15-12:45

секция

Организация специализированной медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»: проблемы и пути решения.

Сопредседатели: Кунгуров Н.В., Потекаев Н.Н.

Опыт организации системы управления доступностью и качеством специализированной дерматовенерологической помощи населению в Уральском Федеральном округе.

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Игликов В.А. (Екатеринбург, Челябинск)

Организация системы противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП.

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Полякова Н.В. (Екатеринбург)

Основные направления организационно-методической работы по предупреждению распространения сифилиса среди детского контингента и мигрантов.

Уфимцева М.А., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Никитина Е.В., Струин Н.Л., Кузнецов И.Д. (Екатеринбург, Пермь)

Правовые основы организации диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами.

Кунгуров Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Кениксфест Ю.В., Пазина М.В., Кузнецов И.Д. (Екатеринбург, Пермь)

### 13:00-14:30

секция

Организация дерматовенерологической помощи в различных условиях финансового обеспечения и медицинского страхования.

Сопредседатели: Заторская Н.Ф., Важбин Л.Б., Иванова М.А.

Финансирование медицинской помощи в новых законодательных условиях.

Обухова О.В. (Москва)

Основные направления повышения доступности и качества медицинской помощи в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы.

Заторская Н.Ф., Потекаев Н.Н., Поршина О.В., Волкова С.Б. (Москва)

Функции врачебной должности как основа планирования ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ.

Волкова С.Б., Заторская Н.Ф., Поршина О.В., Микрюков А.В. (Москва)

Новые аспекты в обеспечении обязательного и добровольного медицинского страхования.

Загретдинова З.М. (Москва)

Внутренний контроль качества в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы.

Поршина О.В., Заторская Н.Ф., Волкова С.Б. (Москва)

Новый закон о госзакупках.

Армашевская О.В. (Москва)

Дерматовенерологическая помощь в условиях негосударственных медицинских организаций.

Люцко В.В. (Москва)

Организация специализированной медицинской помощи пациентам с вирусными болезнями кожи МНПЦДК г. Москва.

Гилядов А.Д., Халдин А.А., Быханова О.Н. (Москва)

К вопросу об удовлетворенности пациентов дерматовенерологической помощью.

Померанцев О.Н., Жильцова Е.Е., Коновалов О.Е. (Москва)

### 14:45-16:15

секция

Крапивница и ангионевротический отек.

Сопредседатели: Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н.

Хроническая крапивница и ангионевротический отек: от патогенеза к терапии.

Захаржевская Т.В., Сидоренко И.В. (Москва)

Наследственный ангионевротический отек – новые возможности терапии.

Бобрикова Е.Н., Капустина А.С. (Москва)

Демонстрация больного с наследственным ангионевротическим отеком.

Босенко Ю.А. (Москва)

Дискуссия.

### 16:30-18:00

сателлитный симпозиум при поддержке компании Актавис  
Герпесвирусная инфекция в дерматологии и косметологии.

Председатель Кунгуров Н.В.

Герпесвирусная инфекция – старая проблема, новые решения.

Игнатовский А.В. (Санкт-Петербург)

Иммунологическое понимание герпесвирусной инфекции: что следует знать клиницисту.

Шульженко А.Е. (Москва)

## Зал №3

### 11:15-12:45

секция

Болезни волос и кожи головы.

Сопредседатели: Гаджигороева А.Г., Тищенко А.Л.

Миноксидил – что мы о нём знаем уже и что узнаем ещё?

Гаджигороева А.Г. (Москва)

Современные возможности патогенетической терапии андрогенной алопеции.

Дмитриева Е.И. (Москва)

Фактор транскрипции PPAR-gamma в патогенезе и лечении плоского фолликулярного лишая.

Попова И.А. (Киев)

Аутостимуляция регенеративных процессов при андрогенетической алопеции.

Тищенко А.Л., Гаджигороева А.Г., Халед И. (Москва)

Лечение волос при симптоматических алопециях.

Егорова Ю.Ю. (Москва)

Стратегия и тактика терапии диффузного выпадения волос

Пинсон И.Я. (Москва)

### 13:00-14:30

сателлитный симпозиум при поддержке компании VICHY

Инновационные решения для роста новых волос.

Председатель Гаджигороева А.Г.

Эффективность применения лосьона «Неоженик» у российских пациентов с андрогенетической алопецией. Результаты обсервационного постмаркетингового исследования.

Гаджигороева А.Г. (Москва)

Комплексная терапия андрогенетической алопеции с использованием «Неоженика», аутологичной плазмы и кислородно-озоновой смеси.

Халдина М.В. (Москва)

Дискуссия.

### 14:45-16:15

сателлитный симпозиум при поддержке компании Эгис

Микозы и аллергодерматозы. Как эффективно помочь больному?

Председатель Соколова Т.В.

Оценка эффективности топических антимикотиков при микозах стоп с учетом клинической формы заболевания.

Соколова Т.В., Малярчук Т.А. (Москва)

Лечение грибковых осложнений аллергодерматозов.

Елисютина О.Г. (Москва)

Причины и лечение хронической крапивницы. Разбор интересных клинических случаев.

Колхир П.В. (Москва)

### 16:30-18:00

спутниковый симпозиум при поддержке компании Астеллас  
Аллергические дерматозы. Ясный взгляд на проблему.

Председатель Львов А.Н.

Клиника и терапия распространенных аллергодерматозов. "Эволюция видов и многообразие форм".

Поршина О.В. (Москва)

Стартовая терапия заболеваний кожи сочетанной этиологии. Как делать правильно: шаг за шагом.

Львов А.Н. (Москва)

Практические аспекты лечения атопического дерматита топическими ингибиторами кальциневрина.

Феденко Е.С., Елисютина О.Г. (Москва)

### 18:00-18:30

клинические разборы. Часть I.

Дерматозы неясного генеза.

Председатель Львов А.Н.

## Зал №4

### 11:15-12:45

спутниковый симпозиум при поддержке компании Галдерма  
Новейшие подходы в терапии акне.

Сопредседатели: Разнатовский К.И., Львов А.Н.

Антибиотикорезистентность при угревой болезни: миф или реальность?

Львов А.Н. (Москва)

Эффективная терапия акне - как достичь быстрого и продолжительного результата?

Снарская Е.С. (Москва)

Наружная терапия акне – от науки к практике.

Круглова Л.С. (Москва)

### 13:00-14:30

секция

Урология.

Сопредседатели: Камалов А.А., Кисина В.И., Забиров К.И.

Вступительное слово главного уролога Департамента здравоохранения г. Москвы.

Камалов А.А. (Москва)

Инфекции, передаваемые половым путем, как междисциплинарная проблема.

Кисина В.И. (Москва)

Инфекции, передаваемые половым путем, как фактор нарушающий репродуктивную функцию мужчин.

Евдокимов В.В. (Москва)

Хронический простатит, современный взгляд на проблему.

Ходырева Л.А. (Москва)

Баланопостит в практике врача урологического и дерматовенерологического профиля.

Забиров К.И., Мусаков В.Ю. (Москва)

Инфекции мочевыводящих путей и инфекции, передаваемые половым путем у женщин: сходство и различия, особенности диагностики и лечения.

Зайцев А.В. (Москва)

Место ИППП в инфекционном фенотипе синдрома хронической тазовой боли.

Ковалык В.П. (Москва)

Дискуссия.

### 14:45-16:15

секция

Акушерство и гинекология.

Сопредседатели: Гомберг М.А., Конопляников А.Г.

Микоплазменная инфекция и репродуктивное здоровье женщины.

Гомберг М.А. (Москва)

Вульвовагинальный кандидоз: нерешенные вопросы.

Кузнецова И.В. (Москва)

Бесплодие и невынашивание на фоне хронического эндометрита.

Тапильская Н.И. (Санкт-Петербург)

Вагиноз и вагинит: что общего, в чём разница?

Кира Е.Ф. (Москва)

### 16:30-18:15

секция

ВИЧ - ассоциированные заболевания в дерматовенерологии.

Сопредседатели: Мазус А.И., Потехаев Н.Н., Поршина О.В.

Проблема ВИЧ-инфекции на современном этапе.

Мазус А.И. (Москва)

Принципы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Ранняя диагностика.

Ольшанский А.Я. (Москва)

Клиническое течение ВИЧ-инфекции.

Набиуллина Д.Р. (Москва)

Поражения кожи при ВИЧ-инфекции.

Цыганова Е.В. (Москва)

Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в Москве.

Серебряков Е.М. (Москва)

Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией.

Иванова Т.В. (Москва)

## Большой зал

10:00-11:45

секция

Бактериальные и вирусные ИППП: мультидисциплинарная проблема. Классическая венерология – современное звучание проблем.

Сопредседатели: Кисина В.И., Лосева О.К., Доля О.В.

Выявление больных нейросифилисом в Московской области.

Залевская О.В., Шувалова Т.М., Важбин Л.Б. (Москва)

Результаты лечения больных поздними формами сифилиса цефтриаксоном.

Стрибук П.В., Ельцова Н.В., Юдакова В.М., Лосева О.К. (Москва)

Уровень аутоантител к белкам нервной системы у больных различными формами сифилиса.

Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К., Жиангерова О.В. (Москва)

Диагностические трудности в практике дерматовенеролога, акушера-гинеколога, онколога.

Доля О.В., Гребенюк В.Н., Кулешов А.Н. (Москва)

Риск инфицирования ИППП: что делать для его минимизации.

Гомберг М.А. (Москва)

Урогенитальный трихомоноз: выбор лечения с позиций рациональной антибактериальной терапии.

Халдин А.А. (Москва)

Ретроспективный анализ сложившейся практики ведения больных с ИППП.

Кисина В.И., Гуцин А.Е., Колиева Г.Л., Поткаев Н.Н. (Москва)

12:00-14:30

секция

Мировой опыт диагностики и лечения ИППП.

Сопредседатели: Гомберг М.А., Angelika Stary, Airi Poder

Современная диагностика и лечение ИППП.

Angelika Stary (Вена, Австрия)

Различия в ИППП на Востоке и Западе Европы.

Airi Poder (Тарту, Эстония)

Хламидийная инфекция в Европе.

Mihael Skerlev (Загреб, Хорватия)

Европейские рекомендации по ведению пациентов с гонореей, 2013.

Magnus Unemo (Оребро, Швеция)

Влияние патологических выделений из влагалища на беременность.

Gilbert Donders (Титен, Бельгия)

14:45-18:00

Междисциплинарные вопросы общих проблем.

Сопредседатели: Халдин А.А., Гомберг М.А., Никонов А.П.

Вакцинация против ВПЧ – современное состояние вопроса.

Минкина Г.Н. (Москва)

Аногенитальные бородавки в России. Есть ли возможность добиться их исчезновения?

Гомберг М.А. (Москва)

Герпес-вирусные инфекции и беременность: тактика ведения.

Никонов А.П. (Москва)

Атипичное течение генитального герпеса, как распознать и лечить.

Гомберг М.А. (Москва)

Герпетический микст: механизмы латенции и реактивации.

Касихина Е.И. (Москва)

Цитомегаловирусная инфекция урогенитального тракта у женщин.

Чернова Н.И. (Москва)

Роль цитомегаловирусной инфекции в мужском бесплодии.

Евдокимов В.В. (Москва)

Патогенетическое обоснование применения рекомбинантных интерферонов в суппозиториях в терапии вирусных ИППП.

Полеско И.В. (Москва)

Уреаплазмы у женщин с повышенным риском ИППП.

Ковалык В.П. (Москва)

Гипоксия как универсальный фактор выживания и персистенции *T. pallidum*.

Андропова Н.В., Терёшина Е.В., Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Жиангерова О.В. (Москва)

## Зал №1

9:30-11:00

Весенняя сессия XX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии». Псориатический артрит — платформа для успешного преемственного взаимодействия ревматологов и дерматологов.

Сопредседатели: Жияев Е.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.

Необходимость взаимодействия дерматологов и ревматологов в диагностике и лечении кожных проявлений ревматических заболеваний. Вступительное слово.

Поткаев Н.Н. (Москва)

Псориатический артрит: клиника и новая стратегия терапии.

Коротаева Т.В. (Москва)

Роль скринирующих опросников в ранней диагностике псориатического артрита у больных псориазом.

Чамурлиева М.Н., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А. (Москва)

Трудности дифференциальной диагностики поражения суставов и позвоночника у больных псориазом (клинические наблюдения).

Логинова Е.Ю. (Москва)

Коморбидность при псориазе и псориатическом артрите — кардиоваскулярные аспекты.

Коротаева Т.В., Новикова Д.С. (Москва)

Иммунологические аспекты лечения больных с иммунозависимыми дерматозами.

Татурчикова Н.С. (Москва)

Оверлап-синдром: красная волчанка и дерматомиозит.

Чистякова И.А., Мовсарова Э.Г. (Москва)

Обсуждение.

### 11:15-12:45

Весенняя сессия XX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии». Хронические дерматозы.

Сопредседатели: Огурцов П.П., Баткаев Э.А.

Кожные проявления у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

Огурцов П.П., Хафисова О.О. (Москва)

Отдаленные результаты клинической эффективности лечения псориаза с применением криотерапии.

Карпова А.С. (Москва)

Длительный опыт ПУВА-терапии псориаза.

Мошнин М.В., Мошнина Э.И. (Москва)

Редкие и тяжелые дерматозы: Гистиоцитоз-Х (наблюдение из практики).

Баткаев Э.А., Чистякова И.А., Дорджиева О.В., Лукьяненко Е.Н. (Москва)

Комплексный подход в лечении кандидоза препаратами Ломексин.

Баткаева Н.В. (Москва)

Оценка эффективности лазерной терапии псориаза.

Калашникова Н.Г., Уракова Д.С. (Москва)

Персонализированная противорецидивная терапия псориаза.

Баткаев Э.А. (Москва)

### 13.00-14.30

Весенняя сессия XX Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии и андрологии». Современные технологии диагностики и терапии в дерматологии и косметологии.

Сопредседатели: Баткаев Э.А., Кортаева Т.В.

Опыт лечения среднетяжелых форм угревой болезни низкими дозами системных ретиноидов.

Баткаев Э.А., Молодова Ю.С. (Москва)

Ультразвуковое сканирование в оценке инволюционных изменений кожи.

Юсова Ж.Ю. (Москва)

Дерматоскопия и трихоскопия в диагностике заболеваний кожи волосистой части головы, сопровождающихся выпадением волос.

Ткачев В.П., Трефилов Е.Н. (Москва)

Возможности дерматоскопии и иммуногистохимии в диагностике меланокитарных новообразований кожи.

Москалева О.Л., Саламова И.В., Мордовцева В.В. (Москва)

Возможности лазерной терапии рубцов.

Калашникова Н.Г., Уракова Д.С. (Москва)

Уродерм в лечении кератодермий.

Карпова А.В. (Москва)

Восстановление структуры волос при использовании аутоплазмы богатой тромбоцитами.

Батыршина С.В., Ахмеров Р.Р. (Казань)

Топическая коррекция осложнений, вызванных бактериальными триггерами у больных atopическим дерматитом.

Баткаев Э.А., Попов И.В. (Москва)

Особенности эндоскопической картины генитального герпеса при локализации поражений на слизистой оболочке уретры.

Абдрахманов А.Р. (Казань)

### 14:45-16:15

мастер-класс

Псориатический артрит.

Кортаева Т.В.

Новые мишени терапии псориатического артрита.

Кортаева Т.В. (Москва)

Псориатический артрит: ранняя диагностика и лечение.

Кортаева Т.В. (Москва)

Ингибиторы ФНО- $\alpha$  в лечении ПсА, мнение ревматолога.

Кортаева Т.В. (Москва)

### 16:30-18:00

сателлитный симпозиум при поддержке компании Эбботт

Проблемы гепатотоксичности у пациентов с дерматологическими заболеваниями.

Председатель Казюлин А.Н.

Хронические дерматозы: так ли все просто, как кажется на первый взгляд?

Хлебникова А.Н. (Москва)

Связаны ли между собой заболевания кожи и болезни печени?

Казюлин А.Н. (Москва)

Возможности медикаментозной коррекции проявлений внутрипеченочного холестаза у дерматологических пациентов на фоне беременности.

Боровкова Е.И. (Москва)

## Зал №2

### 9:30-11:00

секция

Фундаментальная дерматология. Часть III.

Сопредседатели: Бурова С.А., Акимов В.Г., Масюкова С.А.

Болезнь Kawasaki. Междисциплинарный взгляд на проблему.

Тамразова О.Б. (Москва)

Дифференциальный подход к консервативному и хирургическому лечению гнойных заболеваний кожи.

Бурова С.А. (Москва)

Инновационные исследования в трихологии: от теории к практике.

Гаджигороева А.Г. (Москва)

Эритемы. Клиническая систематика.

Масюкова С.А. (Москва)

## 11:15-12:45

сателлитный симпозиум при поддержке компании Байер  
Современные Европейские рекомендации по лечению акне.

Председатель Юцковская Я.А.

Европейский консенсус по акне.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

Современные тенденции косметологической коррекции акне и постакне.

Наумчик Г.А. (Москва)

Химические пилинги при акне – результат, основанный на синергии эффектов.

Сайбель А.В. (Москва)

## 13:00-14:30

секция

Коррекция инволюционных изменений аногенитальной области у мужчин и женщин (с видео демонстрацией процедур).

Сопредседатели: Юцковская Я.А. , Труфанов В.Д., Наумчик Г.А.

Эстетика гениталий. Взгляд пластического хирурга.

Труфанов В.Д. (Москва)

Дизайн аногенитальной области.

Лешунов Е.В. (Москва)

Сочетанный метод лечения атрофических процессов вульвы (клинический случай).

Квач И.В., Лешунов Е.В. (Москва)

## 14:45-16:15

секция

Осложнения в косметологии.

Сопредседатели: Юцковская Я.А. , Сайбель А.В., Данилова А.А.

Нежелательные явления в практике косметолога. Тактика ведения.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

Профилактика и лечение хейлитов в практике врача косметолога.

Ломачинская И.П. (Москва)

Нежелательные явления в инъекционной косметологии. Разбор клинических случаев.

Сайбель А.В. (Москва)

Профилактика осложнений при проведении аппаратных методов коррекции возрастных изменений кожи.

Данилова А.А. (Москва)

Осложнения инъекционных методик. Разбор клинических случаев.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

## 16:30-18:15

секция

Современные возможности ботулинотерапии. Прогнозирование результатов. Коррекция осложнений.

Сопредседатели: Юцковская Я.А. , Наумчик Г.А., Сайбель А.В.

Ботулинотерапия. Работа в верхней трети лица. Профилактика и коррекция осложнений.

Наумчик Г.А. (Москва)

Ботулинотерапия. Работа в средней зоне лица. Профилактика и коррекция осложнений.

Сайбель А.В. (Москва)

Ботулинотерапия. Работа в нижней трети лица. Профилактика и коррекция осложнений.

Юцковская Я.А. (Владивосток-Москва)

## Зал №3

### 9:30-9:55

клинические разборы. Часть II.

Редкие опухоли кожи и ее придатков.

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н.

### 10:00-11:30

II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Организационные аспекты медицинской помощи по профилям дерматовенерология, косметология и онкология. Подготовка кадров по дерматоскопии.

Сопредседатели: Сергеев В.Ю., Утц С.Р.

Развитие отечественных систем дерматоскопии в 2014 г.

Сергеев В.Ю. (Москва)

Правовые аспекты применения дерматоскопии на территории Российской Федерации.

Жучков М.В. (Рязань)

Подготовка по дерматоскопии в свете Болонской конвенции.

Устинов М.В. (Москва)

Новое в оптической когерентной томографии кожи.

Утц С.Р., Галкина Е.М. (Саратов)

Международная интеграция российских инициатив и проектов в области оптической диагностики кожи.

Сергеев Ю.Ю. (Москва)

Первые результаты исследовательского проекта «РОДИНКА» на территории Рязани.

Жучков М.В. (Рязань)

Дискуссия.

### 11:45-13:15

II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи.

Сопредседатели: Демидов Л.В., Мордовцева В.В.

Организация массовых кампаний по раннему выявлению новообразований кожи.

Сергеев А.Ю. (Москва)

Дифференциальная диагностика рецидивных невусов.

Москалева О.Л., Мордовцева В.В. (Москва)

Дерматоскопическая картина невусов в детском возрасте.

Древаль Д.А., Глобина У.С. (Санкт-Петербург)

Дерматоскопическая диагностика меланомы: гистолого-дерматоскопические корреляции.

Жучков М.В. (Рязань)

Перспективы применения машинного зрения в дерматоскопии и диагностике меланомы.

Куколкина В.В. (Самара)

Дерматоскопия и дерматоонкология: диалектика взаимодействия.

Устинов М.В. (Москва)

### 13:30-15:00

спутниковый симпозиум при поддержке компании Сандоз

Современные взгляды на проблему терапии микозов кожи и ногтей: как сделать правильный выбор?

Сопредседатели: Лыкова С.Г., Матушевская Е.В.

Онихомикозы: нерешенные вопросы.

Лыкова С.Г. (Новосибирск)

Пути повышения комплаентности терапии онихомикозов: применение аппаратной обработки ногтей.

Горская Е.И. (Москва)

Микозы кожи – современные подходы к терапии.

Матушевская Е.В. (Москва)

Опыт практического использования нафтифина в терапии микозов кожи.

Котрехова Л.П. (Санкт-Петербург)

### 15:15-16:45

спутниковый симпозиум при поддержке компании Галдерма

Решение задач врача и пациента в терапии псориаза волосистой части головы.

Сопредседатели: Разнатовский К.И., Олисова О.Ю.

Проблемы в терапии больных псориазом волосистой части головы.

Разнатовский К.И. (Москва)

Современные подходы к топической терапии псориаза волосистой части головы.

Олисова О.Ю. (Москва)

Особенности клинического применения шампуня, содержащего клобетазола пропионат, для лечения и профилактики псориаза волосистой части головы.

Круглова Л.С. (Москва)

### 17:00-17:30

клинические разборы. Часть III

Драматическая дерматология.

Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.

## Зал №4

### 9:00-11:00

секция

Детская дерматология.

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Сидоренко И.В., Поршина О.В.

К вопросу о клинике и течении псориаза у детей.

Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Баконина Н.В., Труфанова Е.Ю. (Москва)

Современный алгоритм наблюдения и лечения детей с гиперплазией кровеносных сосудов (гемангиомы).

Рогинский Н.Н., Репина Э.А. (Москва)

Дерматологические проявления у детей с первичными иммунодефицитами.

Сидоренко И.В., Капустина А.С. (Москва)

Особенности оказания специализированной медицинской помощи детям с генетическими заболеваниями кожи.

Турбовская С.Н., Поршина О.В., Заторская Н.Ф. (Москва)

Клинические особенности склероатрофического лихена у детей.

Соколова А.А. (Москва)

Современная концепция лечения атопического дерматита у детей.

Смирнова Г.И. (Москва)

Тактика подбора системного и топического антимикотика в детской практике.

Касихина Е.И. (Москва)

### 11:15-12:45

спутниковый симпозиум при поддержке компании Белупо

Академические представления о наружной терапии дерматозов с кератозом.

Председатель Львов А.Н.

Терапевтические составляющие при десквамативных дерматозах. Решаем клинические задачи.

Львов А.Н. (Москва)

Выбор топических средств для лечения дерматозов волосистой части головы.

Акимов В.Г. (Москва)

Инновационный алгоритм восстановления защитного барьера кожи.

Бобко С.И. (Москва)

### 13:00-14:30

спутниковый симпозиум при поддержке компании Ля Рош Позе  
Синдром «акне и постакне»: междисциплинарный подход к проблеме.

Председатель Львов А.Н.

Синдром акне – эндокринологический аспект проблемы.

Илонская И.А. (Москва)

Акне и ассоциированные расстройства: прогресс представлений.

Львов А.Н. (Москва)

Профилактика и коррекция постакне – взгляд врача-косметолога.

Коленько Н.Г. (Москва)

### 14:45-16:15

секция

Актуальные тенденции диагностики и лечения в дерматологии и косметологии. Часть I.

Сопредседатели: Васенова В.Ю., Жукова О.В.

Современные терапевтические практики лечения стероидчувствительных дерматозов.

Утц С.Р. (Саратов)

Оптимизация системной терапии - путь к достижению контроля над псориазом.

Серов Д.Н. (Москва)

Особенности клиники акне у взрослых женщин и их комплексное лечение.

Ключарева С.В., Нечаева О.С., Слива Е.И. (Санкт-Петербург)

Актуальные аспекты косметологического ухода при акне.

Демина О.М. (Москва)

Этиопатогенетическое обоснование применения иммуномодуляторов в терапии эритем.

Сорокина Е.В., Масюкова С.А. (Москва)

**16:30-18:00**

секция

Актуальные тенденции диагностики и лечения в дерматологии и косметологии. Часть II.

Сопредседатели: Ключарева С.В., Демина О.М.

Опыт использования лазера на парах меди (511 и 578 нм) для лечения новообразований в периорбитальной области.

Ключарева С.В., Павлова А.Г., Тен В.И., Пирятинская В.А. (Санкт-Петербург)

Подбор минимальной эритемной дозы при терапии эксимерным лазером.

Сорокина О.Ю., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г. (Новосибирск)

Дерматиты, вызванные контактом с растениями.

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д.,

Невозинская Э.А. (Москва)

Акне легкой степени тяжести: опыт наружной терапии.

Сергеева И.Г. (Новосибирск)

Больные акне с коморбидной психической патологией: особенности клиники, диагностики и лечения.

Волкова Н.В., Глазкова Л.К. (Москва)

Состояние минеральной плотности костей у больных псориазом.

Горина Ю.А. (Москва)

## Большой зал

10:00-11:30

секция

Фундаментальные исследования в дерматологии. Часть IV.  
Сопредседатели: Львов А.Н., Акимов В.Г., Кочергин Н.Г.

Ахиллесова пята атопического дерматита (анализ новых нейроиммуногенных механизмов).

Львов А.Н., Бобко С.И. (Москва)

Псориаз. Настоящее и будущее системной терапии.

Матушевская Ю.И. (Москва)

Стероидная резистентность при буллезных дерматозах. Что необходимо знать клиницисту?

Потекаев Н.С., Теллюк Н.П., Лепехова А.А. (Москва)

Ошибки в дерматологии.

Акимов В.Г. (Москва)

Тропическая дерматология: уникальные клинические наблюдения.

Суколин Г.И. (Москва)

11:45-13:15

секция

Кожные проявления соматической патологии.

Сопредседатели: Тюрин В.П., Фомин В.В., Акимов В.Г.

Кожные проявления соматической патологии.

Акимов В.Г. (Москва)

Лобулярный панникулит: липодерматосклероз.

Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М., Пушкова О.В., Раденская-Лоповок С.Г., Карпова Ю.А. (Москва)

Поражение кожи и придатков при висцеральной патологии.

Цыкин А.А. (Москва)

Визуальные проявления эндокринной патологии на коже.

Потекаев Н.Н., Петунина В.В. (Москва)

Ошибки в диагностике клещевого боррелиоза.

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А. (Москва)

13:30-15:00

секция

Психодерматология.

Сопредседатели: Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов С.В.

Классификация психических расстройств в дерматологии.

Смулевич А.Б. (Москва)

Невротические эксориации: актуальная проблема?

Львов А.Н. (Москва)

Дерматозойный бред и дисморфизм: клинические аспекты.

Романов Д.В. (Москва)

Основы психофармакотерапии в общей медицинской практике.

Иванов С.В. (Москва)

15:15-17:15

секция

Актуальные проблемы дерматовенерологии.

Сопредседатели: Бутов Ю.С., Перламутров Ю.Н., Сергеева И.Г.

Место топических средств в терапии рецидива герпеса.

Сергеева И.Г. (Новосибирск)

Возможности комплексной терапии псориаза.

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Шмакова А.С. (Москва)

Микробиологические особенности раневых поверхностей у больных аутоиммунными буллезными дерматозами.

Нефедова Е.Д., Василькова Е.В., Махнева Н.В. (Москва)

Лекарственные средства в форме аэрозолей в дерматологии.

Матушевская Е.В. (Москва)

Топические препараты для лечения акне: составные части эффективности.

Духанин А.С. (Москва)

Атопический дерматит-экозависимое заболевание.

Ключникова Д.Е. (Москва)

Криотерапия в практике врача-дерматовенеролога.

Шевченко А.Н., Померанцев О.Н., Шахзадов В.В. (Москва)

## Зал №1

9:30-9:55

клинические разборы. Часть IV.

Каков Ваш диагноз?

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н.

10:00-11:30

секция

Лазеро- и светолечение в дерматологии и косметологии – эффективность и безопасность.

Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Кончугова Т.В.

Лазерная оперативная дерматокосметология.

Гейниц А.В. (Москва)

Лазеры в коррекции сосудистой патологии.

Шептий О.В. (Москва)

Лазерные методики: новый взгляд на реабилитацию кожи после процедур.

Юсова Ж.Ю., Кузнецова А.О. (Москва)

Лазерные технологии в коррекции пигментных нарушений.

Сирмайс Н.С. (Москва)

Комбинированные лазерные технологии в коррекции инволюционных изменений кожи.

Васильева Е.С., Коновка Е.П. (Москва)

11:45-13:15

секция

Современные тенденции применения аппаратных методов физиотерапии в дерматологии и косметологии.

Сопредседатели: Круглова Л.С., Гейниц А.В., Кончугова Т.В.

Оптимизация применения аппаратных методов физиотерапии в дерматологии и косметологии.

Орехова Э.М. (Москва)

Перспективы применения методов физиотерапии в эстетической медицине.

Кончугова Т.В. (Москва)

Комбинированные физиотерапевтические методы в коррекции возрастных изменений.

Кульчицкая Д.Б. (Москва)

Перспективы светолечения в дерматологии.

Шарапова Е.Н., Круглова Л.С., Жукова О.В. (Москва)

Физиотерапевтические методы в комплексной программе реабилитации после пластических операций на мягких тканях кожи лица.

Круглова Л.С., Финешина В.И., Финешина Е.И. (Москва)

### 13:30-15:00

секция

Инновационные технологии косметологии в клинике Активного долголетия.

Сопредседатели: Труханов А.И., Стенько А.Г., Дергачева Л.И.

Гормональный статус пациента - ключевое звено индивидуальной программы коррекции косметических недостатков в клинике активного долголетия.

Дергачева Л.И. (Москва)

Интралипотерапия, липосакция и липофилинг. Критерии выбора метода коррекции эстетических недостатков в условиях клиники Активного долголетия.

Герчиков А.И. (Москва)

Возможности применения современных лазерных технологий в anti-age медицине.

Аджиева З.А. (Москва)

Инновационные персонализированные программы лечения и профилактики рубцов.

Стенько А.Г. (Москва)

Bio-Oil в борьбе со шрамами, растяжками и неровным тоном кожи.

Павлова С.В. (Москва)

Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи.

Радион Е.В. (Москва)

Особенности клиничко-диагностических программ ведения пациентов с новообразованиями кожи в клинике активного долголетия.

Шугина Е.А. (Москва)

Понятие поведенческого старения. Влияние факторов поведенческого старения на кожу, современные научные разработки как способы коррекции его проявлений.

Коленько Н.Г. (Москва)

### 15:15-16:45

секция

Оценка качества косметологической помощи.

Сопредседатели: Шугина Е.А., Некрасова Л.В., Щукина Е.В.

Пластическая хирургия - резервы повышения эффективности и качества в клинике anti-age медицины.

Израилов В.А. (Москва)

Нитевой лифтинг (3D-моделирование) в индивидуальных программах коррекции возрастных изменений лица. Критерии выбора метода.

Герчиков А.И. (Москва)

Вибрационно-пластический массаж лица в персонализированной программе коррекции возрастных изменений внешнего облика.

Ледина Г.Л. (Москва)

Принципы создания персонализированных рецептур косметических средств в клинике активного долголетия (алгоритм выбора косметических средств).

Щукина Е.В. (Москва)

Алгоритм персонализированной медико-правовой помощи пациентам клиники Активного долголетия.

Ермолаев В.К. (Москва)

Особенности профессиональной подготовки специалистов anti-age медицины.

Некрасова Л.В. (Москва)

## Зал №2

### 10:00-11:30

Весенняя сессия Национальной академии микологии

Глубокие микозы: кто лечит дерматолог или хирург?

Сопредседатели: Бурова С.А., Сергеев А.Ю.

Актиномикоз, хромомикоз, споротрихоз: Особенности диагностики.

Бальков А.А. (Москва)

Актиномикоз, хромомикоз, споротрихоз: Особенности клинических проявлений.

Бурова С.А. (Москва)

Мнение хирурга об особенностях лечения глубоких микозов:

хромомикоза, споротрихоза, актиномикоза .

Титова Г.В. (Москва)

Мнение дерматолога о консервативном лечении глубоких микозов : хромомикоза, споротрихоза, актиномикоза .

Федюкина М.Ю. (Москва)

Особенности лечения трофических язв на фоне синдрома "Диабетическая стопа" у профильных специалистов.

Савенков В.В. (Москва)

Дискуссия.

### 11:45-13:15

II Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи

Дерматоскопия в практике дерматовенеролога и косметолога.

Сопредседатели: Сергеева И.Г., Соколова Т.В.

Опыт использования контактной дерматоскопии в диагностике кожных образований.

Толстихина Н.Б., Кузнецов С.Р. (Красноярск)

Особенности невусов у пациентов с витилиго.

Сергеева И.Г., Макарова Н.Г. (Новосибирск)

Особенности дерматоскопии ногтевых пластин.

Сирмайс Н.С. (Москва)

Дерматоскопическая картина при первичных рубцовых алопециях.

Бабушкина М.В., Лоншакова Т.М. (Ижевск)

Дерматоскопия при чесотке. Роль в сложных клинических ситуациях.

Малярчук А.П. (Москва)

Контроль пенетрации пилинговых растворов кислот с помощью дерматоскопии.

Жучков М.В. (Рязань)

13:30-15:00

секция

Профилактическая дерматовенерология.

Сопредседатели: Поршина О.В., Руднева Н.С.

Особенности первичной профилактики в дерматовенерологии.

Аналитический обзор.

Бондаренко Т.Ф., Маджид Х. (Москва)

Сотрудничество с общественными организациями как действенный организационно-профилактический фактор в дерматовенерологии.

Поршина О.В., Заторская Н.Ф. (Москва)

Психореабилитационные обучающие программы для больных хроническими дерматозами (российский и зарубежный опыт).

Львов А.Н., Бондаренко Т.Ф., Косцова Т.Б. (Москва)

Оценка вегетативного статуса у детей, страдающих атопическим дерматитом: лечебно-профилактическое значение.

Руднева Н.С. (Тула)

Профилактика суставного синдрома при ИППП: проблемы и решения.

Пострелко М.Д., Воронина Л.Г. (Оренбург)

15:15-16:45

секция

Псориазная болезнь и коморбидности.

Сопредседатели: Круглова Л.С., Разнатовский К.И., Коротаева Т.В.

Псориаз: от эпигенетики к современной терапии.

Кочергин Н.Г., Каюмова Л.Н., Смирнова Л.М., Гаранян Л.Г. (Москва)

Нейро-сосудистые нарушения при ладонно-подошвенных дерматозах и методы их комплексной терапии.

Разнатовский К.И. (Санкт-Петербург)

Ожирение при псориазе и псориазическом артрите – от науки к практике.

Коротаева Т.В. (Москва)

Клинически значимые коморбидности при псориазе.

Мордовцева В.В., Иволга Ю.С., Круглова Л.С. (Москва)

Псориазные ониходистрофии – прогноз и методы терапии.

Серов Д.Н. (Москва)

## Зал №3

10:00-11:30

секция

Дерматоонкология. Сосудистые, эпителиальные новообразования кожи.

Сопредседатели: Молочков А.В., Хлебникова А.Н., Тищенко А.Л.

Неинвазивные методы диагностики новообразований кожи.

Селезнева Е., Хлебникова А.Н. (Москва)

Папилломавирусная инфекция кожи и слизистых оболочек.

Баграмова Г.Э., Молочков А.В. (Москва)

Методы локальной деструкции новообразований кожи и слизистых оболочек вирусной этиологии.

Гилядов А.Д., Халдин А.А. (Москва)

Доброчастные эпителиальные новообразования кожи.

Кунцевич Ж.С., Молочков В.А. (Москва)

Современные методы терапии саркомы Капоши.

Карташова М.Г., Прокофьев А.А., Молочков В.А. (Москва)

Дерматоскопическая диагностика нодулярной формы базальноклеточного рака.

Тищенко А.Л., Парфенов А.М., Сафронова Е.Ю. (Москва)

11:45-13:15

секция

Дерматоонкология. Лимфолиферативные новообразования кожи.

Сопредседатели: Молочков А.В., Ковригина А.М.

Дифференциальная диагностика В-клеточных лимфолиферативных новообразований (новообразований) кожи.

Ковригина А.М. (Москва)

Применение молекулярно-биологического метода исследования в диагностике Т-клеточных лимфолиферативных новообразований кожи.

Федоровская А.В., Ковригина А.М., Молочков А.В. (Москва)

Экстракорпоральная фотохимиотерапия в лечении лимфолиферативных новообразований кожи.

Карзанов О.В., Якубовская Е., Кильдюшевский А.В. (Москва)

Лимфомы кожи. Диагностика и лечение.

Трофимова И.Б. (Москва)

Новое в диагностике лимфом кожи.

Кохан М.М., Куклин И.А., Сафонова Г.Д., Римар О.Г. (Екатеринбург)

13:30-16:30

секция

Конкурс молодых ученых.

Председатель Потехаев Н.Н.

Распределение субклассов иммуноглобулина G в зависимости от стадии развития аутоиммунной пузырчатки.

Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Белецкая Л.В. (Москва)

Разработка методики культивирования эпителиально-мезенхимальных клеток для выявления патогенетических методов лечения врожденного буллезного эпидермолиза.

Петерсен Е.В., Черныш Е.С., Трусова И.А., Каравацкая В., Махнева Н.В. (Москва)

Предикторы развития тяжелого течения гнездовой алопеции.

Нефедова Е.Д., Суворова К.Н., Петрова Н.В., Зинченко Р.А. (Москва)

Некоторые аспекты клиники, морфологии и лечения актинического кератоза.

Иванова М.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. (Москва)

Современные особенности характера специфической сенсibilизации у больных атопическим дерматитом.

Макарова Н.Г., Козлова А.С., Сергеева И.Г. (Новосибирск)

Роль врача дерматолога в первичном выявлении меланомы кожи.

Павлова А.Г., Ключарева С.В., Новицкая Т.А. (Санкт-Петербург)

Оценка влияния УФ света на слабосвязанные белки волос пациентов с алопецией.

Федорова М.В., Смолина Н.В., Михальчик Е.В., Волкова Г.М., Ибрагимов Г.А. (Москва)

Состояние микробиома генитального тракта и полости рта у сексуально активных лиц.

Петрова И.С. (Москва)

Пути совершенствования терапии атопического дерматита у детей.

Константиновская Е.Е. (Москва)

Уровень аутоантител у больного нейросифилисом в динамике после специфического лечения.

Устьянцев Ю.Ю. (Москва)

Клинический случай сочетания нейро- и кардиоваскулярного сифилиса.

Квижинадзе Г.Н. (Москва)

Награждение Победителей.

## Зал №4

10:00-11:30

сателлитный симпозиум при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн  
Биомиметические технологии в дерматологии.

Председатель Молочков В.А.

Современная терапевтическая стратегия восстановления эпидермального барьера.

Моррисон А.В. (Саратов)

Барьерная дисфункция и ее коррекция при инфекционных заболеваниях кожи.

Утц С.Р. (Саратов)

Концептуальные подходы в лечении Т-клеточной лимфомы кожи.

Молочков В.А. (Москва)

Адьювантная топическая терапия агонистами каннабиноидных рецепторов в дерматологии.

Моррисон А.В. (Саратов)

11:45-13:15

сателлитный симпозиум при поддержке компании АстраЗенека  
Рациональное обезболивание в дерматовенерологии и косметологии. Проблема и решение.

Председатель Львов А.Н.

Ключевые принципы местной анестезии в общей медицинской практике. Сравнительная характеристика препаратов.

Халикова Е.Ю. (Москва)

Местная анестезия в клинике кожных болезней. Мнение эксперта.

Львов А.Н. (Москва)

Местная анестезия в косметологии. Мнение эксперта.

Антропова Н.Ю. (Москва)

13.30- 15.30

секция

Подологические методы лечения инфекционных и неинфекционных болезней ногтей и кожи стоп.

Председатель Цыкин А.А.

Болезни ногтей.

Современное состояние проблемы. Мастер класс с видеороликами.

Цыкин А.А. (Москва)

Лечение и профилактика онихомикозов.

Цыкин А.А. (Москва)

Современные методы лечения вросшего ногтя.

Кузнецова Л.Д. (Москва)

Подологические методы ухода за кожей стоп.

Еровенков Р.Л. (Екатеринбург)

Практическая подология. Клинические наблюдения.

Бырдин И.В. (Челябинск)

## Каталог выставки

ЗАО «ЛОРЕАЛЬ», Франция .....	30
VISNU, Франция .....	30
Фармацевтическая Лаборатория La Roche-Posay .....	30
Лаборатории Inpéov .....	30
Байер, Россия.....	32
АКТАВИС.....	32
Представительство компании «Аstellас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды .....	32
Др. Редди'с, Индия.....	34
ООО «Эббви» .....	34
ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия .....	36
Представительство компании «Янссен Фармацевтика НВ», Россия.....	36
«АстраЗенека», Россия.....	36
Abbott, США.....	38
«АКРИХИН», Россия.....	38
ООО «Компания А-ФАРМ», Россия .....	38
ООО «Алкой-Фарм», Россия.....	40
ООО «АСФАРМА-РОС» .....	40
ООО «НПК «Базовый Индивидуальный Комплекс», Россия .....	40
«БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.», Республика Хорватия .....	42
Берлин-Хеми А. Менарини .....	42
Биодерма, Россия .....	42
ООО «Биокодекс», Франция .....	44
ООО «Галдерма», Швейцария .....	44
«Гельтек-Медика», Россия.....	44
ООО «НТС «Градиент», Россия .....	46
ЗАО «ГлакоСмитКляйн Трейдинг», Великобритания.....	46
Представительство Гленмарк Фармасьютикалз Лимитед.....	46
Производитель-компания «ИНФАМЕД».....	48
ООО «Криотек», Россия .....	48
ООО «Лабитэ», Россия .....	50
Leo Pharma .....	50
ООО «НУ ЕЙДЖ» .....	50
НПО «Петровакс Фарм», Россия.....	52
ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», Россия.....	52
А.О. Тархоминский Фармацевтический завод «Польфа», Польша .....	52

ООО «Премьер Фарм» .....	54
ООО «РедермаСвисс», Россия.....	54
ЗАО «Ретиноиды», Россия.....	54
ЗАО «Рош-Москва» .....	56
ЗАО «Сандоз», Швейцария.....	56
ООО «Современная медицина», Россия .....	58
ООО «ТИРУФАРМ ИММУНО», Россия.....	58
HEINE Optotechnik, WEST MEDICA .....	58
STADA CIS, Германия .....	60
ЗАО «ФЕРМЕНКОЛ» .....	60
Представительство ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) в России, Венгрия.....	60
Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН, Россия .....	62
ЗАО «ЭКОлаб», Россия .....	62
«ЭЛЛМАН-РУС» .....	62
«ЮСБ Фарма», Бельгия.....	64

#### **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ**

Портал 1пер.ru, Россия.....	65
ООО «Издательский Дом «Кабенет» .....	65
Журнал «Акушерство и Гинекология», Россия.....	65
Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ» .....	66
ООО «Издательство Панфилова», Россия .....	66
Медиа Медика .....	66
Издательство «Медиа Сфера», Россия.....	67
ООО «Калисто» .....	67
«МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ» серия научно-практических журналов.....	68
Медицинский Бизнес .....	68
Газета «Медицинский вестник», Россия .....	68
Газета «Московские аптеки», Россия .....	69
Журнал «Нефрология», Россия.....	69
Журнал «Поликлиника», Россия.....	69
Журнал «Фарматека», Россия.....	70
Эврика .....	70
Эффективная фармакотерапия, журнал.....	70

## КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

### Золотой Спонсор — ЗАО «ЛОРЕАЛЬ», Франция

119180, г. Москва, 4-й Голутвинский пер., д.1/8, стр.1–2  
телефон: + 7 (495) 258-31-91  
факс: + 7 (495) 725-63-32

#### VICHY, Франция

119180, г. Москва, 4-й Голутвинский пер., д.1/8, стр.1–2  
телефон: + 7 (495) 258-31-91  
факс: + 7 (495) 725-63-32  
[www.vichyconsult.ru](http://www.vichyconsult.ru)



Более 80 лет Лаборатории Vichy занимаются разработкой и производством косметических средств, созданных на основе уникальной Термальной Воды Vichy SPA из термального источника Lucas в городе Виши во Франции. Лаборатории Vichy гордятся своими обширными исследованиями в области здоровья кожи, ежегодно проводится более 40 000 консультаций. Косметическая продукция компании проходит клинические испытания, по своей строгости приближенные к испытаниям лекарственных средств. Vichy регулярно освещает свои разработки на важнейших дерматологических конгрессах. В 2014 году Лаборатории Vichy представляют инновацию Idealia Life Serum – средство для видимого преображения качества кожи при любом ритме жизни, созданную на основе уникального комплекса LR2412+LHA.

Косметика Vichy гипоаллергенна, протестирована под контролем дерматологов, не содержит парабенов, подходит для чувствительной кожи. Марка Vichy является абсолютным лидером среди аптечных косметических брендов в мире и в России.

#### Фармацевтическая Лаборатория La Roche-Posay



Марка La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25000 дерматологов во всем мире. Входящая в состав Термальная вода La Roche-Posay с уникально высоким содержанием Селена и тщательно отобранные активные компоненты позволяют эффективно использовать средства в качестве монотерапии или в сочетании с лекарственными препаратами при лечении различных заболеваний кожи.

[www.laroche-posay.ru](http://www.laroche-posay.ru)

#### Лаборатории Innéov



Лаборатории Innéov являются совместным предприятием, созданным компанией Nestlé и концерном L'Oréal в 2002 году. Цель создания – разработка средств нутрикосметики – биологически активных добавок к пище, улучшающих состояние кожи, волос и ногтей. При разработке средств Innéov используются передовые научные исследования компании Nestlé в области питания и концерна L'Oréal в области дерматологии. На Российском рынке зарегистрированы 6 продуктов Лабораторий Innéov.

[www.inneov.com](http://www.inneov.com)

# LA ROCHE-POSAY

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

ИННОВАЦИЯ: ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВ ПОСТАКНЕ

## EFFACLAR DUO [+]

[эфаклар дуо +]

На основе Термальной воды La Roche-Posay

### Высокая эффективность:

воспалительное, ретенционное акне; постакне

### Отличная переносимость:

ощущение комфорта и отсутствие аллергических реакций у 97% пациентов

### Эксклюзивное сочетание активных компонентов...

- 1 Ниацинамид  
Пироктон оламин
  - > Противовоспалительное действие
  - > Противогрибковое действие
- 2 Липо-Гидрокси-Кислота™ (LHA™)  
+ Салициловая кислота  
Линолевая кислота
  - > Кератолитическое действие
  - > Кераторегулирующее действие
- + ПРОКЕРАД™
  - > Противовоспалительное действие и предупреждение образования пигментных пятен

...не пересушивает кожу

### Увлажнение 24 часа

Матирующая и освежающая текстура  
Отличная основа под макияж

Без спирта  
Без красителей  
Без парабенов  
Без маслянистых компонентов  
Физиологический pH



Бесплатная Горячая Линия La Roche-Posay 8 800 2000 345  
[www.laroche-posay.ru](http://www.laroche-posay.ru)

LA ROCHE-POSAY. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЕРМАТОЛОГИИ.

## Серебряные Спонсоры

### Байер, Россия

107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2  
телефон: +7 (495) 231-12-00  
факс: +7 (495) 231-12-02  
электронная почта: ru.communications@bayer.com  
www.bayer.ru



Байер – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Как инновационная компания, Байер задает тенденции развития наукоемких областей. Продукты и услуги компании направлены на благо людей и улучшение качества жизни.

Коммерческая деятельность группы построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Байер придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании.

Bayer HealthCare, входящая в состав холдинга Bayer AG, является одной из ведущих инновационных компаний в мире в сфере разработки и производства лекарственных средств и товаров для здравоохранения. Штаб-квартира компании находится в г. Лёверкузен (Leverkusen), Германия. Компания объединяет глобальную деятельность подразделений Pharmaceuticals (фармацевтические препараты), Consumer Care (препараты безрецептурного отпуска), Medical Care (лечение и экспресс-диагностика сахарного диабета, а также инъекционные системы) и Animal Health (здоровье животных). Цель Bayer HealthCare – создание и производство препаратов, улучшающих здоровье людей и животных во всем мире.

В 2012 финансовом году численность сотрудников концерна составила 110 000 человек, объем продаж – 39,7 млрд евро. Капитальные затраты составили 1,9 млрд евро, расходы на исследования и разработки – примерно 3 млрд евро.

### Актавис

119017, Москва, Большая Ордынка, д. 40, стр. 4, Бизнес-центр Легион I, 6 этаж, сектор D  
телефон: +7 (495) 644-44-14  
факс: +7 (495) 644-44-24  
электронная почта: info@actavis.ru  
www.actavis.ru



Актавис – международная фармацевтическая компания. В июне 2013 года компания Актавис вывела на Российский рынок дженерик валацикловира Европейского производства – препарат Валвир (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг №10 и 500 мг №42). В 2014 году компания Актавис расширяет ассортиментную линейку препарата Валвир и выводит на рынок новую дозировку: Валвир 1000 мг №7.

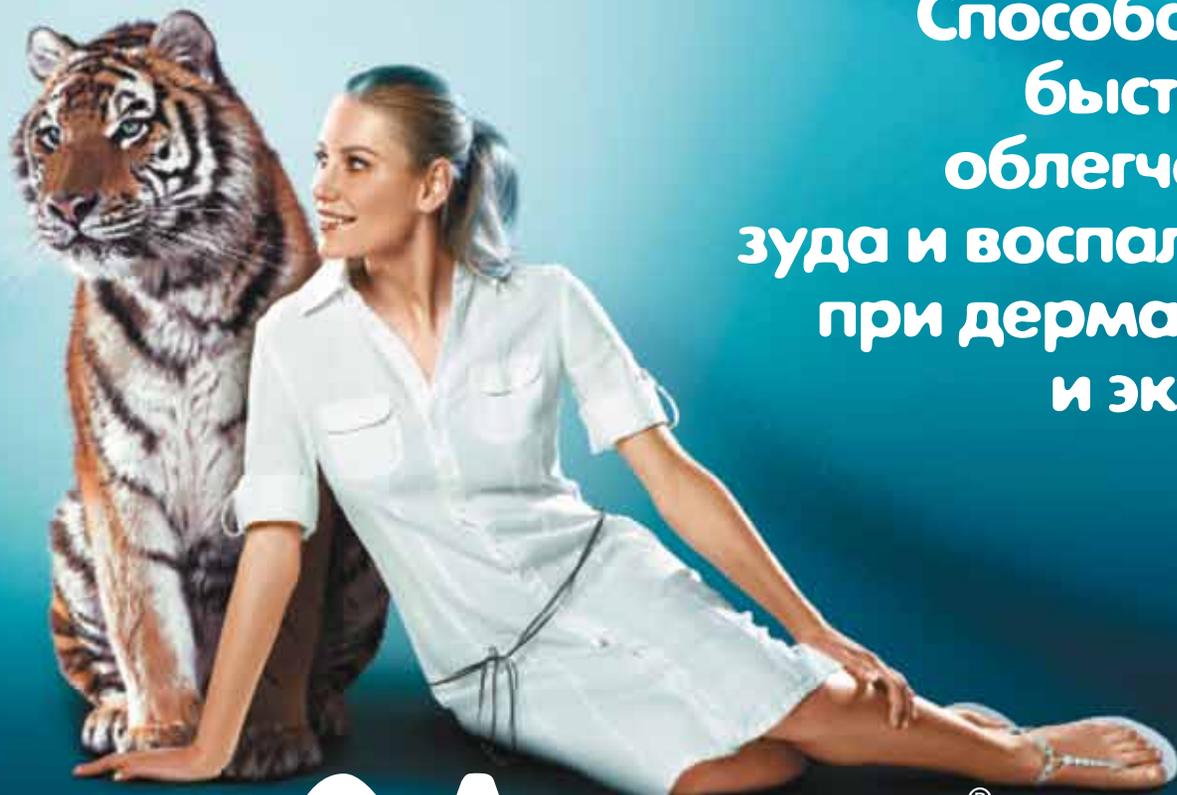
## Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды

109147, г. Москва, ул. Марксистская, д.16  
телефон: +7 (495) 737-07-55  
факс: +7 (495) 737-07-53



«Астеллас» является одной из 20 крупнейших компаний на мировом фармацевтическом рынке. Созданная 6 лет назад в результате слияния двух крупных японских корпораций «Яманучи» и «Фуджисава», компания продолжает разрабатывать современные, лучшие в своих классах препараты для использования в ключевых терапевтических областях. Компанией создан целый ряд инновационных препаратов для лечения дерматологических заболеваний, прежде всего атопического дерматита. Концепция Skinsense, включающая ряд препаратов для лечения атопического дерматита (Локобейз Рипеа, Локоид®, Протопик®), предлагает врачам и пациентам комплексное решение для контроля этого заболевания. Успех этой модели терапии является основанием для будущего дальнейшего расширения портфеля препаратов с тем, чтобы улучшить результаты лечения также других дерматологических заболеваний.

# Способствует быстрому облегчению зуда и воспаления при дерматитах и экземе<sup>1</sup>



## Адвантан®

0,1% метилпреднизолона ацепонат



**ЭМУЛЬСИЯ**  
Острый процесс  
с мокнутием



**КРЕМ**  
Острый / подострый  
процесс без мокнутия



**МАЗЬ**  
Подострый /  
хронический процесс



**ЖИРНАЯ МАЗЬ**  
Длительный  
хронический процесс



**Помогает избавиться от зуда  
и воспаления на различных участках  
кожи**



**Не содержит агрессивных для кожи  
галогенов фтора и хлора**



**Правильный выбор формы ускоряет  
выздоровление**



**Применяется один раз в сутки**

**Лекарственные формы:** эмульсия, крем, мазь, жирная мазь. В каждой форме 0,1% метилпреднизолона ацепоната.

**Показания к применению:** Воспалительные заболевания кожи, чувствительные к терапии глюкокортикостероидами: атопический дерматит, нейродермит, детская экзема, истинная экзема, микробная экзема, профессиональная экзема, простой контактный дерматит, аллергический (контактный) дерматит; дисгидротическая экзема.

**Противопоказания:** Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата, вирусные заболевания (например, ветряная оспа, опоясывающий лишай), в области нанесения препарата, розацеа, периоральный дерматит в области нанесения препарата, детский возраст до 4-х месяцев, участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию, гиперчувствительность к компонентам препарата.

**Способ применения:** препарат наносят 1 раз в сутки на пораженные участки кожи. Длительность терапии для крема, мази, жирной мази: для взрослых – не более 12 недель, для детей – не более 4 недель, для эмульсии – не более 2 недель. При солнечных ожогах эмульсию можно применять максимум 2 раза в сутки.

**Беременность и лактация:** При необходимости применения крема Адвантан во время беременности и лактации следует тщательно взвешивать потенциальный риск

для плода и ожидаемую пользу лечения для матери. В эти периоды не рекомендуется длительное применение препарата на обширных поверхностях кожи. Кормящим матерям не следует наносить препарат на молочные железы.

**Побочное действие:** Обычно препарат хорошо переносится. Очень редко (менее, чем в 0,01% случаев) могут наблюдаться местные реакции, такие как зуд, жжение, эритема, образование везикулёзной сыпи. Если препарат применяют более 4-х недель и/или на площади 10% и более поверхности тела. Могут возникнуть следующие реакции: атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения кожи, системные эффекты, обусловленные абсорбцией кортикостероида. В ходе клинических исследований ни один из вышеперечисленных побочных эффектов не был отмечен при применении Адвантана до 12 недель у взрослых и до 4-х недель у детей. В редких случаях (0,01% - 0,1%) может наблюдаться фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация кожи, аллергические реакции на один из компонентов препарата.

Рег. удостоверение: эмульсия – П № 013563/02; крем – П № 013563/01; мазь – П № 013563/03, жирная мазь – П № 013563/04.

Отпускается без рецепта.  
Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «Байер»  
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д.18, стр.2  
Тел.: (495)232-11-41, факс: 232-11-43



## Бронзовые Спонсоры

### Др. Редди'с, Индия

115035, г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1  
телефон: +7 (495) 795-39-39  
факс: +7 (495) 795-39-08  
электронная почта: [inforus@drreddys.com](mailto:inforus@drreddys.com)  
[www.drreddys.ru](http://www.drreddys.ru)



Фармацевтическая компания «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» — известнейший в мире производитель таких лекарственных препаратов, как Кеторол®, Омес®, Найз®, Цетрин®, Ципролет®. Основана компания в 1984 году в Индии. Деятельность «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» базируется на новаторском, инновационном подходе к рынку фармацевтических препаратов. Компания располагает собственными научно-исследовательскими центрами в Индии и США, где проводятся исследования в различных областях медицины, таких как онкология, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, воспалительные заболевания и бактериальные инфекции.

### ООО «Эббви»

141400, Московская обл., г. Химки, ул. Ленинградская, вл. 39, стр. 5, «Химки Бизнес-Парк»  
телефон: +7 (495) 258-42-77  
факс: +7 (495) 258-42-87



AbbVie (символ на NYSE: ABBV) — глобальная научно-исследовательская биофармацевтическая компания, образованная в 2013 году путем отделения от компании Abbott. Компания AbbVie сочетает сфокусированность на передовых биотехнологиях, экспертизу, структуру и богатый опыт лидирующей фармацевтической компании с давней историей. Миссия компании состоит в использовании знаний, опыта, целеустремленности сотрудников, уникальных подходов к инновациям для разработки и внедрения передовых методов лечения, направленных на решение некоторых из самых сложных и тяжелых заболеваний в мире. AbbVie стремится помочь пациентам быть здоровыми и совместно развивать стабильные решения в здравоохранении. В 2013 году количество сотрудников AbbVie во всем мире составило около 21 000 человек. Лекарственные средства представлены на рынках более 170 стран мира. За дополнительной информацией о компании и ее сотрудниках, портфеле препаратов и обязательствах, пожалуйста, обращайтесь по адресу [www.abbvie.com](http://www.abbvie.com). Следите за новостями @abbvie в Twitter и изучайте возможности карьеры в AbbVie на страницах компании в Facebook или LinkedIn.

# Победить кожные и системные проявления псориаза вместе с препаратом ХУМИРА®

Препарат Хумира® позволяет добиться быстрого и стойкого эффекта у пациентов со среднетяжелым и тяжелым хроническим бляшечным псориазом, включая пациентов с активным псориатическим артритом (ПсА)



## Результаты исследования REVEAL<sup>1</sup>:

71%

71% пациентов, получавших препарат Хумира® (n = 814), достигли PASI 75 на 16-й неделе терапии по сравнению с 7% пациентов в группе плацебо (n=398, p<0,001)

- 45% пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом достигли PASI 90 к 16-й неделе терапии (n=814, p < 0,001)

## Результаты исследования ADEPT<sup>2</sup>:

91%

У 91% пациентов с ПсА, получавших препарат Хумира® (n=144), не отмечалось рентгенологического прогрессирования на 24-й неделе по сравнению с 71% пациентов в группе плацебо (n=152, p<0,001)

- У пациентов, получавших препарат Хумира®, среднее изменение mTSS составило -0,1 в сравнении с +0,9 у пациентов в группе плацебо на 24-й неделе (p < 0,001)

## Показания

- среднетяжелый и тяжелый хронический бляшечный псориаз
- активный псориатический артрит

## Исследование REVEAL<sup>1</sup>

REVEAL – рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование, в которое было включено 1212 пациентов со среднетяжелым и тяжелым хроническим бляшечным псориазом ( $\geq 10\%$  поверхности тела и PASI  $\geq 12$ ). В течение первых 16 недель пациенты были рандомизированы в соотношении 1:1 на получение терапии либо плацебо, либо препаратом Хумира®. Первичной конечной точкой был ответ PASI 75 на 16-й неделе.

## Исследование ADEPT<sup>2,3</sup>

ADEPT – 24-недельное, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование оценки безопасности и эффективности препарата Хумира®, в которое было включено 313 пациентов со среднетяжелым и тяжелым ПсА ( $\geq 3$  припухших суставов и  $\geq 3$  болезненных суставов) с неэффективностью или непереносимостью НПВП. Пациенты получали либо плацебо, либо препарат Хумира® 40 мг раз в две недели подкожно. Первичными конечными точками были ответ ACR 20 на 12-й неделе и изменение модифицированного индекса Шарпа к 24-й неделе. 58% пациентов, получавших препарат Хумира®, достигли ACR 20 на 12-й неделе по сравнению с 14% среди пациентов, получавших плацебо.

## КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ХУМИРА® (ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ)

См. полную информацию о препарате и инструкции по применению.

Номер регистрационного удостоверения: ПС-002422

Международное непатентованное название: адалимумаб

Лекарственная форма: раствор для подкожного введения

Состав: в 0,8 мл раствора содержится активное вещество адалимумаб 40 мг

### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Адалимумаб представляет собой рекомбинантное моноклональное антитело, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека. Адалимумаб селективно связывается с фактором некроза опухоли (ФНО-альфа) и нейтрализует его биологические функции. Применяется при активном псориатическом артрите (в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими БПВП), среднетяжелым и тяжелым хроническим бляшечным псориазом, когда показана системная терапия или фототерапия и когда другие варианты системной терапии не являются оптимальными.

### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Гиперчувствительность к адалимумабу или любым его вспомогательным компонентам, в том числе к латексу; беременность, период кормления грудью, детский возраст до 18 лет, кроме пациентов от 4 до 17 лет с ювенильным идиопатическим артритом; инфекционные заболевания, в том числе туберкулез; совместный прием с препаратами анакинры и абатацепта.

## С ОСТОРОЖНОСТЬЮ следует принимать при рецидивирующих инфекциях в анамнезе; носительстве вируса гепатита В; злокачественных новообразованиях, в том числе в анамнезе; сердечной недостаточности; демиелинизирующих заболеваниях нервной системы, в том числе в анамнезе; у пациентов старше 65 лет.

### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Подкожно. Рекомендуемая доза препарата Хумира® у взрослых с псориатическим артритом составляет 40 мг подкожно один раз в две недели. При назначении препарата Хумира® терапия глюкокортикостероидами, нестероидными противовоспалительными препаратами (в т.ч. салицилатами), анальгетиками (наркотическими и ненаркотическими), метотрексатом и другими базисными противовоспалительными препаратами может быть продолжена. У некоторых больных не получающих метотрексат, может быть достигнут дополнительный эффект при увеличении кратности применения препарата Хумира® до 40 мг один раз в неделю. Хронический бляшечный псориаз. Начальная доза для взрослых пациентов составляет 80 мг. Поддерживающая доза – 40 мг один раз в две недели, начиная через неделю после начальной дозы.

### ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Реакции в месте введения препарата, инфекции, новообразования, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, реакции гиперчувствительности, сезонная аллергия, повышение

концентрации липидов, гипокальциемия, повышение концентрации мочевой кислоты, аномальная концентрация натрия, гипокальциемия, гиперликемия, гипофосфатемия, дегидратация, головная боль, парестезии, мигрень, невралгия седьмого нерва, изменения настроения, раздражительность, бессонница, головокружение, конъюнктивит, нарушения зрения, артериальная гипертензия, «приливы», гематомы, тахикардия, кашель, астма, диспноэ, тошнота, рвота, боль в животе, повышение уровня «печеночных» ферментов, диспепсия, гастроэзофагеальный рефлюкс, сухость во рту, желудочно-кишечные кровотечения, сыпь, зуд, крапивница, подкожные кровоизлияния, дерматит, ломкость ногтей, гипергидроз, костно-мышечная боль, спазмы мышц, гематурия, почечная недостаточность, боль в грудной клетке, отеки, нарушения в системе свертывания крови, увеличение концентрации лактатдегидрогеназы.

Для получения полной информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в Московское представительство «Эбботт Лабтораториз»: 141 400, Московская область, г. Химки, ул. Ленинградская, влад. 39, стр. 5, «Химки Бизнес-Парк».

Тел.: (495) 258 42 70, факс: (495) 258 42 71

ACR 20 (20% improvement in the American College of Rheumatology Score from baseline) – 20%-ное улучшение индекса Американской коллегии ревматологов по сравнению с исходным значением. mTSS (modified Sharp Score) – модифицированный индекс Шарпа. PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – индекс тяжести и площади поражения псориазом

Литература: 1. Menter A, Tyring SK, Gordon K, et al. Adalimumab therapy for moderate to severe psoriasis: a randomized, controlled phase III trial. J Am Acad Dermatol. 2008;58(1):106-115. 2. Gladman DD, Mease PJ, Ritchlin CT, et al. Adalimumab for long-term treatment of psoriatic arthritis: forty-eight week data from the adalimumab effectiveness in psoriatic arthritis trial. Arthritis Rheum. 2007;56(2):476-488. doi:10.1002/art.22379. 3. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al. for Adalimumab Effectiveness in Psoriatic Arthritis Trial Study Group. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis. Arthritis Rheum. 2005;52(10):3279-3289. doi:10.1002/art.21306.

**ХУМИРА®**  
адалимумаб

МЫСЛИТЬ ГЛУБЖЕ. ДЕЙСТВОВАТЬ ИЗНУТРИ

abbvie

## Бронзовые Спонсоры

### ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия

119049, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, БЦ «Павловский»  
телефон: +7 (495) 916-71-00  
факс +7 (495) 916-71-00  
www.msd.com



Сегодня MSD является общемировым лидером в области здравоохранения, усилия которого направлены на улучшение жизни людей. Мы предлагаем клиентам лекарства, вакцины, биологические терапии, медицинские препараты общего пользования и ветеринарные средства и ведем бизнес более чем в 140 странах, предоставляя инновационные решения для поддержания и восстановления здоровья. Мы также демонстрируем нашу приверженность повышению доступности здравоохранения через глобальные программы, в рамках которых мы безвозмездно передаем и доставляем наши продукты тем, кто в них нуждается. Более полная информация на сайте [www.msd.com](http://www.msd.com). MSD – это торговое наименование компании Merck & Co., Inc., штаб-квартира которой находится в Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США.

### Представительство компании «Янссен Фармацевтика НВ», Россия

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.17, корп. 3  
телефон: +7 (495) 755-83-57  
факс: +7 (495) 755-83-58  
www.janssenpharma.ru



#### Группа фармацевтических компаний Janssen Корпорации Johnson&Johnson

Janssen является фармацевтическим подразделением международной корпорации Johnson & Johnson. Миссия компании Johnson & Johnson выражена в Кредо: «Наша основная ответственность – перед пациентами, перед отцами и матерями, перед всеми, кто пользуется нашей продукцией». С момента основания в 1953 году доктором Полом Янссеном компания открывает и создает новые высококачественные лекарственные средства, направленные на лечение и улучшение качества жизни пациентов в таких областях медицины, как онкология (множественная миелома и рак предстательной железы), иммунология (псориаз), психиатрия и неврология (шизофрения, болезнь Альцгеймера), инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД, гепатит С и туберкулез).

За всю историю Janssen разработал свыше 180 субстанций; 80 из них легли в основу инновационных лекарственных препаратов, 8 из которых представлены в списке жизненно важных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения.

В России Janssen открыл представительство в 1993 году.

Компания поддерживает социальные инициативы в области охраны здоровья. Основные направления деятельности включают программы помощи матери и ребенку, поддержки врачей и медицинских сестер с целью улучшения стандартов оказания медицинской помощи и образовательные инициативы, направленные на широкую общественность для предотвращения распространения инфекционных заболеваний.

Janssen в России ежегодно направляет около 25 млн рублей на поддержку инициатив в области ВИЧ, психиатрии и социальной адаптации детей-инвалидов.

## Специальный Партнер

### «АстраЗенека», Россия

125284, г. Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1  
телефон: + 7 (495) 799-56-99  
факс: + 7 (495) 799-56-98  
электронная почта: [Moscow.reception@astrazeneca.com](mailto:Moscow.reception@astrazeneca.com)  
[www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru), [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)



«АстраЗенека» является международной инновационной биофармацевтической компанией, нацеленной на исследование, развитие и коммерческое использование рецептурных препаратов в таких терапевтических областях, как кардиология, онкология, респираторные заболевания и воспалительные процессы, инфекции и психиатрия. Компания представлена более чем в 100 странах мира, а ее инновационными препаратами пользуются миллионы пациентов.

$$\begin{array}{r} 365 \\ - 4^* \\ \hline 361 \end{array}$$

# Арифметика успеха В системной терапии псориаза

100% моноклональные человеческие антитела



**Стелара® дарит свободу от проявлений псориаза:**  
быстрый и продолжительный эффект<sup>1</sup>

**Стелара® обеспечивает уверенность:**  
высокий профиль безопасности<sup>2</sup>

**Стелара® создает комфорт врачу и пациенту:**  
всего 4 подкожные инъекции в год<sup>3</sup>



\* - поддерживающая терапия после 2-х начальных инъекций

1. Kimball AB, et al. J EADV. 2012
2. Papp KA, et al. Br J Dermatol. 2013 Jan 10.
3. Стелара. Краткая инструкция по медицинскому применению.

## Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Стелара®

**Регистрационный номер** – ПП-001104 **Торговое название** – Стелара® **Международное непатентованное название (МНН)** – устекинумаб

**Лекарственная форма** – раствор для подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа** – псориазы средство лечения.

### Показания

Препарат предназначен для лечения пациентов старше 18 лет со средней или тяжелой степенью бляшечного псориаза.

**Противопоказания**

- тяжелая гиперчувствительность к устекинумабу или любому вспомогательному веществу препарата;
- детский возраст (до 18 лет);
- беременность и лактация (см. раздел «Применение во время беременности и лактации»);
- серьезные инфекционные заболевания в острой фазе, в том числе туберкулез (см. раздел «Особые указания»);
- злокачественные новообразования (см. раздел «Особые указания»).

### Осторожность

- серьезные или рецидивирующие паразитарные и инфекционные заболевания вирусной, грибковой или бактериальной природы;
- злокачественные опухоли в анамнезе;
- почечный возраст.

### Применение во время беременности и лактации

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

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

### Способ применения и дозы

Препарат Стелара® предназначен для подкожных инъекций у пациентов старше 18 лет.  
Рекомендованная доза составляет 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель.  
У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг.

При неэффективности терапии в течение 28 недель рекомендуется рассмотреть целесообразность применения препарата.

### Коррекция дозы

Пациентам, у которых клиническая эффективность препарата при применении каждые 12 недель выражена недостаточно, следует увеличить дозу препарата до 90 мг каждые 12 недель. В случае если такой режим дозирования не эффективен, дозу препарата 90 мг следует вводить каждые 8 недель.

Возвращение лечения по предельно легкой схеме – вторая инъекция через 4 недели спустя после первого применения, а затем каждые 12 недель – было так же эффективно, как и верные проводимая терапия.

### Применение у пожилых больных (старше 65 лет)

В ходе клинических исследований не было выявлено влияния возраста на клинический эффект препарата. В ходе исследований препарата не было выявлено различий в безопасности и эффективности препарата для пожилых пациентов старше 65 лет по сравнению с более молодыми пациентами.

### Применение у детей

Безопасность и эффективность устекинумаба у детей не изучалась.

Применение при почечной и печеночной недостаточности

Изучения препарата у пациентов с почечной или печеночной недостаточностью не проводилось.

### Указания по введению препарата

Препарат предназначен для подкожного введения.  
Перед введением препарата внимательно осматривайте содержимое шприца. Раствор может быть прозрачным или слегка опалесцирующим от бесцветного до светло-желтого цвета, может содержать единичные прозрачные частицы белка. Такой внешний вид является нормальным для белковых растворов. При изменении цвета, помутнении или наличии твердых частиц, раствор использовать нельзя. Устекинумаб не содержит консервантов, поэтому любой неиспользованный остаток препарата в шприце использовать нельзя.  
Препарат не следует смешивать с другим лекарством для инъекции. Если для введения дозы 90 мг использовать 2 шприца по 45 мг препарата, следует сделать 2 последовательные инъекции. При этом вторая инъекция должна быть сделана сразу же после первой. Инъекции следует делать в разные области. Не встраивайте препарат. Длительное энергичное встряхивание может повредить препарат. Не используйте препарат, если его встряхивали. В начале лечения инъекция препарата Стелара® должна делаться только медицинским персоналом, однако, в последующем, если врач сочтет это возможным, пациент может делать себе инъекции препарата Стелара® самостоятельно, соблюдая все необходимые предосторожности и пройдя предварительно обязательное обучение технике подкожных инъекций, с последующим контролем врача.

### Побочные эффекты

Инфекции: инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит, вирусные инфекции верхних дыхательных путей, воспаление подкожной жировой клетчатки, опоясывающий герпес; восстановление подкожной жировой

клетчатки, дивертикулит, остеомиелит, вирусные инфекции, гастроэнтерит, пневмония и инфекции мочевыводящих путей; со стороны центральной нервной системы: головкружение, головная боль, депрессия; со стороны дыхательной системы: боль в горле и гортани, заложенность носа; со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея; со стороны кожи и подкожных тканей: зуд, крапивница; со стороны оппортунистической системы: мигрень, боль в спине; общие расстройства и реакции в месте введения: усталость, зрительная боль в месте введения; боль, припухлость, зуд, уплотнение, кровотечение, кровоизлияние, раздражение; злокачественные опухоли: меланомоидная форма рака кожи, злокачественные опухоли простаты, кишечника, молочных желез и мезанеомы in situ; реакции гиперчувствительности: сыпь, крапивница; иммуногенность: примерно у 5% больных, получавших препарат Стелара®, формировались антитела к устекинумабу, которые обычно имели низкий титр. Любой корреляции между сформированным антителом и наличием реакций в месте инъекции не обнаружено. При наличии антител к устекинумабу больные чаще имели более низкую эффективность препарата, хотя наличие антител не исключает достижения клинического эффекта.

Нежелательные явления, выявленные в постстратификационном применении препарата Стелара®, со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности (включая сыпь и крапивницу), серьезные реакции гиперчувствительности (включая анафилактико и ангионевротический отек).

### Передозировка

Во время проведения клинических исследований пациентам однократно внутривенно вводили дозы до 4,5 мг/кг без развития дозозимитирующей токсичности. В случае передозировки рекомендуется контролировать состояние больного для выявления признаков и симптомов побочных эффектов и при их развитии следует немедленно начать соответствующую симптоматическую терапию.

### Особые указания

#### Инфекции

Устекинумаб является селективным иммунодепрессантом и может повышать риск развития инфекций и реактивации инфекций, находящихся в латентной фазе.

В клинических исследованиях при применении препарата Стелара® у больных наблюдались серьезные бактериальные, грибковые и вирусные инфекции. Устекинумаб не следует применять у больных с клинически значимыми, активными инфекциями. Следует проявлять осторожность при применении препарата Стелара® и у больных с хроническими инфекциями или наличием рецидивирующих инфекций в анамнезе. Перед началом применения препарата следует провести тестирование больного на наличие туберкулеза. Не следует применять устекинумаб у больных с активным туберкулезом. При наличии латентного или активного туберкулеза (в том числе в анамнезе) следует начать его лечение до начала применения препарата Стелара®. Также следует начать лечение туберкулеза у больных, у которых достаточный эффект от его предыдущего лечения не подтвержден. В период лечения препаратом Стелара® и после этого следует тщательно наблюдать за больными для выявления признаков и симптомов активного туберкулеза. Больные следует предупредить о необходимости обращения к врачу при появлении признаков и симптомов, позволяющих предположить инфекцию. При развитии серьезной инфекции применение препарата Стелара® необходимо отменить, пациент должен находиться под контролем медицинского персонала. Не следует применять устекинумаб до окончания лечения инфекции.

#### Злокачественные новообразования

Препарат Стелара® является селективным иммунодепрессантом. Иммунодепрессанты могут повышать риск развития злокачественных опухолей. У некоторых больных, получавших устекинумаб в клинических исследованиях, наблюдалось возникновение злокачественных новообразований (кожных и неопухольных форм).

#### Реакции гиперчувствительности

В постстратификационном применении препарата Стелара® известны случаи возникновения серьезных реакций гиперчувствительности, включая ангионевротический отек и анафилактико. При развитии анафилактических и других серьезных реакций гиперчувствительности применение устекинумаба следует немедленно прекратить, и следует назначить соответствующее лечение.

#### Вакцинация

В период лечения препаратом Стелара® не рекомендуется применять вакцины, содержащие ослабленные возбудители инфекционных (вирусных или бактериальных) заболеваний, а также в период 15 недель до вакцинации (после приема последней дозы препарата Стелара®) и 2 недели после вакцинации. Данные по вторичному инфицированию при применении живых вакцин у пациентов, получающих препарат Стелара®, отсутствуют. Следует соблюдать осторожность при применении живых вакцин для иммунизации членов семьи пациента, получающего лечение препаратом Стелара®. Вместе с устекинумабом можно применять вакцины, содержащие инактивированные микроорганизмы.

#### Совместимость иммунопрессивной терапии

Безопасность и эффективность применения препарата Стелара® в комбинации с иммунодепрессивными препаратами и биологическими препаратами не изучалась. Следует проявлять осторожность при рассмотрении возможности одновременного применения других иммунодепрессантов и устекинумаба, а также при периоде с терапией другими иммунодепрессивными биологическими препаратами на терапию устекинумабом.

#### Иммуноуниверсальность

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

#### Общие

Злокачественный колпачок для иглы содержит в своем составе натуральную резину (производное латекса) и при наличии гиперчувствительности к латексу может вызвать алергические реакции. Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами: исследований не проводилось.

**Условия хранения:** Хранить в оригинальной упаковке в защищенном от света месте при температуре от 2 до 8 С. Не замораживать. Не встряхивать. Хранить в недоступном для детей месте.

#### Держатель регистрационного удостоверения и организация, принимающая претензии:

ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2.

#### Контактные телефоны:

Тел.: (495) 755-85-53

Факс: (495) 755-83-58

PHRU/STE/0113/0042

Реклама

## Abbott, США

125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1, БЦ «Метрополис»  
телефон: +7 (495) 258-42-80

[www.abbott.com](http://www.abbott.com), [www.abbott-russia.ru](http://www.abbott-russia.ru)



Международная компания, деятельность которой направлена на улучшение жизни людей за счет разработки продукции и технологий в сфере здравоохранения. Широкий спектр передовых решений в области диагностики, медицинских устройств, детского и лечебного питания, а также признанных на рынке лекарственных препаратов позволяет Abbott служить людям более чем в 150 странах. В Abbott работают более 70 000 человек по всему миру.

В российском филиале компании Abbott трудятся 1400 сотрудников в отделах по исследованиям и разработкам, логистике, продажам, маркетингу и др. Офисы компании в России расположены в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Екатеринбурге, Самаре и Новосибирске. Компания Abbott работает в России с 1978 года.

Посетите сайты компании Abbott [www.abbott.com](http://www.abbott.com) или [www.abbott-russia.ru](http://www.abbott-russia.ru), а также следите за нашими новостями в Твиттере: @AbbottNews.

## «АКРИХИН», Россия

115054, г. Москва, БЦ «Риверсайд Тауэрз», Космодамианская набережная, д. 52, стр. 5, этаж 6  
телефон: +7 (495) 721-36-97

факс: +7 (495) 723-72-82

электронная почта: [info@akrikhin.ru](mailto:info@akrikhin.ru)  
[www.akrikhin.ru](http://www.akrikhin.ru)



Дерматологическая группа лекарственных препаратов «АКРИХИНа» - наиболее динамично растущее направление продуктового портфеля компании. «АКРИХИН» входит в ТОП-10 ведущих российских компаний по объему продаж в сегменте дерматологических препаратов.

Компания создала дерматологическое направление в 2002 году. Это лекарственные средства для терапии и таких заболеваний кожи, как атопический и аллергический дерматиты, экземы, микозы, акне, розацеа и др.

«АКРИХИН» ежегодно пополняет линейку дерматологических средств новыми продуктами. Для этого компания занимается активной исследовательской деятельностью по созданию новых эффективных лекарственных средств, отвечающих потребностям российской системы здравоохранения. Работая в тесном контакте с дерматологами, «АКРИХИН» стремится усовершенствовать подходы к решению основных дерматологических проблем, а также улучшить качество жизни российских пациентов.

## ООО «Компания А-ФАРМ», Россия

125130, г. Москва, Старопетровский проезд, д. 11, корп. 1  
телефон: +7 (495) 721-36-65/36-66

факс: +7 (495) 721-26-67

[www.afarm.ru](http://www.afarm.ru)

«А-ФАРМ» – официальный эксклюзивный дистрибьютор в России известных французских марок Лабораторий Урьяж, Байоль-Биорга, Норева и Нюкс.

Лаборатории Урьяж, Байоль-Биорга и Норева известны своими глубокими научно-исследовательскими разработками, инновационным подходом и высокотехнологичным производством средств, которые давно вошли в арсенал врачей и косметологов и получили признание клиентов. Нюкс – изысканно-эстетическая марка, отвечающая на запросы самых искушенных и взыскательных женщин, ценящих индивидуальный подход и бережное отношение к своей красоте.



## У каждой печени есть своя история



8 лет замужем  
3 чудесных детей  
2 курса  
полихимиотерапии  
Одна печень



578 друзей в  
социальных сетях  
12 вечеринок  
в месяц  
5 часов сна  
в сутки  
Одна печень



8 400 новых свечей  
зажигания  
4 900 литров  
замененного масла  
26 лет «заправок»  
после тяжелого дня  
Одна печень



12 килограммов  
с последней диеты  
4 года после  
прошлого отпуска  
2 месяца без  
«домашней» пищи  
Одна печень

**Гептрал® –  
больше, чем просто  
гепатопротектор!**

**ГЕПТРАЛ®**  
**МНН:** адеметионин. **Регистрационный номер:** П N011968/02 **Лекарственная форма:** Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения. **Показания к применению:** внутривенный холестаз при циррозах печени и цирротических состояниях, который может наблюдаться при следующих заболеваниях: жировая дистрофия печени; хронический гепатит; токсические поражения печени различной этиологии, включая алкогольные, вирусные, лекарственные (антибиотики; противоопухолевые, противотуберкулезные и противогрибковые препараты, трициклические антидепрессанты, пероральные контрацептивы); хронический бескаменный холецистит; холангит; цирроз печени; энцефалопатия, в т.ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.). **Внутрипеченочный холестаз у беременных.** Симптомы депрессии. **Противопоказания:** генетические нарушения, влияющие на метиониновый цикл, и/или вызывающие гомоцистинурию и/или гипергомоцистеинемию (дефицит цистатионин бета-синтазы, нарушение метаболизма цианкобаламина); гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; возраст до 18 лет (опыт медицинского применения у детей ограничен). **С осторожностью:** биполярные расстройства; беременность (I триместр); период грудного вскармливания; одновременный прием с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как кломипрамин), а также травами и препаратами, содержащими триптофан; пожилой возраст; печеночная недостаточность. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** применение препарата Гептрал® у беременных в I триместре и в период грудного вскармливания возможно, только если потенциальная польза для матери превышает возможный риск для плода или ребенка. **Способ применения и дозы:** внутривенно и внутримышечно. Препарат нельзя смешивать с щелочными растворами и растворами, содержащими ионы кальция. В случае, если лиофилизат имеет цвет, отличный от почти белого до белого с желтоватым оттенком (вследствие трещины во флаконе или воздействия тепла), препарат Гептрал® использовать не рекомендуется. Препарат Гептрал® при внутривенном применении вводят очень медленно. Начальная терапия: внутривенное или внутримышечное введение: рекомендуемая доза составляет 5-12 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно. **Внутрипеченочный холестаз:** от 400 мг/сутки до 800 мг/сутки (1-2 флакона в сутки) в течение 2-х недель. **Депрессия:** от 400 мг/сутки до 800 мг/сутки (1 – 2 флакона в сутки) в течение 15 – 20 дней. При необходимости поддерживающей терапии рекомендуется продолжить прием препарата Гептрал® в виде таблеток в дозе 800-1600 мг/сутки на протяжении 2-4 недель. **Пожилые пациенты:** учитывая высокую вероятность имеющихся нарушений функции печени, почек или сердца, другой сопутствующей патологии или одновременной терапии с другими лекарственными средствами, дозу препарата Гептрал® пожилым пациентам следует подбирать с осторожностью, начиная применение препарата с нижнего предела диапазона доз. **Пациенты с печеночной недостаточностью:** исследований у пациентов с печеночной недостаточностью не проводилось, в связи с этим рекомендуется соблюдать осторожность при применении препарата Гептрал® у таких пациентов. **Пациенты с печеночной недостаточностью:** параметры фармакокинетики адеметионина сходны у здоровых добровольцев и у пациентов с хроническими заболеваниями печени. **Побочное действие:** тошнота; боль в животе; диарея. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению.** **Передозировка:** в случае передозировки рекомендуется наблюдение за пациентом и проведение симптоматической терапии. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** есть сообщение о синдроме избытка серотонина у пациента, принимавшего адеметионин и кломипрамин. **Особые указания:** не рекомендуется принимать препарат перед сном. При назначении препарата Гептрал® пациентам с циррозом печени на фоне гиперзастоем необходимо систематический контроль уровня азота в крови. Во время длительной терапии необходимо определять содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови. Не рекомендуется назначать адеметионин пациентам с биполярными расстройствами. Есть сообщения о переходе депрессии в гипоманию или манию у пациентов, принимавших адеметионин. У пациентов с депрессией имеется повышенный риск суицида и других серьезных нежелательных явлений, поэтому во время лечения адеметионином такие пациенты должны находиться под постоянным наблюдением врача для оценки и лечения симптомов депрессии. Так же имеются сообщения о внезапном появлении или нарастании беспокойства у пациентов, принимающих адеметионин. **Влияние на способность управлять автомобилем и работать с механизмами:** у некоторых пациентов при приеме препарата Гептрал® может возникнуть головокружение. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению. ИМТ от 08.07.2013**

Дополнительную информацию Вы можете получить в ООО «Эбботт Лабораурикс»: 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, дом 16 а, строение 1, бизнес-центр «Метрополис», 6 этаж, тел.: (495) 258-42-80, факс (495) 258-42-81, www.abbott-russia.ru

Реклама

## ООО «Алкой-Фарм», Россия

125364, г. Москва, проезд Досфлота, д. 4, корп. 1  
электронная почта: [alkoyfarm@yandex.ru](mailto:alkoyfarm@yandex.ru)  
[www.alkoy.ru](http://www.alkoy.ru), [www.selencin.ru](http://www.selencin.ru), [www.evisent.ru](http://www.evisent.ru), [www.pсорилом.ru](http://www.pсорилом.ru)



Компания «Алкой-Фарм» - ведущий российский производитель инновационных продуктов для здоровья и повышения качества жизни. Основным направлением компании является разработка уникальных средств в области дерматологии. Лекарственные средства и косметические линии торговых марок «СЕЛЕНЦИН», «ЭВИСЕНТ», «ПСОРИЛОМ», «NATURLIVIT», способные решать большинство кожных проблем, пользуются большим уважением среди работников медицинской отрасли и хорошим спросом у покупателей.

## ООО «АСФАРМА-РОС», Представительство АО Асал Дыш Тиджарет (Турция) в г. Казани

420032, г. Казань, ул. Энгельса, д.1,  
телефон: +7 (843) 554-91-54, 554-91-31, 554-91-84, 554-91-64, 238-17-67, 238-23-58  
факс: +7 (843) 554-91-79  
электронная почта: [asal.kazan@mail.ru](mailto:asal.kazan@mail.ru)



«АСФАРМА-РОС» - международная фармацевтическая маркетинговая компания. Один из лидеров антибактериального сегмента российского госпитального фармацевтического рынка. «АСФАРМА-РОС» - активно и динамично развивающаяся компания. Региональные представительства работают во всех крупных городах – Москва, Казань, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Новосибирск, Краснодар, Красноярск, Владивосток, Ростов-на-Дону, Самара, Тюмень, Уфа, Омск, Ставрополь, Саратов и др. Постоянно открываются новые представительства в регионах. Компания является эксклюзивным дистрибьютором нескольких восточно-европейских фармацевтических заводов. Основным направлением деятельности компании является продвижение на российском рынке их продукции, которая за годы применения в лечебных учреждениях страны заслужила высокую репутацию, благодаря высокому качеству (все производства и препараты имеют сертификаты GMP), эффективности и безопасности для пациентов.

## ООО «НПК «Базовый Индивидуальный Комплекс», Россия

190020, г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 207-Б  
телефон/факс: +7 (812) 331-77-51/52  
электронная почта: [yal@npk-bik.ru](mailto:yal@npk-bik.ru)  
[www.зубикор.рф](http://www.зубикор.рф)



ООО «НПК «БИК» - современная, динамично развивающаяся компания, специализирующаяся в области разработки и производства биологически активных добавок к пище с использованием инновационных технологий. В портфеле продуктов компании присутствует широко известный препарат из группы пребиотиков ЭУБИКОР, зарекомендовавший себя в качестве средства, способствующего восстановлению нормальной микрофлоры кишечника и улучшающего функциональное состояние желудочно-кишечного тракта.



Ремикейд®  
ИНФЛИКСИМАБ

ИЗМЕНЯЯ БУДУЩЕЕ



На правах рекламы

#### РЕМИКЕЙД® (инфликсимаб).

Селективный иммунодепрессант.

Регистрационный номер ЛС – П N012948/01-151111.

Инфликсимаб представляет собой химерные моноклональные антитела класса IgG1, созданные на основе генно-инженерной технологии, обладает высоким аффинитетом к фактору некроза опухоли альфа (ФНО $\alpha$ ), который представляет собой цитокин с широким биологическим действием, является посредником воспалительного ответа и участвует в реакциях иммунной системы. **Показания к применению:** Ревматоидный артрит, болезнь Крона у взрослых, болезнь Крона у детей и подростков, язвенный колит у взрослых, язвенный колит у детей и подростков, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, псориаз. **Противопоказания:** Реакции повышенной чувствительности на инфликсимаб, другие мышьяные белки, а также на любое из вспомогательных веществ препарата; тяжелый инфекционный процесс, например, сепсис, абсцесс, туберкулез, оппортунистические инфекции; сердечная недостаточность – средней или тяжелой степени (II-IV ФК по NYHA); беременность и грудное вскармливание; возраст менее 18 лет (при болезни Крона и язвенном колите – менее 6 лет). **Способ применения и дозы.** *Лечение ревматоидного артрита:* Первоначальная разовая доза препарата Ремикейд® составляет 3 мг/кг внутривенно, в дальнейшем при необходимости возможно увеличение дозы до 7,5 мг/кг каждые 8 недель или сокращение интервалов между введениями в дозе 3 мг/кг до 4 недель. Лечение следует проводить одновременно с применением метотрексата. *Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у взрослых:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов в поддерживающей фазе может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг. *Лечение тяжелой или средней степени тяжести активной болезни Крона у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет включительно:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов в поддерживающей фазе может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг или сокращение периодов между инфузиями. *Лечение язвенного колита у взрослых:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов в поддерживающей фазе может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг. *Лечение средней тяжести и тяжелого активного язвенного колита у детей и подростков от 6 до 17 лет включительно:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. У некоторых пациентов в поддерживающей фазе может потребоваться увеличение дозы до 10 мг/кг. *Лечение псориатического артрита:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. *Лечение псориаза:* первоначальная доза составляет 5 мг/кг. Препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2-х часов, при лечении взрослых пациентов, которые хорошо перенесли по меньшей мере три первые 2-х часовые инфузии в поддерживающей фазе возможно сокращение продолжительности последующих инфузий до минимального 1 часового введения. Общая продолжительность лечения определяется врачом. До начала лечения больного следует обследовать на предмет выявления активного и латентного туберкулезного процесса. При подозрении на активный туберкулезный процесс, лечение следует прекратить до установления диагноза и, при необходимости, проведения соответствующего лечения. При выявлении латентного туберкулеза следует принять меры, чтобы не допустить активизации процесса, а также следует оценить соотношение польза/риск перед принятием решения о назначении Ремикейда этому больному. Введение Ремикейда должно осуществляться под наблюдением врачей-специалистов соответствующего профиля.

**Особые указания:** при введении может вызывать развитие аллергических реакций немедленного типа и аллергических реакций замедленного типа. Острые инфузионные реакции могут развиваться немедленно или в течение нескольких часов после введения. Для раннего выявления возможной острой реакции на введение Ремикейда больного следует тщательно наблюдать во время и в течение как минимум 1 часа после инфузии. При появлении острой инфузионной реакции введение должно быть немедленно остановлено. Оборудование и медикаменты для экстренного лечения (адреналин, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, аппаратура для искусственной вентиляции легких) должны быть подготовлены заранее. **Побочные эффекты:** частые ( $\geq 1\%$  и  $< 10\%$ ): вирусные инфекции (грипп, герпес), реакции по типу сывороточной болезни, головная боль, вертиго, головокружение, «приливы», инфекции верхних и нижних дыхательных путей, синусит, одышка, боль в животе, диарея, тошнота, диспепсия, повышение печеночных трансаминаз, крапивница, сыпь, зуд, повышенная потливость, сухость кожи, инфузионные реакции, боль в груди, повышенная утомляемость, лихорадка. *Нечастые* ( $\geq 0,1\%$  и  $< 1\%$ ): сепсис, туберкулез, абсцессы, бактериальная инфекция, грибковая инфекция (в особенности кандидоз), целлюлит; нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения, анемия, лимфопения, лимфаденопатия, лимфоцитоз; анафилактические реакции, аллергические реакции со стороны дыхательного тракта, образование аутоантител, изменение факторов комплемента, реакция по типу волчанки; депрессия, анемия, беспокойство, спутанность сознания, бессонница, сонливость, нервозность, апатия; заболевания ЦНС (рассеянный склероз, ретробульбарный неврит); эндофтальмит, кератит, конъюнктивит, периорбитальный отек, мейбомий, дерматит, онихомикоз, экзема, себорея, розовые угри, бородавки, гиперкератоз, гиперкератоз, аллергия, оплеция, пигментация кожи; пиелонефрит, инфекция мочевыводящих путей; замедленное заживление ран, озноб, реакции в месте инъекции, в т.ч. отек, боль; образование аутоантител, нарушение выработки факторов комплемента. *Редкие* ( $\geq 0,01\%$  и  $< 0,1\%$ ): лимфома, менингит, тахикардия, циркуляторная недостаточность, плеральный выпот, перфорация кишечника, желудочно-кишечное кровотечение, стеноз кишечника, гепатит, образование гранулематозных очагов. *Очень редкие* ( $< 0,01\%$ , в том числе единичные): оппортунистические инфекции, гепатолиенальная Т-клеточная лимфома, неходжкинская лимфома и болезнь Ходжкина, гемолитическая анемия, идиопатическая и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, панцистит; анафилактический шок, сывороточная болезнь, васкулит, реакции по типу саркоидоза; синдром Гийена-Барре, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия и мультифокальная моторная нейропатия, неврит зрительного нерва, поперечный миелит, эпилептические припадки, нейропатии, гипестезия, парестезии, чувство онемения или покалывания; сердечная недостаточность, перикардальный выпот; интерстициальная болезнь легких; панкреатит; печеночная недостаточность, аутоиммунный гепатит, желтуха; токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса-Джонсона, псориаз, мультиформная эритема; переходящее падение остроты зрения, ишемия миокарда/инфаркт миокарда. **Хранение и транспортировка.** В недоступном для детей месте, при температуре от 2 до 8 °С, не замораживая. Неиспользованная часть инфузионного раствора подлежит уничтожению. Транспортировать при такой же температуре (допускается транспортирование при температуре до 25°С в течение не более 48 часов). **Срок годности – 3 года.** Не использовать по истечении срока годности! Условия отпуска – по рецепту.

**Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.**

**Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.**

За дополнительной информацией обращайтесь:

ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 115093, Москва, ул. Павловская, 7

Тел.: +7 (495) 916-71-00,

факс: +7 (495) 916-70-94

www.merck.com

RHEU-1071604-0000 02.2013



## «БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.», Республика Хорватия

119330, г. Москва, Ломоносовский проспект, д.38, кв.71–72

телефон: +7 (495) 933-72-12/13/14

факс: +7 (495) 933-72-15

электронная почта: belupo@belupo-dd.ru



### VELUPO – СПЕЦИАЛИСТ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Компания VELUPO является одним из лидеров в производстве дерматологических препаратов на территории центральной, южной и юго-восточной Европы.

В России компания известна как надежный и проверенный партнер дерматовенерологов. Основой продуктового портфеля являются интересные и доступные препараты: АФЛОДЕРМ®, БЕЛОДЕРМ®, БЕЛОГЕНТ®, БЕЛОСАЛИК®, ГЕНЕРОЛОН® СПРЕЙ 2%, 5%.

В 2012 году компания представила инновационную форму БЕЛОСАЛИК СПРЕЙ для терапии волосистой части головы.

Вот и 2013 год стал годом открытия нового, перспективного лекарственного препарата ГЕНЕРОЛОН спрей 2%, 5% на основе миноксидила. Генеролон предназначен для лечения андрогенетической алопеции (восстановление волосяного покрова) и стабилизации процесса выпадения волос у мужчин и женщин. Только миноксидил является наружным лекарственным препаратом, клинически доказавшим свою эффективность и безопасность и получившим одобрение Европейским медицинским агентством и FDA (США).

## ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», Россия

123317, Москва, Пресненская наб., 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б

телефон: +7 (495) 785-01-01

факс: +7 (495) 785-01-01

электронная почта: info@berlin-chemie.ru

www.berlin-chemie.ru



Компания "Берлин-Хеми/А. Менарини"— одна из ведущих международных фармацевтических компаний, деятельность которой сосредоточена в области разработки новых лекарственных препаратов и методов лечения, производстве и сбыте фармацевтической продукции. «Берлин-Хеми/А. Менарини» располагает широким спектром лекарственных средств, разработанных с использованием собственных возможностей и высоких стандартов качества GMP. Многолетний опыт применения препаратов компании позволил специалистам и пациентам высоко оценить эффективность, надежность и безопасность лекарственных средств «Берлин-Хеми/ А. Менарини».

## Биодерма, Россия

111123, г. Москва, Электродный проезд, д. 8А

телефон: +7 (495) 644-46-13

факс: +7 (495) 644-46-17

электронная почта: info@acentus.ru

www.bioderma-lab.ru

Лаборатория «БИОДЕРМА» основана в 1978 году во Франции и в настоящее время входит в тройку лидеров на французском рынке дермокосметики.

В настоящее время «БИОДЕРМА» разрабатывает и производит дермокосметические средства для профилактики и лечения различных заболеваний кожи, таких как атопический дерматит, угревая болезнь, розацеа, себорейный дерматит, псориаз волосистой части головы, фотодерматозы. Инновационный подход Лаборатории подтверждается многочисленными эксклюзивными комплексами и активными компонентами, защищенными 81 патентом. Эффективность каждого средства в обязательном порядке тестируется, в том числе в условиях дерматологических клиник под контролем ведущих специалистов. Косметические основы с успокаивающим действием, тщательный отбор ингредиентов и строгий контроль при производстве средств гарантируют их исключительную переносимость.



ГАММА-D-ГЛУТАМИЛ-D-ТРИПТОФАН

# ТИМОДЕПРЕССИН®

СЕЛЕКТИВНЫЙ ИММУНОСУПРЕССОР  
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ<sup>1</sup>

РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ  
У ДЕТЕЙ С 2Х ЛЕТ<sup>3</sup>

ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ  
БЕЗОПАСНОСТИ<sup>2</sup>

ТИМОДЕПРЕССИН®

СТЕРИЛЬНО

Раствор для  
внутримышечного  
введения 1 мг/мл

5 ампул по 1 мл

М БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ

СТОЙКИЙ ЭФФЕКТ<sup>1</sup>

ПСОРИАЗ  
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ  
ЭКЗЕМА  
ПУЗЫРЧАТКА  
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ  
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДОСТУПНАЯ ЦЕНА<sup>4</sup>

Две формы выпуска:  
ампулы

спрей



<sup>1</sup> - "Препарат тимодепрессин в лечении миеломной болезни" / Бударин А.М. и др. Лечащий врач 2006; №1; <sup>2</sup> - Новые технологии дифференцированного применения Тимодепрессина в терапии больных псориазом и атопическим дерматитом, Лечебные и правовые аспекты: пособие для врачей / И.В. Кунгуров, М.М.Кохан, И.Н. Филимонкова, Ю.В. Кеникхфест, Е.В. Гришаева. - Екатеринбург, 2012; <sup>3</sup> - инструкция по медицинскому применению; <sup>4</sup> - IMS<sup>®</sup> T3. Фармакотерапевтическая группа: иммунодепрессивное средство. Лекарственная форма: раствор для внутримышечного введения; спрей с заданным дозированным. Показания к применению: хронические рецидивирующие дерматозы (псориаз, пузырчатка, атопический дерматит, экзема, симптоматическое лечение Т-клеточных лимфом кожи). Аутоиммунная патология соединительной ткани (ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания соединительной ткани. Вторичный ревматоидный синдром на фоне лимфатических и других опухолей). Гематологические заболевания (аутоиммунная гемолитическая анемия, аддисоновская тромбоцитопеническая пурпура, двух- и трехклеточный цитопени, в том числе вторичные на фоне лимфоцитарных лимфом и хронического лимфолейкоза). Цитостатическая химио- и лучевая терапия для защиты и сохранения стволовых клеток и ускорения выхода из гранулоцитопении. Профилактика отторжения трансплантата при пересадке органов и тканей. Пересадка костного мозга для предотвращения отторжения трансплантата. Противопоказания: беременность, лактация, неконтролируемая артериальная гипертензия, инфекционные и вирусные заболевания в острой фазе, индивидуальная непереносимость препарата. Побочное действие: после второго курса лечения Тимодепрессином<sup>®</sup> возможно транзиторное снижение количества лейкоцитов с сохранением лейкоцитарной формулы периферической крови. Срок годности: раствор - 3 года, спрей - 2 года. Условия отпуска из аптеки: по рецепту врача. Подробная информация о препарате содержится в инструкциях по применению (лет 18,10,12; 01,11,12). Информация для специалистов здравоохранения. ООО «Берлин-Хем/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10 БЦ «Вашин на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, <http://www.berlin-chem.ru>



БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ

## ООО «Биокодекс», Франция

119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21  
телефон: +7 (495) 783-26-80  
[www.biocodex.ru](http://www.biocodex.ru)



Компания «Биокодекс» — независимая частная фармацевтическая компания, основанная во Франции в 1953 год. Уже более полувека компания занимается разработкой, производством и продажей оригинальных фармацевтических препаратов, и сегодня препараты «Биокодекс» представлены более чем в ста странах мира.

В России препараты компании регистрируются и реализуются с 1996 года.

Компания «Биокодекс» специализируется на разработке и производстве лекарственных средств для применения в следующих областях медицины:

- Гастроэнтерология,
- Неврология и психиатрия,
- Обезболивающие препараты,
- Лечение дегенеративного остеоартрита.

## ООО «Галдерма», Швейцария

125284, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 31 А, стр.1  
телефон/факс: +7 (495) 540-50-17

электронная почта: [info.russia@galderma.com](mailto:info.russia@galderma.com), [galderma.russia@galderma.com](mailto:galderma.russia@galderma.com)  
[www.galderma.ru](http://www.galderma.ru)



С момента создания компании «Галдерма» в 1981 году как дочернего предприятия компаний Nestle и L'Oréal ее стратегия была направлена на развитие качественных продуктов, отвечающих потребностям дерматологов и их пациентов. С 2002 года компания «Галдерма» представлена в России. Среди продуктов компании такие известные бренды как Базирон, Дифферин и Лоцерил. В июне 2012 года компания вывела на российский рынок новый инновационный продукт «Эффезел», предназначенный для лечения средней и тяжелой степени акне, а в мае 2013 на российский рынок выведен препарат Этривекс, предназначенный для лечения псориаза волосистой части головы.

## «Гельтек-Медика», Россия

117246, г. Москва, Научный проезд, д. 10, оф. 309  
телефон: +7 (495) 232-01-69, 334-43-23, (499) 128-48-38  
электронная почта: [info@geltek-medica.ru](mailto:info@geltek-medica.ru)  
[www.geltek-medica.ru](http://www.geltek-medica.ru)



Компания «Гельтек-Медика» – крупнейший российский производитель медицинских контактных сред для ультразвуковой и функциональной диагностики, препарата для дерматологии «Демотен», обладающего противомикробной активностью, препаратов для офтальмологии – линейки Блефарогелей и др., профессиональной косметики для использования как в аппаратной косметологии, так и в домашнем уходе, дистрибьютор оборудования и мебели для салонов красоты, расходных материалов.

## Лечение и профилактика\* грибковых заболеваний

- ▶ Широкий спектр противогрибкового действия
- ▶ Фунгицидное и фунгистатическое действие

### ЭКЗИФИН® таблетки

- Сохраняется в структуре ногтя до 3–4-х месяцев\*\*
- Не влияет на ферменты цитохрома P450
- Биодоступность не зависит от прием пищи



### ЭКЗИФИН® крем

- Рекомендован не только для лечения, но и для профилактики
- Хорошо впитывается, не оставляет жирных следов на одежде



**Системная и местная  
терапия, проверенная временем.**

\* Экзифин® крем

\*\* Faergemann J., Zehender H., Denouel J., Milleroux L. Levels of terbinafine in plasma, stratum corneum, dermis/epidermis (without stratum corneum), sebum, hair and nails during and after 250 mg terbinafine orally once per day four weeks. Acta Derm Venereol 1993; 73: 305–309

## ООО «НТС «Градиент», Россия

129301, г. Москва, ул. Бориса Галушкина, д. 14, кор. 1

телефон: +7 (495) 933-60-00

факс: +7 (495) 933-60-10

[www.bio-oil.com/ru](http://www.bio-oil.com/ru)

НТС «Градиент» — одна из ведущих дистрибьюторских компаний России в области потребительских товаров повседневного спроса (FMCG), основана в 1991 году. Ассортимент компании насчитывает более 20000 наименований косметики, парфюмерии, бытовой химии, продукции для детей, товаров для дома и отдыха, средств личной гигиены и ухода.



Bio-Oil® – это экспертный уход за кожей, разработанный с целью уменьшить видимость шрамов, растяжек и неровного цвета кожи. Его рекомендуется использовать также для возрастной и обезвоженной кожи.

Продукт содержит уникальный ингредиент PurCellin Oil™, который уменьшает плотность масла. Благодаря ему Bio-Oil® быстро впитывается, а его основные ингредиенты – витамины А и Е, натуральные масла календулы, лаванды, розмарина и ромашки – начинают гарантированно и целенаправленно действовать.

Уникальный продукт Bio-Oil® гипоаллергенен, подходит даже для самой чувствительной кожи, его можно использовать как для тела, так и для лица.

## ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», Великобритания

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 3, этаж 5, оф. компании ЗАО «ГлаксоСмитКляйн»

телефон: +7 (495) 777-89-00

факс: +7 (495) 777-89-01

электронная почта: [Reception.M.Pharma@gsk.com](mailto:Reception.M.Pharma@gsk.com)



Компания «ГлаксоСмитКляйн» является одной из ведущих мировых фармацевтических компаний, производящих современные препараты для лечения различных заболеваний, потребность в которых продиктована нуждами пациентов. Именно поэтому, наряду с созданием высококачественных лекарственных средств, компания стремится сделать лечение инновационными препаратами доступным большому числу российских пациентов.

## Представительство Гленмарк Фармасьютикалз Лимитед

115114, Москва, ул. Летниковская, д.2, стр.3, БЦ «Вивальди Плаза»

телефон: +7 (499) 951-00-00

факс: +7 (499) 951-00-00 доб. 77-02/77-03

электронная почта: [inforussia@glenmarkpharma.com](mailto:inforussia@glenmarkpharma.com)

[www.glenmarkpharma.com](http://www.glenmarkpharma.com), [www.glenmark-pharma.ru](http://www.glenmark-pharma.ru)



«Гленмарк» – международная интегрированная фармацевтическая компания, в основе деятельности которой – научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. По данным рейтинга SCRIP 100, Гленмарк входит в список TOP100 международных фармацевтических и биотехнологических компаний. На фармацевтическом рынке России «Гленмарк» является одной из ведущих фармацевтических компаний в области дерматологии и имеет один из самых больших портфелей рецептурных и безрецептурных препаратов для лечения заболеваний в этой терапевтической области.

# ЭМЛА®

## ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ — САМОЕ ВАЖНОЕ, ПОЭТОМУ Я ВЫБИРАЮ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ



Реклама



### ЭМЛА® — единственный в России лекарственный препарат, зарегистрированный для поверхностной анестезии кожи<sup>1-2</sup>

Другие лекарственные средства, содержащие местные анестетики, зарегистрированы по другим показаниям. Например, лидокаин в форме спрея зарегистрирован для обезболивания слизистых оболочек<sup>3</sup>.

Лидокаин в составе пластыря применяется при нейропатической боли, ассоциированной с ранее перенесенной инфекцией, постгерпетической невралгией<sup>4</sup>.

Существуют и другие кремы, содержащие местные анестетики, которые не являются лекарственными препаратами и не зарегистрированы в Государственном реестре лекарственных средств<sup>2</sup>.

1. По данным Государственного реестра лекарственных средств // grls.rosminzdrav.ru, по информации на 18/02/2014, только препарат ЭМЛА® показан для поверхностной анестезии кожи при инъекциях, пункциях и катетеризации сосудов и поверхностных хирургических вмешательствах

С осторожностью: при применении препарата вблизи глаз; в случае нанесения на кожу при распространенном нейродерматите (атопический дерматит).

Побочное действие: частые (>1%, <10%) со стороны кожи: транзиторные местные реакции в области нанесения препарата, такие как бледность, покраснение и отечность.

Особые указания: пациенты с недостаточностью глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы или наследственной или идиопатической метгемоглобинемией более подвержены риску развития лекарственно зависимой метгемоглобинемии. Не следует наносить препарат на открытые раны.

Условия отпуска: без рецепта.

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата ЭМЛА® крем. ООО «АстраЗенка Фармасьюткалз»: 125284, Москва, ул. Беговая, дом 3, строение 1. Тел. +7 (495) 799 56 99, факс +7 (495) 799 56 98

Информация для специалистов здравоохранения по медицинскому применению лекарственного препарата ЭМЛА®, крем для местного и наружного применения (изменение №2 от 31.05.2012). Регистрационное удостоверение лекарственного средства П N014033/01

Состав: 1 г крема содержит активные вещества: лидокаин 25,0 мг, прилокаин 25,0 мг.

Показания к применению:

- поверхностная анестезия кожи при инъекциях, пункциях и катетеризации сосудов и поверхностных хирургических вмешательствах;
- поверхностная анестезия трофических язв нижних конечностей при хирургической обработке (механической очистке), например, для удаления фибрина, гноя и некротических тканей;
- поверхностная анестезия слизистой оболочки половых органов перед проведением болезненных манипуляций (только у взрослых) и для обезболивания перед инъекциями местных анестетиков.

Противопоказания: повышенная чувствительность к местным анестетикам амидного типа или любому другому компоненту препарата, недоношенные новорожденные, родившиеся при сроке беременности менее 37 недель.

**AstraZeneca**

## Производитель-компания «ИНФАМЕД»

115522, г. Москва, Пролетарский проспект, д.19, корп.3  
телефон: +7 (495) 775-83-20  
электронная почта: infamed@infamed.ru  
www.okomistin.ru  
www.miramistin.ru



Производитель-компания «ИНФАМЕД» — российская фармацевтическая компания, осуществляющая разработку, производство и реализацию оригинальных лекарственных препаратов Мирамистин® и Окомистин®. Основным действующим веществом этих препаратов является бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат — уникальный антисептик широкого спектра действия из класса поверхностно-активных веществ. Компания «ИНФАМЕД» является эксклюзивным производителем антисептика «Мирамистин».

## ООО «Криотек», Россия

119991, г. Москва, ул. Вавилова, д. 38  
телефон: +7 (495) 234-98-14  
факс: +7 (499) 132-60-00  
электронная почта: info@cryotec.ru  
www.cryotec.ru

ООО «Криотек» предлагает широкий спектр криооборудования для дерматологии, косметологии, эстетической медицины:

Установки для общей воздушной криотерапии — криосауны Criohome (-85°C),  
КриоСпейс (-110°C);  
аппараты для локальной воздушной криотерапии КриоДжет (модели Мини, С200);  
Криодеструктор КриоИней КИ-402 на жидком азоте;  
Аппарат портативный CryoPen на закиси азота, со сменными баллончиками;  
Криохирургический инструмент КриоСтик; Криораспылитель CryoSkin;  
Криомассажные наборы.



# АЭРОЗОЛИ

## для наружного применения

Информация только для специалистов

- Современная, удобная форма аэрозоля
- Отсутствие механического раздражения на коже
- Проникновение в труднодоступные места
- Низкая стоимость терапии



**Оксикорт (Oxycort)**  
Гидрокортизон + Окситетрациклин  
(*Oxytetracyclini hydrochloridum + Hydrocortisonum*)  
- аэрозоль для наружного применения, 55 мл.

**Показания к применению:** аллергические заболевания кожи осложненные вторичной бактериальной инфекцией (крапивница, экзема); заболевания кожи вызванные чувствительными к окситетрациклину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (импетиго, фурункулез, фолликулит, множественные абсцессы, рожистое воспаление и др.); ожоги и отморожения I степени; вторичные инфекции после укусов насекомых.



**Полькортолон ТС (Polcortolon TC)**  
Тетрациклин + Триамцинолон  
(*Tetracycline + Triamcinolone*)  
- аэрозоль для наружного применения, 30 мл.

**Показания к применению:** аллергические заболевания кожи, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (импетиго, фурункулез, фолликулит, гидраденит, рожистое воспаление и др.), заболевания кожи вызванные чувствительными к тетрациклину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (крапивница, атопический дерматит, экзема).



**Неомицин (Neomycin)**  
Неомицин  
(*Neomycin*)  
- аэрозоль для наружного применения, 1,172%

**Показания к применению:** Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, вызванные чувствительными к неомицину микроорганизмами (в т.ч. фурункулез, контактное импетиго); Инфицированные ожоги и отморожения I и II степени.

### Аэрозоль:

Удобство использования, даже в труднодоступных местах

Отсутствие механического раздражения

Местное охлаждение и облегчение при зуде и жжении

Равномерное нанесение тонкого слоя

Стерильность продукта во время использования

Экономное расходование



Реклама

## ООО «Лабитэ», Россия

101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 30/1/2, стр. 1, оф. 4

телефон: + 7 (495) 968-46-71, 623-14-77

факс: +7 (495) 623-14-77

электронная почта: Labi-te@mail.ru

www.skinmed.ru

Представляемые бренды: КОСМО ПУЛЬС 25, КОСМО ПУЛЬС II, КЛИН ВАК, HEINE, СИАСкоп V.

Миссия ООО «Лабитэ» – внедрение и продвижение передовых зарубежных технологий в отечественное здравоохранение. Компания является эксклюзивным поставщиком корейских СО2-лазеров: хирургического КОСМОПУЛЬС 25, фракционного КОСМОПУЛЬС II, эвакуатора дыма КЛИНВАК (Корея); дерматоскопов HEINE (Германия); видеодерматоскопов СИАСкопV. Области применения: косметология, дерматология, хирургия (в т.ч. пластическая), гинекология и лор-медицина. Все оборудование промаркировано Знаком Европейского контроля качества и имеет Регистрационные удостоверения и Декларации соответствия. Осуществляем оперативное гарантийное и послегарантийное обслуживание. Организуем обучение врачей. Приглашаем к сотрудничеству. Предлагаем надежное партнерство.



## LEO Pharma, Дания

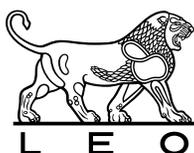
ООО «ЛЕО Фармасьютикал Продактс» дочерняя компания LEO Pharma

г. Москва, Ленинградский проспект, д.72, корп.2

телефон: +7 (495) 760 9341

электронная почта: info.ru@leo-pharma.com

www.leo-pharma.com



LEO Pharma была основана в Дании в 1908 и за 100 лет выросла из небольшой домашней аптеки в международную компанию, представленную в более чем в 100 странах мира. Компания начала свою деятельность с препаратов широкого профиля, таких как Албил, Гепарин, Ронтил. Сегодня в основном фокусе LEO Pharma пациенты с дерматологическими заболеваниями. На российском рынке ЛЕО Фармасьютикалз Продактс представлена с 2013 г. двумя линейками препаратов: первая - для лечения псориаза (Ксамиол, Дайвонекс, Дайвобет), вторая - для лечения экземы и инфекций кожи (Фуцидин, Фуцикорт, Фуцидин Г). В ближайших планах компании расширение дерматологического портфеля и активная работа с дерматологическим сообществом.

## ООО "НУ ЕЙДЖ", Россия

115191, г. Москва, Духовской пер. д.17

PURELOGICOL

Импорт и продажа коллагеновых пищевых добавок.

Грибы растут не там,  
где надо?

# ЗАЛАИН® крем

Убивает даже устойчивые формы грибка<sup>1</sup>



РУ П№ 015678/01

1. Хамаганова И.В. и соавт. Применение сертаконазола в лечении микроспории кожи;  
Клиническая дерматология и венерология, 2010; (3): 32-36.

Краткая информация по медицинскому применению препарата Залаин®

Лекарственная форма: крем. Показания к применению: местное лечение поверхностных микозов кожи: дерматомикозов, Tinea pedis (стопа атлета), Tinea scuris, Tinea corporis, Tinea barbae (микоз бороды), Tinea manus, кандидоза (Moniliasis), а также Pityriasis versicolor (Pityrosporum orbiculare).

Противопоказания: гиперчувствительность к противогрибковым средствам (производным имидазола) или вспомогательным веществам крема.

Побочное действие: контактный дерматит. Возможны быстро проходящие местные эритематозные реакции, что не требует отмены препарата.

Условия отпуска из аптек: без рецепта. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

Дополнительная информация: ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия)  
Представительство в России: г. Москва, 121108, ул. Ивана Франко, 8  
Тел.: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31, E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



## НПО «Петровакс Фарм», Россия

117587, г. Москва, ул. Днепропетровская, д. 2  
телефон/факс: +7 (495) 984-27-53 (54)  
электронная почта: info@petrovax.ru  
www.petrovax.ru



НПО «Петровакс Фарм» — лидер среди российских компаний — разработчиков и производителей инновационных лекарственных препаратов и вакцин — основана в 1996 году.

НПО «Петровакс Фарм» имеет 4 производственные площадки в Москве и Московской области, построенные и работающие в соответствии международным стандартам GMP EU и ISO:9001.

В продуктовый портфель НПО «Петровакс Фарм» входят:

- Полиоксидоний — единственный истинный иммуномодулятор комплексного действия;
- Лонгидаза — ферментный препарат нового поколения;
- Группа Гриппол — адъювантных субъединичных гриппозных вакцины.

НПО «Петровакс Фарм» успешно осуществляет продажи собственных инновационных продуктов на территории РФ, стран СНГ и ЕС.

## ООО «НТФФ «ПОЛИСАН», Россия

191119, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 112  
телефон: +7 (812) 710-82-25  
факс: +7 (812) 764-62-84  
электронная почта: sales@polysan.ru  
www.polysan.ru



ООО «Научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН» основана в 1992 году. Сфера деятельности — разработка и внедрение инновационных лекарственных средств в медицинскую практику.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» производит 4 оригинальных препарата: ЦИТОФЛАВИН (Cytoflavin), ЦИКЛОФЕРОН (Cycloferon), РЕАМБЕРИН (Reamberin), РЕМАКСОЛ (Remaxol). Специалисты фирмы продолжают работать над созданием новых оригинальных препаратов.

Компания ПОЛИСАН была дважды удостоена премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, премии «Золотой Меркурий» в области предпринимательской деятельности, премии Правительства Санкт-Петербурга по качеству.

Собственный фармацевтический завод расположен в Санкт-Петербурге, имеет сертификат GMP Евросоюза. В настоящее время в ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» успешно работает уже 2-я очередь завода.

Рынки сбыта: Россия, страны СНГ, страны Юго-Восточной Азии.

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» — член Ассоциации Российских фармацевтических производителей и Союза профессиональных фармацевтических организаций, Торгово-промышленной палаты.

## А.О. Тархоминский Фармацевтический завод «Польфа», Польша

Представительство в России:  
121248, г. Москва, Кутузовский пр-т, д. 9, корп. 1, офис 1  
телефон/факс: +7 (495) 937-64-30, +7 (495) 223- 68- 35  
Головной офис:  
POLAND  
03- 176 Warszawa, ul. Fleminga, 2  
telefon: +48 (22) 510-80-01  
fax: +48 (22) 510-80-53  
www.polfa-tarchomin.com.pl

Акционерное Общество Тархоминский фармацевтический завод «Польфа» является производителем лекарственных средств, которое занимает ведущую позицию на польском фармацевтическом рынке в таких терапевтических группах, как антибиотики, психотропы, препараты для дерматологии и диабетологии (гуманный инсулин).

А.О. Польфа Тархомин производит более 140 препаратов в различных формах и дозах (таблетки, порошки для инъекций и др.), которые зарегистрированы в более чем 20 странах мира.



ПОДПИСКА

# ФАРМАТЕКА

www.bionika-media.ru

## Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа! Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

## Стоимость подписки на 2014:

Первое полугодие (январь-июнь):

**2 211 руб. 00 коп.**

Годовая подписка (январь-декабрь):

**4 026 руб. 00 коп.**



Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

### В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

79689 Подписка на полгода (10 выпусков)  
81888 Подписка на год (20 выпусков)

В объединенном каталоге «Пресса России»  
40551 Подписка на полгода (10 выпусков)  
84711 Подписка на год (20 выпусков)

В каталоге Российской прессы «Почта России»  
10949 Подписка на полгода (10 выпусков)  
12356 Подписка на год (20 выпусков)

И в альтернативных подписных агентствах:

ООО «Урал Пресс»  
<http://www.ural-press.ru>

ООО «Информнаука»  
<http://informnauka.com>

ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ»  
<http://pinform.spb.ru/>

## ООО «Премьер Фарм»

123317, г. Москва, ул.Тестовская, д. 10, «Северная башня», 1 подъезд, 11 этаж  
телефон/факс: +7 (495) 795-07-11  
электронная почта: info.premierfarm@gmail.com  
www.premier-farm.ru



Представляемые бренды: «Meso -Wharton P199™», «Meso-Xanthin F199™». Разработаны американской биотехнологической компанией ABG LAB LLC, NY.

«Meso -Wharton P199™» — инъекционный биореструктуризанта для интенсивной репарации и омоложения кожи лица. Осуществляет пептидную регуляцию активности собственных стволовых клеток кожи, активирует пролиферацию и дифференцировку стволовых клеток кожи в зрелые функционирующие клетки кож, стимулирует обновление клеточного пула в эпидермисе и дерме. «Meso-Xanthin F199™» — инъекционный препарат для интенсивной терапии кожи лица. Обладает мощным эпигенетическим эффектом терапии клеток, регуляции уровня экспрессии генов, восстановления ДНК при старении и в условиях окислительного стресса.

## ООО «РедермаСвисс», Россия

Institute Hyalual® (Институт Гиалуаль), официальный представитель ТМ HYALUAL® (Гиалуаль)  
105082, г.Москва, ул.Фридриха Энгельса, 75, стр. 21, оф. 202  
телефон: +7 (495) 713-91-22  
электронная почта: info@hyalual.ru  
www. hyalual.ru

ООО «РедермаСвисс» занимается продвижением торговой марки «Гиалуаль» в России, представитель Института Гиалуаль.

Институт Гиалуаль – это высокотехнологический институт инъекционной косметологии, который профильно специализируется на предотвращении и профилактике старения, омоложении, anti-age терапии, коррекции и восстановлении кожи.

Институт эксклюзивной красоты, естественной молодости и эстетического здоровья.

Наше назначение:

- Эстетическое здоровье – залог счастья и успеха!
- Мы призваны сохранять и улучшать его!

Наши ценности:

- Клиенты и пациенты, которые доверяют нам.
- Амбициозная команда профессионалов, объединенная единым духом красивых побед.
- Высочайшее качество оказываемых услуг, процедур и препаратов.

## ЗАО «Ретиноиды», Россия

111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 2/46, стр. 5, ЗАО «РЕТИНОИДЫ»  
телефон: +7 (495) 648-29-62  
электронная почта: reklama@retinoids.ru

ЗАО «Фармацевтическое научно-производственное предприятие «Ретиноиды» – отечественный производитель лекарственных средств для лечения заболеваний кожи. Основано в 1991 году. Сегодня компания осуществляет деятельность в следующих направлениях:

- производство готовых лекарственных средств;
- производство фармацевтических субстанций;
- медицинские услуги;
- доклинические испытания новых лекарственных средств;
- изготовление учебных пособий;
- издательская деятельность.

Компания считает своим долгом обеспечивать пациентов современными, эффективными и доступными лекарственными препаратами высокого качества.



ПОДПИСКА

# МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

www.bionika-media.ru

## Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



## Стоимость подписки на 2014:

### Первое полугодие (январь-июнь):

Для индивидуальных подписчиков

**1801 руб. 80 коп.**

Для организаций

**2910 руб. 60 коп.**

### Годовая подписка

Для индивидуальных подписчиков

**3247 руб. 20 коп.**

Для организаций

**5266 руб. 80 коп.**

## Комплекты (1-е полугодие 2014 г.)

«Медицинский вестник»

с газетой «Фармацевтический вестник»

**7484 руб. 40 коп.**

«Медицинский вестник»

с журналом «Stroke»

**4028 руб. 20 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

### В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

19830	Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
19831	Для индивидуальных подписчиков (год)
32573	Для организаций (Полугодовая)
33282	Для организаций (год)

### В каталоге Российской прессы «Почта России»

79031	Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
79032	Для индивидуальных подписчиков (год)
61856	Для организаций (Полугодовая)
61857	Для организаций (год)

### В объединенном каталоге «Пресса России»

20420	Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)
20421	Для индивидуальных подписчиков (год)
19844	Для организаций (Полугодовая)
19845	Для организаций (год)

## ЗАО «Рош-Москва»

Официальный дистрибьютор  
«Ф. Хоффманн – Ля Рош Лтд.» (Швейцария)  
107031, г. Москва, Трубная площадь, д.2, Бизнес-центр «Неглинная Плаза»  
телефон: +7 (495) 229-29-99  
факс: +7 (495) 229-79-99  
[www.roche.ru](http://www.roche.ru)



Компания «Рош» входит в число ведущих компаний мира в области фармацевтики и является лидером в области диагностики *in vitro* и гистологической диагностики онкологических заболеваний. Стратегия, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет компании «Рош» производить инновационные препараты и современные средства диагностики, которые спасают жизнь пациентам, значительно продлевают и улучшают качество их жизни. Компания была основана в 1896 году в Базеле, Швейцария. Дополнительную информацию о компании можно получить на сайте [www.roche.ru](http://www.roche.ru)

## ЗАО «Сандоз», Швейцария

123317, г. Москва, ММДЦ, Комплекс «Город столиц», Пресненская наб., д. 8, стр.1, этаж 8-9  
телефон: +7 (495) 660-75-09  
электронная почта: [sandoz.russia@sandoz.com](mailto:sandoz.russia@sandoz.com)  
[www.sandoz.ru](http://www.sandoz.ru)



Компания «Сандоз», дженериковое подразделение Группы компаний «Новартис», является лидером в стремительно развивающейся отрасли воспроизведенных лекарственных средств. «Сандоз» располагает штатом 26 500 сотрудников в более чем 160 странах и предлагает свыше 1,000 высококачественных, доступных по цене препаратов, которые вышли из-под патентной защиты. Достигнув объема продаж в 9,2 млрд долларов США в 2013 году, компания «Сандоз» занимает лидирующую позицию в мире как в области биоаналогов, так и на рынке воспроизведенных инъекционных, офтальмологических, дерматологических препаратов и антибиотиков, а также ведущие позиции среди производителей ингаляционных препаратов, лекарственных средств для лечения заболеваний центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, а также для гормональной терапии. Компания «Сандоз» разрабатывает, производит и продает лекарственные средства, а также фармацевтические и биотехнологические активные субстанции действующих веществ. Почти половина портфеля препаратов «Сандоз» состоит из различных категорий лекарственных средств, сложных для разработки и производства. В 2003 году компания «Сандоз» начала специализироваться исключительно на дженериковых препаратах и в дополнение к уверенному росту сделала ряд приобретений, в том числе «Лек» (Словения), «Сабекс» (Канада), «Гексал» (Германия), «Эон Лабс» (США), «Эбеве Фарма» (Австрия), «Ориэл Терапевтикс» (США) и «Фуджера Фармасьютикалс» (США).

Компания «Сандоз» представлена в Twitter и Facebook. Подписывайтесь на новости компании @Sandoz\_global at [twitter.com/Sandoz\\_Global](https://twitter.com/Sandoz_Global) или [www.facebook.com/sandozglobal](https://www.facebook.com/sandozglobal).

ПОДПИСКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
**акушерство  
ГИНЕКОЛОГИЯ**

www.bionika-media.ru

**Уважаемые читатели!**

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

**Стоимость подписки на 2014:  
Первое полугодие (6 выпусков):**

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций

**Годовая подписка (12 выпусков)**

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций



**1221 руб.00 коп.**

**3663 руб. 00 коп.**

**2283 руб.60 коп.**

**6864 руб. 00 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

**В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать**

71400 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)  
36796 Для индивидуальных подписчиков (год)  
71401 Для организаций (Полугодовая)  
36849 Для организаций (год)

**В объединенном каталоге «Пресса России»**

38762 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)  
11858 Для индивидуальных подписчиков (год)  
38764 Для организаций (Полугодовая)  
11859 Для организаций (год)

**В каталоге Российской прессы «Почта России»**

10227 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)  
25005 Для индивидуальных подписчиков (год)  
10229 Для организаций (Полугодовая)  
25052 Для организаций (год)

И в альтернативных подписных агентствах:

**ООО «Урал Пресс»**  
<http://www.ural-press.ru>  
**ООО «Информнаука»**  
<http://informnauka.com>  
**ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ»**  
<http://pinform.spb.ru/>



medac



ПОДПИСКА

# КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

## Уважаемые читатели!

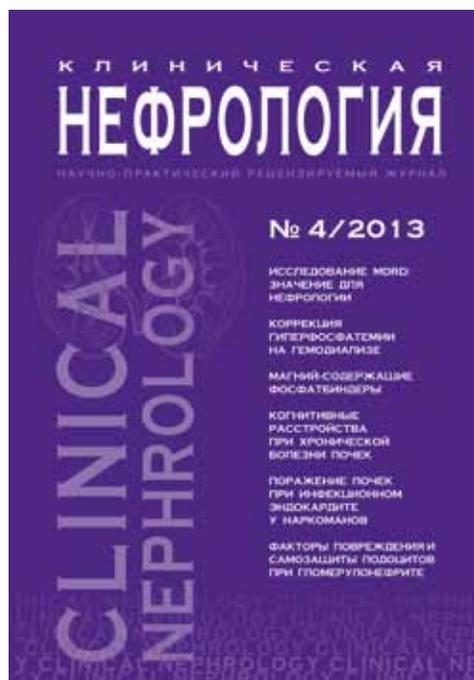
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

## Стоимость подписки на 2014: Первое полугодие (3 выпуска):

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций

## Годовая подписка (6 выпусков)

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций



669 руб. 90 коп.

1940 руб. 40 коп.

1207 руб. 80 коп.

3498 руб. 00 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

### В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

32692 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

32694 Для организаций (Полугодовая)

### В объединенном каталоге «Пресса России»

39222 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

39224 Для организаций (Полугодовая)

### В каталоге Российской прессы «Почта России»

72503 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

72505 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

**ООО «Урал Пресс»**

<http://www.ural-press.ru>

**ООО «Информнаука»**

<http://informnauka.com>

**ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ»**

<http://pinform.spb.ru/>

## STADA CIS, Германия

Московское представительство STADA CIS  
119017, Москва, ул. Б. Ордынка, д. 44, стр. 4  
телефон: +7 (495) 797-31-10  
факс: +7 (495) 797-31-11  
электронная почта: moscow@stada.ru  
www.stada.ru



STADA CIS – российский холдинг в составе международного фармацевтического концерна STADA, образован в результате объединения компаний НИЖФАРМ и МАКИЗ-Фарма. Производство STADA CIS представлено двумя производственными площадками: НИЖФАРМ (Нижний Новгород) и Хемофарм (Обнинск). Все производства холдинга сертифицированы по GMP. Продуктовый портфель STADA CIS включает более 150 наименований лекарственных средств различных АТС-классов и форм выпуска. Основа продуктового портфеля – препараты, использующиеся в дерматологии, кардиологии, гастроэнтерологии, гинекологии, урологии, ревматологии и педиатрии.

## ЗАО «ФЕРМЕНКОЛ»

191167, г. Санкт-Петербург, ул. Александра Невского, д. 9, лит. А  
телефон: +7 (812) 327-54-47  
электронная почта: fermencol@fermencol.ru  
www.fermencol.ru



Официальный дистрибьютор ферментных средств из коллагеназ гидробионтов для коррекции гипертрофических и келоидных рубцов после операций, ран, ожогов, заболеваний кожи, акне, а также для коррекции стрий. Ферменкол® обладает высокой коллагенолитической и амилитической активностью, комплексно воздействуя на основные компоненты рубцовой ткани – коллагеновые волокна и гиалуроновую кислоту. Ферменкол® обеспечивает глубокий гидролиз избыточного коллагена вплоть до отдельных аминокислот.

## Представительство ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) в России, Венгрия

121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8  
телефон: +7 (495) 363-39-66  
факс: +7 (495) 789-66-31  
электронная почта: moscow@egis.ru  
www.egis.ru



ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» является одним из классических производителей лекарственных средств. Деятельность компании охватывает все направления: от исследований, разработок, производства фармацевтических ингредиентов и готовой продукции до маркетинга и продаж. Возможности компании охватывают все этапы производственно-сбытовой фармацевтической цепочки, позволяя полностью контролировать качество продукции на протяжении срока годности и быть чувствительными к изменениям в рыночных условиях.

ПОДПИСКА

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ и инфекционные болезни

актуальные вопросы

www.bionika-media.ru

## Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

## Стоимость подписки на 2014: Первое полугодие (3 выпуска):

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций

## Годовая подписка (6 выпусков)

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций



848 руб. 10 коп.  
2049 руб. 30 коп.

1531 руб. 20 коп.  
3696 руб. 00 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

### В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

72537 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

72541 Для организаций (Полугодовая)

### В объединенном каталоге «Пресса России»

13152 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

11274 Для индивидуальных подписчиков (Год)

13153 Для организаций (Полугодовая)

11275 Для организаций (Год)

### В каталоге Российской прессы «Почта России»

10786 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

10799 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

**000 «Урал Пресс»**

<http://www.ural-press.ru>

**000 «Информнаука»**

<http://informnauka.com>

**000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»**

<http://pinform.spb.ru/>

## Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН, Россия

119991, г. Москва, ГСП-1, Ленинский проспект, д. 53 КРФ ФИАН

телефон: +7 (499) 403-13-52

факс: +7 (499) 403-13-52

электронная почта: iponom@okb.lpi.troitsk.ru

www.yachroma.com



«Яхрома-Мед» – лазерная установка на парах меди для лечения эпителиальных новообразований кожи без повреждения эпидермиса, таких как «винные пятна», телеангиэктазии, гемангиомы, лентиго, витилиго, кофейные пятна, цветные татуировки, ВПЧ – бородавки, фибромы, папилломы, разглаживания морщин. Короткие импульсы лазерного света избирательно нагревают и коагулируют расширенные сосуды и другие дефекты кожи без повреждения окружающей ткани. «Яхрома-Мед» обеспечивает отличные клинические результаты, короткий восстановительный период. Лечение не требует анестезии. Установка награждена Золотым Знаком качества «Российская марка», Золотой медалью V Международного салона «Архимед».

Более 100 работающих лазерных установок по России и СНГ!

Поставка, обучение специалистов, методическое сопровождение, гарантийное обслуживание.

## ЗАО «ЭКОлаб», Россия

142530, Московская обл., г. Электрогорск, ул. Буденного, д.1

телефон: +7 (49643) 3-23-11, 3-13-74,3-35-29

электронная почта: ekolab-sbyt@mail.ru, ekolab\_market@mail.ru

www.ekolab.ru



ЗАО «ЭКОлаб» разрабатывает, производит и реализует с целью удовлетворения нужд здравоохранения широкий спектр медицинской продукции гарантированного качества. Сейчас номенклатура продукции предприятия включает в себя более 200 наименований иммуноферментных тест-систем, применяемых для диагностики таких социально значимых инфекций, как ВИЧ, гепатиты А, В, С, сифилис, инфекции ToRCH-группы, корь, паротит, коклюш-парокклюш, хеликобактериоз и др., а также наборы для биохимических, гематологических, гистологических, микробиологических исследований.

Помимо наборов для in vitro-диагностики, ЗАО «ЭКОлаб» производит также готовые лекарственные средства наиболее массового спроса (настойки, спиртосодержащие растворы, сиропы, масла).

## «ЭЛЛМАН-РУС»

111250, г. Москва, п-д. Завода «Серп и Молот», д.6, корп.1, оф. 505

телефон: +7 (495) 411-91-49

факс: +7 (495) 411-91-49

электронная почта: info@surgitron.ru

www.pelleve.ru



Компания «ЭЛЛМАН-РУС» представляет первый в мире истинный радиоволновой аппарат «Сургитрон™ DF S5», генерирующий короткие радиоволны высокой частоты 4,0 МГц.

«Сургитрон™ DF S5» используется как в косметологии, так и в дерматологии. С помощью новейших электродов Pellevé™ Glide Safe выполняется современная, революционная безоперационная подтяжка кожи лица и лечения морщин Pellevé™. Специальными электродами проводятся процедуры безрубцовой эпиляции, удаления сосудистых звездочек (телеангиэктазий), удаления новообразований кожи и радиоволновой шлифовки.

Эффективность технологий подтверждена многочисленными клиническими испытаниями как в России, так и за рубежом.

ПОДПИСКА

# УРОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

## Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



## Стоимость подписки на 2014: Первое полугодие (3 выпуска):

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций

## Годовая подписка (6 выпусков)

Для индивидуальных подписчиков  
Для организаций

**669 руб. 90 коп.**  
**1940 руб. 40 коп.**

**1201 руб. 20 коп.**  
**3498 руб. 00 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

### В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

71474 Для индивидуальных подписчиков  
(Полугодовая)

71475 Для организаций (Полугодовая)

### В объединенном каталоге «Пресса России»

43117 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

43118 Для организаций (Полугодовая)

### В каталоге Российской прессы «Почта России»

24851 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)

24852 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

**000 «Урал Пресс»**

<http://www.ural-press.ru>

**000 «Информнаука»**

<http://informnauka.com>

**000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»**

<http://pinform.spb.ru/>

## «ЮСБ Фарма», Бельгия

105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 13, стр. 21

телефон: +7 (495) 644-33-22

факс: +7 (495) 644-33-29

электронная почта: [medinfo.rus@ucb.com](mailto:medinfo.rus@ucb.com)

[www.ucb.com](http://www.ucb.com)



Основанная в 1928 году, компания успешно перенесла трансформацию из компании по производству комбинированной химической продукции в биофармацевтическую компанию-лидера следующего поколения. Деятельность мировой биофармацевтической компании сосредоточена на заболеваниях в двух терапевтических областях: центральная нервная система и иммунология. Деятельность осуществляется более чем в 40 странах, при поддержке более 8500 человек. Компания UCSB имеет глобальный охват, включая официальное присутствие на крупнейших фармацевтических рынках мира в Германии, Италии, Японии, Испании, Великобритании и США, а также на других важных международных рынках. Штаб-квартира – в Брюсселе, Бельгия.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

### Портал 1ner.ru, Россия

117485, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 84/32, подъезд А6  
телефон: +7 (499) 517-90-37  
электронная почта: info@1ner.ru

Первый национальный эстетический портал 1ner.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты.

Портал аккумулирует все важные аспекты и новинки отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, расписание отраслевых мероприятий, каталог клиник и салонов красоты.



### ООО «Издательский Дом «Кабинет»

127055, г. Москва, ул. Новослободская, д. 55, стр. 1, офис 2, 4  
телефон: +7 (499) 973-38-12, 8 (916) 567-43-06  
электронная почта: info@cabines.ru,  
www.cabines.ru

CABINES Russie – международное профессиональное издание для косметологов, спа-терапевтов, администраторов и директоров салонов красоты и спа. В каждом номере: презентация новинок в области косметической продукции, аппаратной косметологии, спа-оборудования; пошаговое описание уходов по лицу и телу, массажных техник, процедур маникюра и педикюра, а также рекомендации практикующих косметологов и спа-экспертов для построения успешного бизнеса в индустрии красоты. Журнал выходит 10 раз в год.



### Журнал «Акушерство и Гинекология», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.aig-journal.ru

В оригинальных и обзорных статьях журнал освещает современные научные достижения в области акушерства и гинекологии, физиологии и патологии плода и новорожденного, проблемы диагностики и лечения осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний, вопросы научной организации акушерско-гинекологической помощи.

Журнал «Акушерство и Гинекология» включен в перечень изданий ВАК, рекомендованных для публикации статей, содержащих материалы кандидатских и докторских диссертаций.

Журнал представлен в следующих международных информационных изданиях: Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Excerpta Medica; Ulrich's International Periodicals Directory.

Периодичность – 12 выпусков в год.



## Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12  
телефон: +7 (495) 258-97-03  
электронная почта: [info@vrachirf.ru](mailto:info@vrachirf.ru)  
[www.wrachirf.ru](http://www.wrachirf.ru)



«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дайтелинг 2.0, объединяющая более 430 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>

## ООО «Издательство Панфилова», Россия

телефон: +7 (495) 211-15-54  
электронная почта: [info@pph-book.ru](mailto:info@pph-book.ru)  
[www.pph-book.ru](http://www.pph-book.ru)

Издание профессиональной медицинской литературы.

## Медиа Медика

127055, Москва, а/я 37  
телефон: (495)926-29-83  
электронная почта: [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)  
[www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)



«МЕДИА МЕДИКА» компания, основанная в 1999 г., хорошо известна всем российским врачам. Благодаря «МЕДИА МЕДИКА» доктора в течение многих лет бесплатно получают 40 периодических профессиональных изданий для образования специалистов разных направлений медицины, а также книги, справочники и методические руководства.

Мы активно сотрудничаем более чем с тыс. ведущих ученых медиков страны, а также со всеми крупными фармацевтическими компаниями, работающими на российском рынке.

## Издательство «Медиа Сфера», Россия

127238, г. Москва, Дмитровское ш., д.46, корп. 2

телефон: +7 (495) 482-43-29

факс: +7 (495) 482-43-12

электронная почта: info@mediasphera.ru

www.mediasphera.ru

Издательство «Медиа Сфера» — одно из крупнейших российских медицинских издательств. Основано в 1993 году группой видных российских ученых-медиков. Издательство выпускает 23 рецензируемых научно-практических медицинских журналов, входящих в перечень изданий ВАК, включая журнал «Клиническая дерматология и венерология».



Медиа Сфера

## ООО "Калисто"

Медицинский образовательный портал для врачей

[www.cmedu.ru](http://www.cmedu.ru) и социальная сеть для врачей

[www.medtusovka.ru](http://www.medtusovka.ru)

Москва, ул. Тверская 18, офис 421

телефон: +7 (495) 650 61 50

электронная почта: medtusovka.sales3@inbox.ru

medtusovka.redaktor2@inbox.ru

Представляем Вам образовательный портал для врачей [www.cmedu.ru](http://www.cmedu.ru) и медицинский портал - социальную сеть для врачей [www.medtusovka.ru](http://www.medtusovka.ru).

Дистанционное обучение, прямые трансляции конференций, симпозиумов, круглых столов, проведение вебинаров - вот то, что отличает нас сегодня от других медицинских порталов. За прошедшие 3 года мы провели сотни вебинаров и онлайн-трансляций, свидетельством нашего профессионализма являются благодарные отзывы лекторов, компаний и врачей - слушателей, организованных нами мероприятий

Приходите на [www.cmedu.ru](http://www.cmedu.ru) и принимайте участие в нишах образовательных программах!

Основным каналом привлечения аудитории на образовательные программы являются врачи нашего медицинского портала - социальной сети [www.medtusovka.ru](http://www.medtusovka.ru) (более 50 тысяч пользователей). На «Медтусовке» врачи могут получать различную научную медицинскую информацию, узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видео материалы конференций, фильмы репортажи съездов, интервью с главными специалистами, учебные фильмы, мастер классы и т.д. [www.medtusovka.ru](http://www.medtusovka.ru) - это сообщество медицинских работников, присоединяйтесь к нам, будьте среди своих!



## «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ» серия научно-практических журналов

129344, Москва, ул. Верхоянская, д.18, к.2  
телефон: +7(495) 616-48-00, 221-76-48  
факс: +7(495) 221-76-48  
электронная почта: medalfavit@mail.ru  
www.medalfavit.ru



«Медицинский алфавит» - серии научно-практических рецензируемых журналов. Главный редактор серии научно-практических журналов Ермолов А.С.

Журналы серии: «Больница-все для ЛПУ», «Эпидемиология и гигиена», «Неотложная медицина», «Диагностическая радиология и онкотерапия», «Фармакотерапия», «Кардиология», «Гастроэнтерология»

Подписка через редакцию и Роспечать индекс 36228, ISSN 2078-5631, входит в РИНЦ.

## Журнал «Медицинский бизнес»

111024, Москва, ул. Авиамоторная, д. 51, оф.26  
телефон/факс: +7(495) 672-60-10, 790-36-99  
электронная почта: medbus@mail.ru  
www.medbusiness.ru

Журнал «Медицинский бизнес» издается с 1993 г.

Подписной индекс в каталоге Роспечать "Газеты и журналы" 79782.

В журнале «МБ» спецвыпуск "Медтехника. Лекарства. ИМН. Дезсредства" публикуются статьи производителей медтехники российского и зарубежного производства для оснащения ЛПУ, КДЛ. Тираж – 9700 экз.

Основные разделы: лучевая и УЗИ диагностика, методы борьбы с ВБИ, медицинский инжиниринг, лабораторная диагностика, оснащение больниц и поликлиник, реабилитация и восстановительная медицина.



## Газета «Медицинский вестник», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон:+7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.medvestnik.ru

Газета российского врача. Основана в 1861 году, возобновлена в 1994 году.

Профессиональное еженедельное издание для практикующих врачей, главврачей, руководителей сферы здравоохранения. Формат – А3, объем — от 24 страниц, печать полноцветная.

Тираж 25000 экземпляров, сертифицирован Национальной тиражной службой России.

Выпуски тематические, представлены на всех значимых мероприятиях в мире медицины.



## Газета «Московские аптеки», Россия

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1

телефон/факс: +7 (499) 170-93-20

электронная почта: info@mosapteki.ru

www.mosapteki.ru

«Московские аптеки» — популярное издание, выходит с 1995 года.

Фармрынок: мониторинг, рейтинги, обзоры, тенденции и перспективы.

Фармпродукция: новинки, обзоры по ЛС, ИМН, БАД, парафармацевтика.

Аптека: эффективное управление, правовая поддержка, кадры, фармакология, тренинги.

Исследования собственные: аптечный сектор, ассортимент, реклама ЛС.

Фармообращение: государственное регулирование, разработка, производство, регистрация, лицензирование, контроль качества.

Актуальные темы отрасли.

Отраслевые мероприятия.



## Журнал «Нефрология», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 786-25-57

факс: +7 (495) 334-22-55

электронная почта: reklama@bionika-media.ru

www.nephrologyjournal.ru

Научно-практический журнал «Клиническая нефрология» выходит под редакцией академика РАМН Н.А. Мухина при поддержке Российских научных обществ. В журнале освещаются наиболее актуальные вопросы современной нефрологии и смежных проблем клиники внутренних болезней: вопросы диагностики хронических заболеваний почек, фармакотерапия хронических заболеваний почек, профилактика хронических заболеваний почек, нефрологические аспекты артериальной гипертензии, обменные (сахарный диабет, подагра) и сосудистые нефропатии, механизмы прогрессирования хронических болезней почек, поражение почек при системных заболеваниях, инфекционные заболевания почек и мочевыводящих путей, клиническая физиология почек и др. Тираж 5000 экземпляров, сертифицирован Национальной тиражной службой России.



## Журнал «Поликлиника», Россия

111524, г. Москва, ул. Электродная, д. 10

телефон: +7 (495) 672-70-29 (92)

электронная почта: medpres@mail.ru

www.poliklin.ru

Профессиональный медицинский журнал «ПОЛИКЛИНИКА» издается с 1999 года. Рассчитан на руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ. В нашем журнале вы найдете: информацию о законодательных, нормативных документах в области здравоохранения, деятельности Минздрава РФ; новости науки и практической медицины; консультации специалистов для работников ЛПУ; статьи о новых лекарственных препаратах, методах их применения и медицинской технике. С 2013 года журнал «Поликлиника» включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), присвоен Международный стандартный серийный номер ISSN 2311-2441, являющийся уникальным идентификатором журнала.

Журнал выходит в формате А4. Тираж – 11700 тыс. экз.

Форма распространения:

- подписка через каталог агентства «Роспечать»;
- подписка через редакцию;
- адресная рассылка по ЛПУ;
- распространение на выставках.



## Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.pharmateca.ru

## ФАРМАТЕКА

Журнал «Фарматека» публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов. Тематические номера посвящены вопросам фармакотерапии по различным направлениям медицины, также публикуются клинические руководства и рекомендации для семейных врачей. Освещаются вопросы регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка и безопасности применения лекарств, а также методологические обоснования их применения.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год. Объем — от 80 полос.

## Evrika.ru

105120, г. Москва, 4-й Сыромятнический пер., д.1/8, стр.6  
телефон: +7 (495) 987-35-95  
электронная почта: mail@evrika.ru  
www.evrika.ru

**Evrika.ru<sup>+</sup>**  
профессиональная  
социальная сеть  
для врачей

Evrika.ru – уникальный образовательно-социальный портал для врачей и специалистов сферы здравоохранения, где представлены новейшие исследования, разработки, статистические данные. Evrika.ru – это уютный личный кабинет доктора, в котором всегда под рукой справочник лекарств и справочная литература, журналы, инструкции Минздрава и свежая газета с новостями медицинской науки, удобный календарь событий в мире медицины, чтобы заранее планировать свой год. Evrika.ru – это закрытый клуб, где есть возможность обсудить с коллегами сложный клинический случай или проблемы здравоохранения в целом.

## ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ, ЖУРНАЛ

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр.3, 5 этаж, оф. 3518  
телефон: +7(495) 234-0734  
электронная почта: podpiska@webmed.ru,  
www.webmed.ru



В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят медицинские журналы: серия для практикующих врачей "Эффективная фармакотерапия" по различным медицинским специальностям: акушерство и гинекология; кардиология и ангиология; урология; эндокринология; гастроэнтерология, педиатрия, онкологии, неврология и психиатрия, пульмонология и оториноларингология, дерматовенерология и дерматокосметология; журнал «Вестник семейной медицины», а также ежемесячный журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес». С 2011 года выходит журнал «Hi+Med.Высокие технологии в медицине».

## Коррекция витаминно-минерального баланса при глоссалгии у женщин в период менопаузы

Аматуни Э.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Глоссалгия является хроническим орофациальным синдромом, составляющим более 20% в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР). Отмечено, что формирование глоссалгии нередко является исходом длительного течения заболеваний СОПР (красный плоский лишай, стоматит, гингивит). Наиболее часто глоссалгия встречается у женщин в менопаузе, что связывают с дефицитом витаминов (в частности,  $B^{12}$  и фолиевой кислоты) и минералов.

Целью настоящего исследования являлась оценка концентрации цинка, витамина  $B^{12}$ , фолиевой кислоты в сыворотке крови у пациенток в период менопаузы с явлениями глоссалгии, а также влияние витаминотерапии на клинические проявления заболевания.

Материал и методы. Была обследована группа пациенток ( $n = 84$ ) в возрасте от 50 до 79 лет (средний возраст  $64,52 \pm 4,12$ ), средняя продолжительность глоссалгии составила  $2,18 \pm 0,14$  лет. В рамках исследования был проведен тщательный осмотр слизистой оболочки полости рта и языка для исключения других заболеваний и оценки состояния СОПР, анализ данных биохимического анализа крови.

Результаты исследования. Установлено, что показатели концентрации витамина  $B^{12}$  у 82,14% женщин с глоссалгией находились ниже уровня референтных значений, что сопровождалось ощущением сухости в полости рта и красной каймы губ. Дефицит фолиевой кислоты был констатирован у 61,90%, низкий уровень концентрации цинка у 100% больных. Всем больным был назначен прием в течение 2 месяцев специализированного поливитаминного препарата с повышенным содержанием цинка, витамина  $B^{12}$  и фолиевой кислоты, специально разработанного для женщин в период менопаузы. После окончания терапии явления глоссалгии полностью разрешились у 30,95% женщин, а снижение интенсивности симптомов более чем в 3 раза — у 34,52% пациенток. Таким образом, достижение клинического эффекта было отмечено у 65,47%. При этом нормализация уровня цинка и витаминов отмечалась после лечения у 89,29% больных. Выводы: 1. Выявлен дефицит витаминов и цинка у пациенток с глоссалгией в менопаузальный период. 2. Использование витаминно-минерального комплекса приводит к достоверному увеличению показателей концентрации цинка, витамина  $B^{12}$  и фолиевой кислоты в сыворотке в крови, что приводит к улучшению нейровегетативной симптоматики при глоссалгии.

## Динамика показателей эластичности кожи при биоревитализации

Амбарцумян Л.Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра косметологии, Санкт-Петербург

Современный косметический рынок отличается большим разнообразием косметических продуктов, однако, пожалуй, одним из самых популярных

веществ являются препараты гиалуроновой кислоты (ГК). ГК входит в состав наружных препаратов, мезотерапевтических и биоревитализирующих средств, в качестве филлера используется для контурной пластики.

Для борьбы с возрастными изменениями широко используют как в профилактических, так и в терапевтических целях метод биоревитализации кожи. Высокомолекулярная ГК, введенная данным методом, интегрируется с окружающей тканью и обеспечивает оптимальные физиологические условия для функционирования фибробластов, способствует инактивации свободных радикалов, улучшает обменные процессы, оказывает противовоспалительное действие, способствует восстановлению естественного водного баланса кожи, обладает антиоксидантной активностью.

Целью настоящего исследования являлась оценка изменения эластичности кожи при проведении биоревитализации препаратами ГК. Под наблюдением состояла группа пациентов, 37 женщин в возрасте 27—30 лет, которым выполняли курс процедур биоревитализации кожи лица препаратом 0,8% ГК: один раз в 14 дней, всего четыре процедуры. Исходно, затем перед каждой процедурой пациенткам выполняли исследование эластичности кожи с помощью прибора Cutometer MPA 580, Courage&Khazaka, Германия.

Анализ показателей эластометрии кожи выявил достоверную тенденцию к снижению параметров  $R0$ ,  $R4$ ,  $R8$ ,  $F0$  ( $p < 0,05$ ), что указывает на уменьшение растяжимости кожи, уменьшение ее вязких свойств с возрастанием упругих, повышение ее тургора. Данная тенденция имела место в течение всего курса процедур.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что биоревитализация препаратами 0,8% ГК вызывает повышение эластичности и тургора кожи, которое, вероятно, обусловлено изменением водного баланса в дерме.

## Профилактика сифилиса в зависимости от факторов риска образа жизни

Андреев С.В., Воронина Л.Г., Плакатина Н.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Эпидемиологическая ситуация по сифилису в Российской Федерации характеризуется преобладанием скрытых форм, что дает предпосылки к новому скачку заболеваемости. Поэтому возникает необходимость совершенствования существующих методик профилактики сифилиса с учетом выявленных факторов риска.

Цель: определить новые пути профилактики сифилиса с учетом факторов риска.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «ОКВД» (г. Оренбург) была проведена оценка факторов риска возникновения сифилиса путем проведения одномоментного проспективного когортного исследования. В ходе работы было опрошено 250 человек с установленным диагнозом «Сифилис», контрольную группу составили 250 человек. Средний возраст респондентов в обеих группах составил  $24,4 \pm 2,9$  лет.

Полученные результаты. В ходе проведенного кластерного анализа исследуемых признаков можно было достаточно четко выделить 3 главных кластера, а именно: социально-половой (кластер № 1), психологический (кластер № 2) и психологически-половой (кластер № 3). На основании проведенного сравнительного одномоментного когортного исследования были выявлены следующие факторы

риска: гендерный признак (преобладание женского пола), место жительства (преобладание сельского населения), факты употребления психоактивных веществ (алкоголь, никотин, наркотические субстанции), отсутствие работы, безответственное медицинское и гигиеническое поведение, раннее начало половой жизни, отсутствие мотивации в применении барьерных средств контрацепции и наличие признаков промискуитетного поведения. Проведение прицельной профилактической работы среди целевых групп, с указанными факторами риска позволило снизить гипотетический риск с учетом коррекции модифицируемых факторов риска в  $1,7 \pm 0,3$  раза. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшей работы в усовершенствовании профилактических мероприятий с учетом факторов риска.

### Гипоксия как универсальный фактор выживания и персистенции *treponema pallidum* spp. *pallidum*

Андропова Н.В., Терёшина Е.В., Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Жиангерова О.В.

Институт иммунологии ФМБА России, филиал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова «НКЦ геронтологии», кафедра кожных и венерических болезней Медицинского института усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Медицинский исследовательский центр «Иммункулус», Москва

Материал и методы исследования. В динамике с 2006 по 2013 г. обследован больной Ч., 48 лет, с клинической манифестацией позднего кардиоваскулярного сифилиса (КВС), которому проведено клинико-лабораторное и функциональное обследование (отд. кардиологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского); определены «меняющиеся профили аутоантител» к dsDNA,  $\beta$ 2-GPI, CoM-02, CoS-05-40,  $\beta$ 1-AR, MyosinL, TrM-03, ANCA, e-NOS, Angiostatin, PAPPА и Collagen II в мультипараметрических исследованиях проб сывороток в наборах групп ЭЛИ-Тест (от ELISA) – ЭЛИ-АНКОР-Тест (методика проф. Полетаева А.Б., медицинский исследовательский центр «Иммункулус», Москва); исследован полный липидный спектр крови (зав. лаб. липидного обмена, д.м.н. Терёшина Е. В. «НКЦ геронтологии», Москва). Цель исследования: определить состояние липидного обмена, «меняющиеся профили специфических аутоантител» и по совокупности исследованных параметров оценить их прогностическую и лечебную значимость.

Результаты. Пациенту Ч. в связи с впервые возникшим ангинозным приступом (2006 г.), сопровождавшимся на ЭКГ подъемом сегмента ST на 8 мм в отведениях I, aVL, V2-V5, четырехкратным повышением уровня ЛДГ и ее кардиоспецифической изоформы (54%), проведены Эхо-КГ, Допплер-Эхо-КГ, селективная коронарография. Диагностирован 50% стеноз передней коронарной артерии (ПКА) в ее дистальной трети, окклюзия устья передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) и аортальная регургитация I-II степени. По поводу крупноочагового инфаркта миокарда передне-перегородочной области, верхушки и боковой стенки левого желудочка пациенту была проведена баллонная ангиопластика со стентированием ПМЖВ (стен 3,5 мм x13 мм) в проксимальной трети в сочетании с базисной терапией – эгилек 50, аспирин 125, плавикс 75, липтонорм 20 (мг/сутки) и гепарин 20000 ЕД подкожно/сутки, достигнута реабилитация с сохранением умеренной

толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии. При контрольном исследовании в 2010 г. с применением методов чреспищеводной Эхо-КГ, селективной коронарографии и аортография обнаружены гипертрофия миокарда и рубцовые изменения в области верхушки и передней стенки (4 сегмента) левого желудочка. Антеградный кровоток по ПКА и ПМЖВ замедлен, уплотнены створки аортального клапана, края их неровные, с очагами фиброза, прогрессия до II-III степени аортальной регургитации. В динамике отмечен высокий титр трепонемных антител класса G (РПГА резко положительна в 2006, 2007 и 2010 гг.), положительная РИФ (РСК и РИБТ отрицательны). Повышения нетрепонемных антител в сыворотке больного не выявлено (РМП и RPR отрицательны), исключая положительную реакцию Вассермана в 2006 г. Только в 2010 г. у больного Ч. впервые диагностирован поздний осложнённый КВС на фоне ИБС: аортальный вальвулит и регургитация, стеноз ПКА и окклюзия устья ПМЖВ, дислипидемия III типа. В 2006–2010–2013 гг. анализ липопротеинов (ЛП) по холестерину (ммоль/л) отличало повышение уровня ХЛПОНП (ND – 0,8 – 1,46) на фоне гиперхолестеринемии (6,6 – 4,5 – 5,5) и гипертриглицеридемии (ND – 1,8 – 3,2); в анализе ЛП по белку (г/л) повышен уровень  $\beta$ -ЛП (51 – ND – 51) и пре- $\beta$ -ЛП (ND-ND-36); липидный спектр плазмы крови отличало повышение свободных жирных кислот (СЖК) ND-ND-32 (ед.). У пациента в 2011 г. выявлены высокие уровни IgG и IgM в сыворотке крови – 1,8 и 2,78 (г/л) и аутоантител к CoM02 – митохондриальному кардиолипину миокардиоцитов, участвующему в энергетическом метаболизме и апоптозе митохондрий, а также к PAPPА – плазменному протеину А, ассоциируемому с беременностью [ОММ,176385], что свидетельствует о развитии у пациента Ч. острого коронарного синдрома, характеризующегося неблагоприятным «сосудистым» исходом и нестабильностью атеросклеротических бляшек. В 2010 г. было проведено специфическое лечение в виде последовательного месячного приема 2%, 3% и 5% растворов йодистого калия (рассасывающая, подготовительная терапия), затем прероральный приём эритромицина по 2,0 г/сутки – 14 дней и, наконец, внутримышечное введение натриевой соли бензилпенициллина по 4 млн. ЕД/сутки – 28 дней (курс) и через 2 недели – аналогичный по дозировке II курс длительностью 14 дней. После этого при обследовании в 2013 г. вышеупомянутые разновидности аутоантител более не определялись, состояние его здоровья стабилизировалось. Выводы: 1. У мужчины трудоспособного возраста с внезапным развитием острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда) не был вовремя диагностирован поздний осложнённый КВС с клиническими проявлениями стеноза устья коронарной артерии, аортального вальвулита и регургитации, несмотря на положительные серологические тесты на сифилис. 2. Благодаря своевременно проведенной эндохирургической коррекции окклюзии трудоспособность была восстановлена. 3. При углубленном анализе липидного спектра крови диагностирована дислипидемия III типа, требующая коррекции. 4. Отсутствие своевременной диагностики КВС стало причиной длительно протекающего воспалительного процесса аутоиммунного типа, приведшего к нарастанию аортальной регургитации. В ответ на специфическое лечение больного отмечалась негативация аутоиммунных реакций. 5. Анализ липидного спектра крови и выявление предикторов острого коронарного синдрома и поражения аорты (аутоантигены CoM02 и PAPPА) актуальны у больного КВС в связи с двойственной природой воспаления – атеросклероз и инфекция, при котором гипоксия – универсальный фактор персистенции возбудителя.

## Местное лечение грибковых инфекций кожи в группах риска

Бурова С.А.

Центр глубоких микозов, Городская клиническая больница № 81, Московский Научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Среди всех заболеваний кожи на волосистой части головы, шее, конечностях, туловище, больших складках, кистях и стопах грибковые поражения, по данным разных авторов составляют от 15 до 40%. В нашей стране на эту патологию приходится приблизительно четвертая часть всех диагнозов у пациентов, обратившихся к дерматологу.

В группу риска по грибковым инфекциям кожи правомочно относят больных с системными микозами, с хроническими заболеваниями бронхолегочной, желудочно-кишечной, мочевыделительной и др. систем, пожилых людей, пациентов с заболеваниями эндокринной системы, особенно больных сахарным диабетом (СД).

Целью нашей работы было:

- выявление больных грибковыми инфекциями кожи в группах риска;
- выбор оптимального местного антимикотика;
- оценка эффективности лечения микозов антимикотиком в форме крема;
- характеристика побочных действий.

У 35 обследованных установлены различные виды грибковых поражений кожи: дерматомироз туловища (*Tinea corporis*) — у 4, микоз стоп (*Tinea pedis*) — у 12, эпидермофития складок кожи (*Tinea cruris*) — у 8, кандидоз кожи — у 11 больных.

Проводилось тщательное обследование амбулаторных и госпитализированных пациентов, с целью выявления сопутствующей соматической патологии и других очагов грибковых инфекций в организме. Благодаря рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым, лабораторным методам и консультациям узких специалистов среди 35 наблюдаемых больных из групп риска, были выявлены следующие хронические заболевания: СД у 17 (48,6%) человек, жировой гепатоз у 4 (11,4%), бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких у 1 (2,8%), висцеральные микозы у 6 (17,1%), хронический пиелонефрит у 5 (14,3%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта у 2 (5,7%), ожирение II—III степени у 2 (5,7%). Выбирая антимикотик руководствовались требованиями клиницистов к противогрибковому лечению больных с тяжелой сопутствующей патологией. Системные антимикотики в наших случаях были противопоказаны, поэтому предпочтение отдавалось препарату местного действия. Учитывалась противогрибковая эффективность лекарства, отсутствие системных побочных действий, высокая концентрация действующего вещества и его устойчивая фиксация в пораженных тканях, высокая проникающая и кумулятивная способность, простота и удобство применения.

Был выбран топический противогрибковый препарат нафтифин (Экзодерил) — первый представитель класса алиламинов.

Препарат обладает уникальным механизмом действия и связан с блокадой фермента сквален-эпоксидазы. Подавление синтеза эргостерола за счет ингибирования сквален-эпоксидазы вызывает прекращение роста грибковых клеток, происходит накопление сквалена в мембранах (в частности, в эндоплазматической сети), нафтифин также стимулирует биосинтез сквалена, приводя к резкому повышению его концентрации задолго до развития дефицита эргостерола. Накопление сквалена в мембранах гриба вызывает дегенеративные процессы в грибковой клетке и депозицию липидов, что и обуславливает фунгицидную активность нафтифина.

На ранних стадиях изучения противовоспалительного эффекта наружных средств у 269 пациентов с поверхностными микозами сравнивали эффект от одновременного применения 1% клотримазола и 1% гидрокортизона с 1% Экзодерилом. Оказалось, что нафтифин (Экзодерил) обладал выраженным противовоспалительным эффектом, не уступающим другим препаратам, в том числе и гормональным. Обоснована достаточность применения 1% крема Экзодерил 1 раз в сутки. Методика нанесения 1% крема Экзодерил на кожу заключалась в ежедневном применении его в течение 1—2—6 недель. Для предотвращения рецидивов грибковых инфекций кожи лечение продолжали еще 2 недели после клинического излечения. Нежелательные явления на коже при его применении были легкой степени тяжести у одного больного с распространенным грибковым поражением (жжение и местное раздражение). Эти данные по переносимости сопоставимы с другими топическими антимикотиками циклопироксом, кетоконазолом, оксиконазолом и отличались быстрым купированием симптомов после отмены препарата.

В нашем исследовании у больных из групп риска с тяжелыми хроническими заболеваниями выздоровление от грибковых инфекций кожи в результате применения 1% крема Экзодерил отмечено у 29 (82,8%) из 35 больных, у остальных наблюдалось улучшение.

Таким образом, Экзодерил зарекомендовал себя высокоэффективным препаратом, обеспечивающим как противогрибковое, так и противовоспалительное действие.

Основными преимуществами препарата нафтифин (Экзодерил) являются:

1. Высокие и длительно сохраняющиеся концентрации препарата в *stratum corneum*, достаточные для подавления роста дерматофитов, плесеней и *Candida*.
2. Фунгицидное действие в отношении разнообразных грибов.
3. Максимальная активность при нейтральном уровне pH.
4. Антибактериальное действие на *Staphylococcus spp.* и *Streptococcus spp.*
5. Противовоспалительный эффект через подавление синтеза простагландинов и влияние на адгезию нейтрофилов.

## Особенности лечения тяжелых форм угревой болезни

Бурова С.А., Федюкина М.Ю.

Московский центр глубоких микозов, Городская клиническая больница № 81, Москва

Сложность патогенеза тяжелых форм угревой болезни, длительное рецидивирующее течение, часто наблюдаемая безэффективность лечения, диктуют необходимость поиска новых подходов к терапии этого заболевания.

В результате закупорки фолликулярных протоков сальных желез на фоне гормонального дисбаланса происходит их гипертрофия и избыточная продукция сального секрета. В этих условиях активизируется микробная флора и развивается воспаление. Клинические проявления тяжелых форм угревой болезни в стадии воспаления доставляют порой невыносимые физические и моральные страдания пациенту.

К тяжелым формам угревой болезни относятся абсцедирующие, индуративные, флегмонозные, конглобатные и кистозные угри.

Лечение этих заболеваний должно быть комплексным, вплоть до хирургических вмешательств. Основная роль в схемах лечения тяжелых форм угревой болезни отводится борьбе с гнойно-воспалительным процессом. Антибиотикотерапия, к сожалению, не всегда эффективна. Длительные курсы антибиотиков приводят к

стойкой резистентности микроорганизмов и появлению симптомов гепато — и нефротоксичности.

В этих случаях особенное место занимает отечественный иммуномодулятор с противовоспалительным действием — актинолизат, который способствует выработке антител к инфекции, усилению фагоцитарного процесса в организме, торможению гиперпродукции цитокинов и блокаде действия медиаторов воспаления.

Высокорезистентные к антибиотикам микроорганизмы: *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Pseudomonas aurogenosa*, *Candida spp*. и др. в воспаленной сальной железе вовлекаются в фагоцитарный процесс за счет актинолизатотерапии и погибают.

Благодаря применению актинолизата возможно снижение курсовой дозы или полная отмена антибиотикотерапии.

За полвека практического применения иммуномодулятора — актинолизата с противовоспалительным действием, накоплен значительный опыт лечения угревой болезни, гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, изучена эффективность, безопасность и переносимость этого лекарственного препарата на многообразных группах больных. Минздравом РФ одобрены расширенные показания к его применению и в 2012 году выдано бессрочное регистрационное свидетельство.

## Особенности развития пластической хирургии и косметологии с позиции anti-age медицины

Виссарионов В.А., Виссарионова В.В.

Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

Медицинская наука последних лет обогатилась новыми знаниями об изменениях функциональных и биохимических показателей здоровья человека, связанных со старением. Именно поэтому отношению к человеку как к целостному биологическому объекту с взаимообуславливающими связями отдельных структур уделяется повышенное внимание. В ответ на различные внутренние и внешние факторы-раздражители реагируют все системы организма в разной степени интенсивности. Однако очевидно, что любая дезорганизация в деятельности одной функционирующей структуры несомненно оказывает определенное влияние на состояние всех других, что может проявляться как в виде начальных биохимических отклонений, так и в виде выраженных изменений внешности человека. Эстетические недостатки, связанные с возрастом, имеют накопительный характер, нарастая по мере увеличения количества прожитых лет. Но даже в одном возрасте пациенты могут выглядеть по-разному. Изменения биохимических и физиологических характеристик тканей напрямую связаны с явлениями эндотоксикоза, которые «сопровождают» человека всю жизнь и, соответственно, связаны с проявлениями старения. И ни одна эстетическая процедура не может устранить негативные факторы, влияющие на состояние здоровья и интенсивность старения и, как следствие, на продолжительность эффекта хирургического вмешательства или какой-либо технологии косметологической коррекции.

Основные консервативные или более радикальные современные мероприятия с целью коррекции внешности носят локальный характер. Технологии, хотя и изменяются, предусматривают ограниченное воздействие преимущественно на отдельные структуры, определяющие выраженность и интенсивность инволюционных процессов. В связи с этим эстетическая медицина не может развиваться автономно. В перспективе — разработка мер сочетанного воздействия на все

системы организма для обеспечения повышения эффективности эстетических технологий и условий оптимального функционирования жизнеобеспечения человека, реализацию его репродуктивной функции, что в комплексе и определяет счастливое и активное долголетие. Это жизнь, спорить с которой сложно, да и нужно ли?

## Больные акне с коморбидной психической патологией: особенности клиники, диагностики и лечения

Волкова Н.В., Глазкова Л.К.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Цель исследования: повышение эффективности терапии больных акне на основании учета коморбидной психической патологии. Критерии включения: больные акне в возрасте от 16 до 45 лет. Критерии исключения: хронические заболевания в стадии декомпенсации или неполной ремиссии, тяжелые инфекционные процессы в анамнезе, органические и эндогенные психические расстройства, злоупотребление алкоголем, прием наркотических и психоактивных веществ, период беременности и лактации.

Методы исследования. Клинический осмотр с оценкой степени тяжести по классификации Plewig G., Kligman M. (2004), модифицированной РОДВ (2010), определение индекса общей тяжести угрей (ОТУ), определение эффекта психосоциального воздействия акне (APSEA), клиническое психодиагностическое обследование, тестирование по шкалам тревоги (ZARS) и депрессии (CESD). Результаты: обследован 151 больной акне (57 мужчин, 94 женщины) в возрасте от 16 до 35 лет (средний показатель 22 (19; 24) года). Комедональная (I) степень акне диагностирована у 63 пациентов (41,7%), II степень — 56 (37,1%), III — 32 (21,2%). Психические нарушения выявлены у 47 больных акне (31,1%). Клинический спектр коморбидной психической патологии был представлен депрессивным (23,2%), тревожным (20,5%), фобическим (13,3%) и ипохондрическим (5,3%) расстройствами; в 61,7% случаев имел полиморфный характер. На первом месте по частоте встречаемости регистрировалось сочетание тревоги и депрессии. Фобические и ипохондрические расстройства во всех диагностированных случаях входили в структуру тревожно-депрессивных нарушений. Психические симптомы у 46 больных соответствовали невротическому уровню. Всем пациентам была проведена противоугревая терапия в соответствии с установленными стандартами приказа Минздравсоцразвития РФ № 750 от 11 декабря 2007 г. в зависимости от степени тяжести кожного процесса (наружно: 0,1% адапален гель, 5% бензоил пероксид гель, внутрь: доксициклин). В настоящем исследовании была проведена оценка эффективности комплексной дерматотропной и психотропной терапии. С указанной целью больные акне с коморбидными психическими расстройствами невротического уровня (n=46) были распределены на две однородные клинические группы (I и II). Пациенты группы I (n=22) в дополнение к противоугревой терапии принимали психотропные препараты. Длительность курса психотропной терапии составила 8 недель. При наличии тревоги назначался — тетраметилазабициклооктандион (Адапол 0,5 г\*2 раза/сутки), депрессии — флуоксетин (прозак 0,2 г/сутки), при сочетании тревоги и депрессии — оба препарата одновременно. При сравнительном анализе данных пациентов групп I и II в динамике ежесекундного мониторингирования в течение 48 недель установлена тенденция к более выраженному регрессу элементов акне по показателю индекса ОТУ в сроках наблюдения 24 и 48 недель. Среди пациентов группы I в срок 8 недель отмечена

редукция психических симптомов в 90,9% случаев. Среди пациентов группы II самостоятельная редукция психических нарушений не наблюдалась. Оценка эффекта психосоциального воздействия акне показала достоверно более выраженное ( $p < 0,05$ ) снижение данного показателя среди больных группы I относительно группы II в сроках наблюдения 8—16 недель.

Выводы. 1. Среди больных акне в 31,1% случаев формируются коморбидные психические расстройства, преимущественно невротического уровня, то есть характеризующиеся сглаженностью симптоматики и не выражающиеся в социально опасном поведении. 2. Для больных акне характерно формирование полиморфной (сочетанной) психической патологии. Наиболее часто развиваются депрессия (23,2%) и тревога (20,5%); фобические и ипохондрические расстройства — в 13,3% и 5,3% случаев соответственно. 3. Рекомендовано проведение комплексной противогрибковой и психотропной (Адаптол, прозак) терапии больным акне с коморбидными психическими расстройствами.

### Функция врачебной должности как основа планирования ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ

Волкова С.Б., Заторская Н.Ф., Поршина О.В., Потекаев Н.Н.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В целях создания единого механизма для реализации гражданами конституционных прав на получение бесплатной медицинской помощи, обеспечения государственных гарантий на охрану здоровья, а также повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения в г. Москве, формируется Территориальная программа государственных гарантий на текущий год и последующие два года, где определяется финансовое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения. Выполнение Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве осуществляется исходя из утвержденных нормативов объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи) и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В рамках программы устанавливаются в том числе целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

Для оценки качества работы специалистов с высшим медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, используются показатели, утверждаемые Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве, в том числе процент выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста исходя из функции врачебной должности.

Функция врачебной должности — это расчетный норматив годовой нагрузки на одну врачебную должность (по определенной

специальности), выраженный плановым числом врачебных посещений в год в пределах годового баланса рабочего времени по данной должности. В нормативе учитывается гарантированная бесплатная медицинская помощь (платные услуги не включаются). Территориальная программа устанавливает среднюю стоимость одного посещения.

Таким образом, планирование деятельности лечебного учреждения определяет его финансовые возможности в обеспечении оказания медицинской помощи, а выполнение установленного государственного задания позволяет руководителю оценить финансово вклад каждого сотрудника в общее дело оказания специализированной медицинской помощи населению г. Москвы.

### Себорея псориазиформная

Гаджимурадов М.Н., Асадулаева З.Г., Муслимов М.О.  
Дагестанская государственная медицинская академия,  
Махачкала

Себорея псориазиформная (*tinea amiantacea*; син: пситириаз асбестовидный, кератоз фолликулярный асбестовидный, асбестовидный лишай) — заболевание неясного этиопатогенеза. В настоящее время указывают на несколько возможных причин возникновения асбестовидного лишая. Предполагают, что в основе этого заболевания лежит тяжелая форма себореи. Согласно другим мнениям, заболевание рассматривают как одну из клинических форм себорейной экземы волосистой части головы или простого лишая, обусловленного пиококковой микрофлорой. Иногда развивается на фоне псориаза, экземы, фолликулярного кератоза и других дерматозов. Даже рассматривается асбестовидный лишай как экзематозная реакция кожи головы на влияние инфекции или воздействие травмы. Заболевание может возникнуть и без видимой причины. Наблюдается чаще у детей и молодых людей в области темени, реже затылка и висков. Чешуйки напоминают волокна асбеста, которые с трудом отделяются. Сопровождается асбестовидный лишай зудом разной интенсивности. Волосы прилегают к коже, сухие, окутанные мелкими беловатыми чешуйками. Для гистологической картины асбестовидного лишая характерно: гиперкератоз, паракератоз и небольшая лимфоцитарная инфильтрация вокруг волосных фолликулов, а также дистрофические изменения сальных желез. Диагноз основывается на клинических данных. Течение заболевания хроническое, длительное. Дифференциальный диагноз проводят с микозами волосистой части головы, себореей, псориазом, экземой. В терапии показаны общеукрепляющие средства, местно 3—5% салициловая мазь (на OL. Vaseline), серно-дегтярная, серно-салициловая мази. Полезен длительный прием внутрь серы очищенной, аевита и витаминов группы В. Эффективны местные аппликации противогрибковой мази (клотримазол) на кожу головы после ее предварительного очищения от чешуек. В стационар РКВД РД госпитализирован мальчик 6 лет с массивными асбестовидными чешуйками волосистой части головы. Болеет около месяца, когда на волосистой части головы появились беловатые чешуйки. В участках поражения беспокоит интенсивный зуд. Перенесенные заболевания: страдает внутричерепной гипертензией. Состояние ребенка удовлетворительное. Мальчик среднего роста, правильного телосложения. Язык влажный, слизистые оболочки розовые. Поражение кожи носит распространенный характер: темная, височная и затылочная области головы покрыты трудноотделяемыми серыми массивными чешуйками, пронизанными волосами. При снятии пласта обнажается розово-красного цвета кожа. Волосы сухие, тусклые. Лабораторные исследования: в соскобе с очагов

поражения патогенный грибок не обнаружен. Общий анализ мочи и крови без патологических изменений. Диагноз: Асбестовидный лишай. Лечение: Пиковит по 1 таб. х 2 раза в день, витамины B2 и B6 внутримышечно чередовались, аевит по 1 кап. х 2 раза в день; местно — 2% салициловая мазь. В результате лечения произошло отторжение чешуек, сохраняется легкий зуд и шелушение волосистой части головы.

## Клиника ранних форм сифилиса

Гаджимурадов М.Н., Дадаев М.М., Муслимов М.О.  
Дагестанская государственная медицинская академия,  
Махачкала

Элевирующая (крапивная) розеола относится к атипичным формам розеола и отличается от обычной наличием периваскулярного отека и представляется немного возвышающейся над уровнем нормальной окружающей кожи. Во всех остальных отношениях она клинически абсолютно тождественна с обычным пятнистым сифилисом, а именно исчезает при диаскопии, не шелушится, не дает субъективных ощущений. К атипичным разновидностям сифилитической розеола относятся также шелушащаяся, сливную и зернистую. Элевирующая розеола в отличие от волдыря не сопровождается зудом. Нами наблюдалась беременная (срок 5,5 месяцев) 27 лет с элевирующими пятнами туловища. Высыпания появились неделю назад, без субъективных ощущений, ежедневно количество их увеличивается. В течение двух дней беспокоит периодический зуд кожи. При осмотре выявлены множественные нешелушащиеся пятнистые элементы розового цвета, локализующиеся на боковых поверхностях грудной клетки и животе, диаметром 0,5 см. Лицо, спина и тыл кистей свободны от высыпаний. Пятна несколько возвышаются над уровнем нормальной кожи. При диаскопии пятна исчезают. Очертания пятен неправильные, цвет от бледно-розового до насыщенного, без склонности к слиянию. Диагноз элевирующая розеола вторичного периода сифилиса. Зуд кожи у наблюдаемой пациентки вызван ее физиологическим состоянием — «зуд беременных». Редким проявлением вторичного периода сифилиса является и бляшковидный сифилид, который локализуется почти исключительно в естественных складках кожи. Постоянное раздражение папул в этих областях, зависящее от скопления пота, провоцирует их периферическое разрастание, в результате которого соседние элементы сливаются в общую бляшку. Мы наблюдали мужчину 33 лет с бляшковидным элементом в надлобковой области, покрытым серебристо-белыми чешуйками. Пациент обратился к дерматологу с жалобами на осиплость голоса, высыпания внизу живота, полового члена и вокруг ануса, а также периодический зуд в экзантемах. Впервые 4 месяца назад над лобком появился узелок. Постепенно он увеличивался в размерах. Самостоятельно смазывал очаг поражения мазью Вишневского и отмечал некоторое улучшение. Три недели назад появились высыпания в области ануса и полового члена. До этого имел множество случайных половых контактов. У пациента рост волос на голове сохранен. В правом углу рта болезненная заеда. В зеве на фоне разлитой гиперемии папулезные элементы, покрытые гнойным налетом. На инфильтрированном очаге языка образовалась трещина, а также в некоторых участках исчезли сосочки (симптом «скошенного луга»). В надлобковой области располагается возвышающаяся над уровнем кожи овальная бляшка, покрытая серебристо-белыми пластинчатыми чешуйками диаметром 3 см х 7 см. По периферии элемент медно-красного цвета, лишенный чешуек. При его поскабливании отсутствует триада псориатических феноменов. Диагноз: «вторичный период сифилиса».

В наблюдаемом нами случае сплошной папулезный сифилид располагается в складке кожи. Он также имеет поразительное сходство с псориатическими элементами, так как на его поверхности скопилась масса полупрозрачных белых чешуек. Медно-красный цвет элементов сохраняется лишь по периферии. Настоящее наблюдение демонстрирует редкий псориазиформно-бляшковидный сифилид надлобковой области. Нами зафиксировано также редкое проявление сифилиса — специфическое облысение одновременно бровей, ресниц, подмышечных впадин и лобка без поражения волосистой части головы. Волосы правой и левой бровей выпали маленькими островками. Очаги облысения подмышечных впадин и лобка имеют вид мелких, диаметром 0,7—1,5 см., округлых очертаний, не сливающихся между собой. В очагах выпадают не все волосы. Ресницы имеют разную длину, так называемые ступенчатые (признак Пинкуса). Рисунок кожи в очагах сохранен, не отмечается ее покраснения, шелушения и атрофии. Волосистая часть головы не имеет участков облысения; пушковые волосы сохранены. Диагноз: сифилитическая алопеция бровей, ресниц (признак Пинкуса), подмышечных впадин и лобка. Представленные наблюдения должны способствовать своевременной диагностике и лечению редких форм вторичного сифилиса практикующими врачами.

## «Просветление» кожи в целях биомедицинской диагностики и терапии

Галкина Е.М., Колесникова К.Н., Утц С.Р., Тучин В.В.,  
Каракаева А.В.

Саратовский государственный медицинский университет им.  
В.И. Разумовского, Клиника и кафедра кожных и венерических  
болезней, Саратовский государственный университет им. Н.Г.  
Чернышевского, кафедра оптики и биофотоники, Саратов

В экспериментах *in vivo* изучено воздействие растворов глюкозы (30%, 40%, 50%), полиэтиленгликоля (молекулярная масса 600 (ПЭГ-600)), глицерина, пропиленгликоля и фруктозы 50% (в водно-спиртовой смеси). Тестирование выполнялось на внутренней стороне предплечья 8 здоровых добровольцев (возраст от 20 до 30 лет). С помощью прибора Soft Plus (Italy) измерялись следующие параметры: трансэпидермальная потеря воды (TEWL), температура кожи, индекс эритемы. Дополнительно на этом же участке определяли фототип кожи и уровень кератина. Измерения проводились до нанесения тестируемого агента и в течение часа после аппликации с интервалом в 2 мин. Агент находился на коже в течение одной минуты, затем удалялся, при этом кожу вытирали насухо (не вызывая эритемы) и проводилось измерение. Затем вновь производили аппликацию агента и выполняли следующее измерение через 1 мин и т.д. Окончательно аппликацию удаляли через час (последнее измерение). Результаты. В ходе исследования было показано, что действие 30% раствора глюкозы на кожу человека к 20-й минуте приводило к дегидратации (увлажнение падало с 25 до 22). Затем на 23-й мин. происходило резкое увеличение влажности кожи (до 33), что свидетельствовало о появлении в роговом слое и на поверхности эпидермиса влаги из более глубоких слоев кожи. Также на 20-й мин наблюдалось уменьшение показателя эритемы (с 95 до 90), а на 23 мин. наблюдался его рост. А вот действие 40% и 50% глюкозы было более интенсивным и ярким. Дегидратация при использовании раствора 50% глюкозы наблюдалась уже на 17-й мин. исследования (было 25—19), а у раствора с 40% содержанием глюкозы она возникла на 19 мин. Уже на 20 мин. аппликации 50% раствора глюкозы на поверхности исследуемого участка кожного покрова происходило увеличение влажности (до 39). Для 40% раствора

глюкозы данное увеличение происходило на 22-й мин. (до 36). При тестировании 50% раствора глюкозы (30%спирт+20% воды) на 10 мин. обнаруживалась дегидратация (с 45 до 20), и уже на 12-й мин. исследования определялось повышение уровня увлажнения кожи. При этом показатель эритемы на 8-й мин. имел спад, затем к 12-й мин. увеличивался до 105. При тестировании ПЭГ-600, пропиленгликоля, глицерина дегидратация наблюдалась на 16—19-й мин. Резкое увеличение уровня увлажнения кожи начиналось с 19—22-й мин. Также наблюдался спад показателя эритемы на 16-й мин и рост на 19—18-й мин. При нанесении на кожу активных осмотических агентов распределение вещества происходит в поверхностных слоях эпидермиса. Пропитанные таким образом слои в течение некоторого времени выполняют роль «окклюзионной пленки». Это приводит к временному снижению TEWL. В этот момент регистрируется также некоторое снижение индекса эритемы, обусловленное уменьшением количества функционирующих микрососудов дермы в условиях «окклюзии». В дальнейшем осмотический агент распределяется в более глубокие слои эпидермиса, теряет концентрацию в результате поглощения внутриэпидермальной воды и перераспределения в тканях. Достигнув более глубоко расположенных слоев эпидермиса (зернистого и шиповидного), осмотический агент, по-прежнему сохраняющий высокую концентрацию по сравнению с электролитным составом межтканевой жидкости, вызывает компенсаторное расширение микрососудов и диффузию воды из сосудов в эпидермис, что приводит к увеличению как индекса эритемы, так и TEWL. Эти процессы протекают до того момента, пока в данном участке кожного покрова не будет восстановлено состояние изотонии.

**Заключение.** Клинически доказана возможность использования измерений TEWL, температуры и эритемы кожи для мониторинга временного обезвоживания эпидермиса кожи человека при местном применении иммерсионных гиперосмотических агентов, которые обеспечивают эффективное обезвоживание эпидермиса в течение 8—10 мин. Именно в течение этого периода времени следует ожидать более глубокого проникновения оптического излучения в кожу человека за счет снижения рассеяния (более плотная упаковка ткани), а также среднего ИК и терагерцового излучения за счет снижения поглощения, связанного с временной потерей воды.

## **К вопросу о структуре заболеваемости папилломавирусной инфекцией взрослого населения г. Москвы**

Гилядов А.Д., Халдин А.А., Быханова О.Н., Исаева Д.Р., Лупашко О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Поражения, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ), представляют большой научный интерес для специалистов различного профиля, так как многие из свыше 60 выделенных в настоящее время типов ВПЧ вызывают опухолевые поражения на коже и слизистых оболочках, в том числе и злокачественные. В эпидемиологическом надзоре за инфекционными заболеваниями накоплен большой опыт, разработаны теоретические, методические и организационные основы, определены особенности эпидемиологической диагностики в системе надзора за конкретными инфекциями. Вместе с тем остается нерешенной проблема достоверного учета одной из самых распространенных инфекций — папилломавирусной. Существующие утвержденные статистические формы не обеспечивают полного достоверного учета заболеваемости данной патологией как на территории Российской Федерации, так и на территории Москвы.

**Цель исследования:** изучить особенности распространенности болезней кожи, вызванных папилломавирусной инфекцией, в городе Москве у взрослых пациентов из числа лиц, обратившихся на прием в Центр вирусной патологии кожи филиала «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ. Была изучена частота встречаемости болезней кожи, вызванных различными видами вирусов папилломы человека среди взрослой популяции на основе сводного анализа оригинальной отчетной формы (Приложение к приказу № 223 от 25.06.2013 г.) за 2013г.

За время работы Центра вирусной патологии кожи, на амбулаторный прием консультативного отделения обратилось 1352 пациента с различными проявлениями болезней кожи, вызванных вирусами папилломы человека. Распространенность данной инфекции в возрастной категории от 18 лет выявлена с относительно равной частотой как среди женщин: 734 (54,3%), так и среди мужчин — 618 (45,7%). Согласно положениям приказа директора ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ № 223 от 25.06.13г были внесены изменения в регистрацию учета форм вирусных бородавок, в результате чего объективно проанализирована распространенность различных форм. Так, вульгарные бородавки диагностированы у 267 (19,7%), подошвенные бородавки у 311 (23%), ювенильные бородавки у 10 (0,7%), вирусные папилломы у 171 (12,6%), аногенитальные бородавки у 168 (12,4%) от числа всех обратившихся за медицинской помощью в центр вирусной патологии кожи.

Таким образом, по данным, Центра вирусной патологии кожи МНПЦДК ДЗМ, распространенность различных форм вирусных бородавок достаточно велика среди взрослого населения города Москва и не зависит от пола. Частота встречаемости вульгарных и подошвенных бородавок преобладает над другими формами папилломавирусной инфекции. При этом вирусные папилломы и аногенитальные бородавки встречаются в 2 раза реже, но одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Полученные данные говорят об устойчивой тенденции к росту заболеваемости ВПЧ среди взрослого населения, что свидетельствует об актуальности узкопрофильного приема и необходимости развития специализированной помощи населению.

## **Влияние внутрикожного введения препаратов нуклеиновых кислот на показатели эластичности кожи**

Гома С.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра косметологии, Санкт-Петербург

В настоящее время одной из широко используемых косметических методик, применяемых с целью коррекции возрастных изменений кожи, является мезотерапия. Предлагаемый спектр препаратов для мезотерапии весьма разнообразен. Однако все большее внимание косметологов привлекают препараты нуклеиновых кислот. В составе мезотерапевтических препаратов нуклеиновые кислоты стимулируют синтез РНК и репарацию ДНК. Происходит интенсификация тканевого метаболизма и активация пролиферативных процессов. Целью настоящего исследования явилась оценка изменения эластичности кожи при проведении мезотерапии препаратами нуклеиновых кислот.

В проведенном исследовании принимали участие 45 женщин в возрасте от 30 до 57 лет. Препарат нуклеиновых кислот вводили при помощи техники «глубокий напжаж», глубина введения препарата около 1,5 мм. Курс состоял из 10 процедур, интервал между

процедурами составлял 1 неделю. Исходно, после пятой процедуры и через неделю после десятой процедуры пациенткам выполняли исследование эластичности кожи с помощью прибора Cutometer MPA 580, Courage&Khazaka, Германия.

При изучении результатов эластометрии кожи после курса процедур мезотерапии препаратом нуклеиновых кислот отмечено достоверное снижение показателя растяжимости кожи R0. При этом повышалось значение R2, что свидетельствовало об улучшении эластических свойств дермы. Тем не менее, значения параметров R8, F0 снижались ( $p < 0,05$ ), что указывало на уменьшение вязкостных свойств и возрастание тургора кожи.

Полученные результаты свидетельствуют о стимулирующем влиянии мезотерапии препаратом нуклеиновых кислот на параметры эластичности и тургора кожи.

## Место ИППП в инфекционном фенотипе синдрома хронической тазовой боли

Гомберг М.А., Ковалык В.П.

Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт, Москва

Современные требования к классификации и выбору лечебной тактики хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) привели к применению фенотипирования. Данный подход лучше предыдущих классификаций характеризует особенности течения конкретного эпизода заболевания и помимо урологического кластера включает психологический, орган-специфический, инфекционный, системно-неврологический и мышечно-фасциальный кластеры. В связи с этим требуется уточнение роли уретральных ИППП в инфекционном фенотипе ХП/СХТБ.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 51 пациент с ХП/СХТБ категории IIIA. Тяжесть течения заболевания и качество жизни оценивали с помощью шкалы NIH-CPSI 1995 г. С помощью ПЦР выявляли *S.trachomatis*, *M.genitalium*, *M.hominis*, *Ureaplasma spp.*, *T.vaginalis*, *N.gonorrhoeae*, HSV-1,2.

Результаты. Средний индекс NIH-CPSI у пациентов с уретральными ИППП ( $n=21$ ) составлял  $21 \pm 3,2$  у пациентов без ИППП ( $n=30$ ) —  $18 \pm 2,8$ , Разность — 3,95%, доверительный интервал для разности — от 1,3 до 4,7. После проведенного лечения индекс NIH-CPSI достоверно не различался и составлял  $7 \pm 4,2$  балла.

Выводы. Уретральные ИППП являются значимой составляющей инфекционного фенотипа ХП/СХТБ, наличие которых приводит к достоверно более высокому индексу NIH-CPSI. Таким образом, схемы лечения ХП/СХТБ, ассоциированных с уретральными ИППП должны содержать соответствующие антибактериальные и/или противовирусные препараты.

## Снижение минеральной плотности костей у больных псориазом

Горина Ю.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Значительную часть больных псориазом составляют люди старшего и пожилого возраста, в связи с чем, повышается уровень регистрации коморбидной патологии: атеросклероз и его осложнения, сахарный диабет, болезнь Альцгеймера и

патология печени. Сопутствующие соматические заболевания увеличивают вероятность развития тяжелых форм дерматоза: псориазическая эритродермия, пустулезный, экссудативный и артропатический псориаз. В результате длительного и частого применения глюкокортикостероидов (ГКС) как составляющей части традиционной терапии заболевания в значительной степени повышается реализация побочных эффектов и усугубление коморбидности. Самый серьезный и распространенный из них — нарушение метаболизма костной ткани, приводящее к развитию остеопении и остеопороза, что может привести к атравматичным переломам костей скелета.

Цель исследования: оптимизация фармакотерапии псориаза при сопутствующем снижении минеральной плотности костей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных в возрасте от 18 до 65 лет с обыкновенным псориазом средней и тяжелой степени тяжести течения в стационарной стадии. Пациенты были разделены на две группы. Группа I (46 человек): больные вульгарным псориазом и диагностированными остеопенией и остеопорозом, которым проводилось комплексное лечение с использованием традиционной терапии (в течение 30 дней) и антирезорбтивных препаратов (алендронат натрия, производные витамина D3 и Ca) в течение одного года. Группу II (сравнения) составили 34 пациента, минеральная плотность костей которых находилась в пределах нормы. Больным данной группы проводилась традиционная терапия псориаза в течение одного месяца. Клиническая оценка тяжести течения дерматоза основывалась на анализе показателей индексов PASI. Состояние минеральной плотности кости (МПКТ) определялось при помощи двухлучевой абсорбциометрии (DEXA). Безопасность и адекватность антирезорбтивной терапии контролировались определением в сыворотке крови общего кальция методом колориметрии и активной метаболической формы витамина D3.

Результаты исследования. В результате проведенной терапии было констатировано снижение индекса PASI у пациентов первой группы на 63,34%; во второй группе динамика PASI составила 46,72%. Определение МПКТ через один год в первой группе продемонстрировало значительные улучшения в состоянии костной ткани: у 34 больных (73,91%) была выявлена норма, у 9 (19,57%) — остеопения и только у 3 (6,52%) — остеопороз на фоне повышения в сыворотке крови уровня общего кальция и витамина D3 до нормальных величин.

Выводы. Оптимизация кальциевого обмена и восполнение суточного потребления минерала способствовали выраженной положительной динамике клинических проявлений псориаза и замедлению процессов резорбции костной ткани.

## Гормональный статус пациента — ключевое звено индивидуальной программы коррекции косметических недостатков в клинике активного долголетия. Интралипотерапия, липосакция и липофиллинг. Критерии выбора метода коррекции эстетических недостатков в условиях клиники активного долголетия

Дергачева Л.И., Герчиков А.И.

Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

В современной клинике активного долголетия выбор метода коррекции фигуры между контурной пластикой и липофиллингом,

интралипотерапией, липосакцией и BodyJet-терапией определяет тип метаболизма, установленный по результатам генетического тестирования и определения гормонального профиля пациента.

Современная медицина рассматривает ожирение как самостоятельное многофакторное, хроническое, рецидивирующее заболевание, требующее серьезного лечения с позиции доказательной медицины и под контролем врача. Было установлено, что средняя продолжительность жизни больных ожирением сокращается на 5—7 лет. Данное состояние ассоциировано с другими соматическими патологиями: сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией, атеросклерозом, онкологическими процессами, гиперурикемией и др. В.М. Дильман (1986 г.) назвал ожирение «болезнью болезней». Избыточный вес нарушает в нашем организме деятельность, по меньшей мере, 9 систем органов: сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной, пищеварительной, мочеполовой систем, страдает опорно-двигательный аппарат, развиваются расстройства психики по типу депрессии и/или патологического переживания. Возникают изменения кожных покровов: появляется склонность к опрелостям, карбункулам, целлюлит, венозный стаз в ногах, отечность, «сосудистые звездочки», изменяются лицо и фигура. И часто для пациента главным является коррекция внешности, и он обращается к косметологу или пластическому хирургу.

Локальное удаление жира, помимо приносимого косметического эффекта, может использоваться для нормализации метаболизма гормонов, что часто приводит к восстановлению детородной функции у женщин и половой функции у мужчин. Улучшаются показатели уровня и соотношения между периферическими и тропными гормонами: в частности, между фолликулостимулирующим, лютеинизирующим (гормонами гипофиза) и половыми гормонами (часть трансформаций которых происходит в жировой ткани). Однако возможные послеоперационные осложнения, часто необходимость в последующих повторных косметических операциях (в том числе из-за эффекта Йо-йо) ограничивают применение хирургических методов в лечении ожирения. Поэтому для достижения полноценного долгосрочного эффекта необходимо сочетание хирургических и терапевтических методов лечения ожирения, а в случае липосакции — полноценное и всестороннее обследование пациента до и после операции. Обследование должно быть направлено на выявление сопутствующих ожирению заболеваний, коррекцию метаболического и антиоксидантного статуса (последнее особенно важно в ранний послеоперационный период).

Необходима преемственность в работе эндокринолога, диетолога и хирурга, а часто и психолога. Основными методами борьбы с ожирением являются: создание индивидуальной диеты для каждого конкретного больного с учетом его национальных, профессиональных и психологических особенностей, модификация пищевого поведения пациента, подбор адекватных физических нагрузок, уменьшающих инсулинорезистентность и способствующих нормализации обмена веществ. Дополнительными факторами являются: назначение медикаментозной терапии (сибутрамин, орлистат, фазеоламин, фенфлюрамин), добавление к питанию необходимых нутрицевтиков, биологически активных веществ к питанию (витамины, микроэлементы, флавоноиды, коэнзим Q10, эссенциальные жирные кислоты, липоевая кислота и др.) и хирургическое лечение.

В лечении ожирения можно выделить 2 фазы: похудения и поддержания достигнутых результатов. Наиболее успешной является 1 фаза, когда на фоне соблюдения диеты с умеренно пониженной энергетической ценностью (1300—1600 ккал) пациент снижает массу тела на 5—10% от исходной за первые три месяца. Но при возвращении образа жизни и питания к исходному, вес восстанавливается или даже прибавляется. В связи с этим большое внимание врачей должно быть

уделено фазе поддержания достигнутых результатов, во время которой проведение операций по локальному удалению жира представляется своевременным.

К сожалению, излечить от ожирения за отдельно взятый период времени невозможно, поэтому лечение следует проводить пожизненно. Однако современные методы липоскульптуры позволяют осуществить коррекцию фигуры и достичь выраженный косметический эффект. Проблемы эффективности вмешательства — это проблема выбора между интралипотерапией и липосакцией, липосакцией и липосакцией с липофилингом, использованием ультразвуковой, механической или физиологически более оправданной BodyJet-терапией — щадящей «струйной» липосакцией, с последующей пересадкой мезенхимальных стволовых клеток жира и восполнением объема любой части тела, т.е. контурной пластикой лица и фигуры. Критерии выбора метода коррекции косметических недостатков — генетические, метаболические и эстетические.

## Диагностические трудности в дерматовенерологии

Доля О.В., Гребенюк В.Н., Стоянова Г.Н., Лещенко Е.П., Кулешов А.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время понятие «ятрогения» трактуется как «разнообразие негативных моментов в процессе контакта врача или медицинского персонала с больным». Но следует отметить, что эта трактовка не учитывает объективной сложности установления верного диагноза и определения адекватной тактики ведения пациента.

Цель исследования: изучить причины трудностей диагностики и выбора тактики ведения пациентов дерматовенеролога с атипичной топикой поражения, нечастой встречаемостью патологии в практике врачей смежных специальностей.

Материалы и методы. Нами анализируются несколько клинических наблюдений, представляющих интерес с точки зрения диагностического мышления врача-дерматовенеролога, онколога, хирурга.

Клинические наблюдения: 1) Пациент 23 лет, находился в колопроктологическом отделении по поводу кровотечения из заднего прохода. Пациенту было произведено иссечение перианальных кондилов, расцененных хирургом как остроконечные. После получения результатов серологического обследования и консультации дерматовенеролога пациенту установлен диагноз: сифилис вторичный кожи и слизистых. 2) Пациент 45 лет направлен на консультацию с диагнозом: рак полового члена. Диагноз установлен онкологом на основании клинической картины и заключения патоморфолога. Рекомендовано хирургическое лечение. Дерматовенерологом установлен диагноз: вульгарная пузырчатка кожи и слизистых оболочек на основании клинической картины заболевания, цитологического исследования с обнаружением акантолитических клеток; заключения патоморфолога с финальной констатацией: признаков плоскоклеточного рака не обнаружено, выявленные изменения характерны для вульгарной пузырчатки. 3) Пациент 33 лет длительно получал лечение по поводу пиодермии. На основании клинической картины, данных серологического обследования установлен диагноз: другие симптомы позднего сифилиса (А 52.7) (третичный сифилис (серпигинозный бугорковый сифилид)).

Результаты. Адекватное лечение, проведенное пациентам, в одном случае привело к значительному улучшению состояния, в двух других — к излечению.

Заключение. Профилактикой патологий диагностики в дерматовенерологии, в частности и в любой другой медицинской специальности в целом является повышения своего профессионального уровня и безукоризненного соблюдения основных принципов этики и деонтологии.

### **Общая окислительная способность и окисленные липопротеины низкой плотности сыворотки крови у больных псориазом с метаболической патологией**

Донцова Е.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

В ряде работ было показано существенное значение окислительного стресса в патогенезе псориаза. Однако до настоящего времени не проведено исследований, посвященных анализу оксидативных расстройств при псориазе у больных с фоновой метаболической патологией.

Цель и задачи исследования: исследование уровней общей окислительной способности сыворотки (ООС), окисленных липопротеинов низкой плотности (окисленные ЛПНП) в сыворотке крови у больных псориазом, ассоциированным с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования. Обследовано 236 больных вульгарным псориазом с сопутствующим метаболическим синдромом, который диагностировали на основании критериев, разработанных экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2009), и 50 здоровых лиц. Общую окислительную способность сыворотки крови определяли энзиматическим тестом на анализаторе ИФА-ридер «Униплан» («Пикон», Россия) с использованием реактивов фирмы Labor Diagnostika Nord GmbH KG (Германия). Окисленные липопротеины низкой плотности определяли методом ИФА с использованием реактивов фирмы Biomedica (Германия) и стандартных 96-луночных планшетов.

Результаты исследования. Обследованные пациенты имели среднюю степень тяжести течения псориаза (PASI 49,53 ± 0,46 балла), женщин было 116, мужчин — 120. Возраст больных варьировался от 40 до 65 лет (средний возраст — 54, 55±5, 44 лет). Индекс массы тела равнялся 37,78±0,15кг/м<sup>2</sup> и соответствовал II степени ожирения. При биохимическом исследовании крови у обследованных пациентов с псориазом, имеющих диагностические признаки МС, установлено повышение уровня ООС крови до 4,98±0,04 мкмоль/л, что в 2,5 раза было выше по сравнению с группой здоровых лиц (1,97±0,07 мкмоль/л, p<0,05), а содержание окисленных ЛПНП в сыворотке крови составляло 143,03±1,05 нг/мл, в 2,3 раза превысив значение данного показателя у здоровых лиц (62,16±1,26 нг/мл, p<0,05).

Выводы. Повышенная общая окислительная способность крови и увеличенная продукция окисленных липопротеинов низкой плотности указывают на участие оксидативных изменений в патогенезе псориаза, ассоциированного с МС, с развитием состояния оксидативного стресса. Установленная роль оксидативных расстройств в формировании псориаза вызывает необходимость поиска новых способов коррекции выявленных нарушений.

### **Дерматоскопическая картина невусов в детском возрасте**

Древаль Д.А., Глобина У.С.

Международная клиника MEDEM, Санкт-Петербург

Невусы — доброкачественные меланокитарные новообразования кожи. Однако описаны случаи ассоциации меланомы с невусами. Можно предположить, что процессы доброкачественной и злокачественной меланокитарной пролиферации каким-то образом взаимосвязаны. Чтобы лучше понимать механизмы развития меланомы, необходимо изучать и процессы невогенеза. В различных возрастных группах могут преобладать определенные типы невусов.

Цель: определить особенности дерматоскопического строения невусов у детей.

Материалы и методы. Произведено дерматоскопическое исследование кожи 34 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, обратившихся к дерматологу в клинику «MEDEM» в 2013 г. Все дети были разделены на 3 возрастные группы: I — до 5 лет (4 ребенка); II — от 6 до 10 лет (7 детей); III — от 11 до 15 лет (23 ребенка). Для дерматоскопической оценки новообразований использовался паттерн-анализ. В процессе диагностики новообразований отбирались только небольшие меланокитарные невусы менее 5 мм в диаметре. Известно, что дерматоскопическая картина новообразования четко соответствует особым морфологическим структурам. Так, врожденные невусы располагаются в дерме и при дерматоскопии имеют глобулярное и/или гомогенное строение. В то время как приобретенные невусы залегают поверхностно и проявляются пигментной сетью — ретикулярным строением. Особое распределение веретенчатых меланокитарных клеток в шпиге невуса при дерматоскопии имеет вид звезды, или звездчатое строение.

Результаты. При дерматоскопическом исследовании 34 детей диагностировано 439 невусов. С возрастом детей возрастает и среднее количество невусов: 5,3 в I группе, 10,9 во II и 14,9 в III. Во всех трех группах преобладали невусы с глобулярным или гомогенным строением 73% и 13%, соответственно. Реже диагностировались ретикулярные 13% и звездчатые невусы 1%, которые встречались только во II и III возрастных группах. При этом большинство ретикулярных невусов (84%) определялось у детей старше 10 лет.

Выводы. Проведенное исследование показало, что у детей преобладают невусы с глобулярным и гомогенным строением, характерным для врожденных невусов. С ростом ребенка отмечается тенденция к увеличению общего количества невусов. Ближе к школьному возрасту у детей начинают появляться ретикулярные — приобретенные невусы и звездчатые — шпиге невусы. Дерматоскопия помогает определить различные типы невусов, что открывает перед нами возможность прогнозировать их течение. Необходимы дальнейшие исследования в данном направлении.

### **Противовоспалительный эффект крема с 4% никотинамидом при легкой степени акне**

Дягилева А.А., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Никотинамид используется в дерматологии более 40 лет и обладает широким спектром клинических эффектов. Никотинамид применяется при лечении акне, розацеа, аутоиммунных буллезных дерматозов, профилактики фотостарения и

фотоиммуносупрессии. Активность никотинамида связана с ингибированием хемотаксиса лейкоцитов, освобождением ферментов лизосом, трансформацией лимфоцитов, дегрануляцией тучных клеток, подавлением вазоактивных аминов, сохранением внутриклеточного ферментного гомеостаза, кроме этого для лечения акне важным является бактериостатический эффект в отношении *Propionibacterium acnes* и уменьшение продукции кожного сала.

Целью исследования было оценить влияние обезжиренного крема с 4% никотинамидом на морфологические элементы акне. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 человек в возрасте от 18 до 23 лет (средний возраст  $21,8 \pm 1,5$  лет), мужчин — 4 и женщин — 21. Критериями включения в группу являлось: наличие воспалительных элементов акне при легкой степени тяжести заболевания с локализацией на коже лица. Пациенты 2 раза в день на протяжении 8 недель наносили на лицо крем с 4% никотинамидом («Папулекс»).

Результаты. До начала терапии у 21 (84%) пациентов на лице были папулезные элементы, среднее количество  $3,6 \pm 2,8$  элементов, у 22 (88%) — пустулы в количестве  $3,5 \pm 2,4$  у пациента, закрытые комедоны — у 21 (84%) человека в количестве  $15,3 \pm 11,4$  и открытые комедоны у 18 (72%) больных в количестве до 20 элементов. Через 8 недель применения крема «Папулекс» отмечали уменьшение количества элементов акне на коже лица: папулы сохранялись у 8 (32%) пациентов, среднее количество  $0,9 \pm 0,7$  у пациента, пустулы были у 14 (56%) человек (среднее количество —  $2,1 \pm 1,9$ ), закрытые комедоны — у 19 (76%), среднее количество  $4 \pm 2,7$  элементов; открытые комедоны — у 8 (32%), среднее количество —  $2,4 \pm 2,1$ . Для оценки действия крема «Папулекс» на различные элементы акне был проведен подсчет общего количества элементов у всех пациентов до и после лечения. После 8 недель терапии наблюдали уменьшение абсолютного количества всех элементов акне (папул, пустул, открытых и закрытых комедонов). Наблюдалось уменьшение количества папул до 25% от начального количества, пустул — до 58%, открытых комедонов — до 40%, закрытых комедонов — до 25%. Таким образом, в процессе терапии значительно уменьшалось абсолютное количество папул и закрытых комедонов. Полный регресс папул к 8 неделе терапии наступил у 50% пациентов, имеющих папулы до начала лечения, по сравнению с закрытыми комедонами, количество которых уменьшалось, но полный регресс этих элементов наступил только у 14% больных. Положительную клиническую динамику наблюдали у 64% больных: значительное улучшение было отмечено у 7 (28%) пациентов, улучшение — у 9 (36%). Таким образом, в течение 8 недель применения обезжиренного крема против акне «Папулекс» у пациентов с легким течением заболевания наблюдали уменьшение воспалительных элементов акне: пустул на 42%, папул — на 75% от первоначального количества.

## Мужская фертильность в современных условиях

Евдокимов В.В., Касатонова Е.В.  
Научно-исследовательский институт урологии, Москва

Демографическая ситуация в стране характеризуется падением уровня рождаемости на фоне высокой частоты бесплодных браков — более 17%, что затрагивает почти 5 млн человек. В этой структуре мужской фактор в последние годы стал ведущим, достигая 30—50%. По данным

международных клинических исследований отмечено снижение мужской фертильности, вызванной различными причинами, среди которых преобладают ИППП, крипторхизм, гипогонадизм. Отмечена высокая встречаемость идиопатической формы бесплодия. Влияние различных инфекций выражено в нарушениях параметров эякулята, таких как снижение подвижности сперматозоидов и их нормальных форм — астенотератозооспермии.

Целью проводимой работы является определение состояния сперматогенеза при инфекциях половых желез. Поставленные задачи: выявить спектр инфекционных агентов, поражающих репродуктивные органы; на этом фоне оценить состояние основных параметров эякулята и провести адекватную коррекцию выявленных нарушений сперматогенеза. Материалом для исследования служили образцы эякулята, представляемые для посева и ПЦР и для проведения стандартного анализа параметров эякулята.

За последние 5—7 лет, по данным клиники НИИ урологии, произошли изменения в содержании ИППП у обследованных пациентов (920 мужчин) с различными клиническими диагнозами: простатит, орхоэпидидимит, простатовезикулит, уретрит. В исследованных образцах эякулята преобладала уреоплазма — 15%, микоплазмы встречались в 1,4% случаев, хламидии — 3,2%, герпес — 0,3%, цитомегаловирус — 1,1%, гарднереллы — 4%, вирус папилломы человека тип 16—70 — 3,7%. Выделенные изменения встречаемости ИППП можно объяснить резистентностью микроорганизмов к антибиотикам, что частично показывают результаты посевов эякулята и мочи. В посевах эякулята преобладали энтерококки и кишечная палочка. В посевах мочи высеваемость отличалась большим разнообразием видов: кишечная палочка, энтеробактер, стафилококк эпидермальный и золотистый, клебсиелла и др. Устойчивость к антибиотикам выявляла разную степень чувствительности. При назначении курса антибиотиков опирались на клиническую симптоматику и лабораторные результаты. На фоне инфицирования половых желез и проводимого лечения происходили изменения параметров эякулята. Из основных нарушений отмечено снижение подвижности общей и активной части, уменьшение нормальных форм сперматозоидов и числа живых клеток. В группах пациентов, получавших антибиотики вместе с иммунным препаратом лавомакс, изменения параметров эякулята были менее глубокими и нормализовались в более ранние сроки в течение 1—1,5 месяцев. В терапевтический курс этой группы включали использование антиоксидантов — оводорин, мексидол, простопин. Полученные данные приводят к определенным выводам: использование только тех антибиотиков, к которым выявлена высокая чувствительность микроорганизма; при низкой эффективности антибиотика можно включать в схему терапии интерфероген — лавомакс и антиоксиданты; проводить коррекцию нарушений сперматогенеза через 2—3 недели после курса антибиотиков; повторные анализы эякулята для оценки восстановления сперматогенеза можно провести через 3—4 месяца.

## Лобулярный панникулит: липодерматосклероз

Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М., Пушкова О.В.,  
Раденска-Лоповок С.Г., Карпова Ю.А.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой, Москва

Липодерматосклероз (ЛДС) относится к преимущественно лобулярным панникулитам (ЛП) и представляет собой дегенеративно-

дистрофические изменения подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), возникающие чаще у женщин среднего возраста, страдающих ожирением и хронической венозной недостаточностью (ХВН).

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности ЛДС. Методы: из 467 пациентов, обратившихся в ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» с направляемыми диагнозами «узловая эритема» или «панникулит», у 9,9% (46) больных (ж — 44, м — 2) в возрасте от 18 до 82 лет с повышенной массой тела (32) верифицирован ЛДС с длительностью болезни 11,8±6,4 месяцев. Помимо общеклинического обследования (включая определение уровней амилазы, липазы, α-1—антитрипсина, креатинфосфокиназы, С-РБ, анти-ДНК, антител к вирусам гепатитов В/С, йерсиниям, АСЛ-О и т.д.), проводили КТ органов грудной клетки, УЗДГ сосудов нижних конечностей (н/к), УЗИ узла, патоморфологическое исследование кожного биоптата из области узла, внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты. В 18 случаях (39%) верифицировано острое течение ЛДС, которое характеризовалось появлением болезненных уплотнений без четких границ. В 28 случаях (61%) — хроническое, с наличием симптома «перевернутого бокала». В 52% поразились медиальная и в 34% передняя поверхности нижней трети голени. В 90% случаев процесс носил асимметричный характер. Диаметр узлов составлял 6х12±4см, с умеренной болезненностью (ВАШ боли =45±20 мм) и количеством до 5 уплотнений у 85% больных. У 21 (46%) пациента поражение кожи ассоциировалось с полиартралгиями (15), миалгиями (12), ускоренным СОЭ (8) и повышением титра СРБ (8). 73% больных имели ХВН с длительностью заболевания 10,2±1,3 лет, подтвержденную УЗДГ н/к. УЗИ узла показало утолщение ПЖК в виде «глыбчатости» с макроваскуляризацией. Гистологическое исследование подтвердило наличие ЛП со склерозом пограничной зоны клетчатки и артерий. Заключение: ЛДС — заболевание, которое может встретиться в практике врача любой специальности и требует проведения тщательной дифференциальной диагностики с ЛП иного генеза.

## Использование фототерапии УФВ 311нм в лечении больных прурито

Жукова О.В., Круглова Л.С., Абесадзе Г.А., Бебякина Л.В., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Стрелкович Т.И. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Исследования были проведены у 90 больных прурито. Среди них 79 женщин (87,8%) и 11 мужчин (12,2%) в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст составил 42,3 ±3,2 года. Продолжительность заболевания составила от 1 месяца до 2 лет (в среднем 3,6±1,2 месяцев). В зависимости от проводимого лечения пациенты были распределены на три, сопоставимые по основным параметрам, группы. 1 группа (основная) — 30 больных — получали узкополосную средневолновую (311 нм) фототерапию. 2 группа (сравнения) — 32 больных — в качестве физиотерапевтического лечения получали УФБ — облучение широкого спектра с длиной волны 280—320 нм. 3 группа (контроля) — 28 пациентов, которым проводилась традиционная фармакотерапия, которая и составила медикаментозный фон в 1 и 2 группах. Медикаментозная терапия включала десенсибилизирующие препараты, сорбенты, в качестве наружного лечения пациенты использовали адывантные топические средства. Процедуры УФО в 1 и 2 группе проводились от аппарата WaldmanUV-7001 К (Германия). Минимальную дозу облучения и дальнейшее ее увеличение определяли после установления типа кожи пациента. Процедуры назначались по схеме 3 облучений в неделю, на курс 15-20 процедур.

Специальные методы исследования включали: определение выработки цитокинов (ИЛ 1β, ИЛ 2, ИЛ 4, ИЛ 6, ИЛ 8, ИФНγ, ФНОα) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента с использованием наборов «Цитокины и ProCep» (Санкт-Петербург). До начала терапии у больных прурито отмечалось достоверное повышение содержания провоспалительных цитокинов: ИЛ 1β до 63,4±2,5 (p<0,05), ФНОα до 60,6±2,4 и ИЛ 6 до 25,2±1,4 (p<0,05). Содержание противовоспалительного цитокина ИЛ 4, а также иммунорегуляторных цитокинов ИЛ 2 и ИФНγ до и после лечения статистически не отличались в двух группах. В то же время уменьшение после курса узкополосной средневолновой фототерапии выработки ИЛ 1β, ФНОα и ИЛ 6 до 27,1±1,1, 31,3±1,8 (p<0,05) и 14,6±0,7 позволяет трактовать действие этого метода как противовоспалительное и десенсибилизирующее (табл.). После стандартной медикаментозной терапии достоверно значимых изменений уровня цитокинов не отмечалось.

Динамика показателей цитокинового статуса у больных прурито (M±m) Показатель (пг/мл) До лечения (n=55) После лечения 1 группа (n=27) 2 группа (n=28) Провоспалительные цитокины ИЛ 1β < 663,4±2,5 P1\*27,1±1,1 P2\*\*51,6±1,5 P1, P3\*\* ИЛ 6 < 525,2±1,4 P1\*14,6±0,7 P2\*\*23,4±1,6 P1, P3\* ФНОα < 960,6±2,4 P1\*31,3±1,8 P2\*\*37,8±1,8 P1, P3\* Противовоспалительные цитокины ИЛ 4 < 7,74±1,8 8,6±1,2 8,3±1,1 Иммунорегуляторные цитокины ИЛ 2 < 5,53±0,4 4,9±0,3 5,4±0,6 ИФНγ < 8,74±2,6 7,7±1,1 6,5±1,8 Примечание: P1 — сравнение с нормой, P2 — сравнение с показателями до лечения, P3 — сравнение между группами; \* — p<0,05; \*\* — p<0,01. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о патогенетической направленности узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии у пациентов с прурито и подтверждают устранение иммунного дисбаланса, что лежит в основе высокого качества полученных результатов. Высокая эффективность, безопасность, простота применения позволяют рекомендовать разработанный метод для широкого применения в клинической практике.

## Опыт применения фотофореза у пациентов с веррукозной формой красного плоского лишая

Жукова О.В., Круглова Л.С., Бебякина Л.В., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Финешина Е.И. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Постоянно рецидивирующее, нередко торпидное и резистентное к традиционным методам терапии течение красного плоского лишая (КПЛ), особенно форм, сопровождающихся гипертрофическими изменениями, создает потребность в совершенствовании методов его лечения. Актуальным направлением является разработка новых фармако-физиотерапевтических методик для повышения эффективности лечения КПЛ. Под нашим наблюдением находились 25 больных (средний возраст 36,4±6,8) с диагностированной веррукозной формой КПЛ. Все пациенты получали фотофорез гиалуронидазы и традиционную медикаментозную терапию. Воздействие инфракрасным лазерным излучением (0,89 мкм) осуществлялось в импульсном режиме с частотой следования импульсов 80—1500 Гц и импульсной мощностью 2—4 Вт имп., по лабильной методике, контактным способом, время воздействия 10 минут, суммарная площадь воздействия не более 50 см<sup>2</sup>. На курс 10 процедур, проводимых через день. Эффективность терапии определялась в соответствии

с положительной динамикой основных диагностических критериев (клинических и лабораторных) и оценивалась с помощью общего индекса эффективности (ИЭФЛ) и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). По окончании наблюдения у большинства больных 72% ИЭФЛ снизился на 85,4% и составил  $4,82 \pm 0,12$  ( $p < 0,05$ ), индекс ДИКЖ улучшился на 73% и составил  $3,8 \pm 1,2$  балла. Общий положительный терапевтический эффект был отмечен у большинства пациентов — 80%. Ухудшение состояния (сохранение отрицательной динамики или дальнейшее прогрессирование процесса) наблюдалось у двух больных (8%), что, по нашему мнению может быть связано с индивидуальными особенностями течения заболевания. Анализ безопасности применения фотофореза проводился на основании оценки побочных реакций. Ни в одном случае применения фотофореза не было отмечено ни местных, ни общих побочных реакций. Таким образом, введение гиалуронидазы с помощью фотофореза позволяет повысить эффективность терапии у больных веррукозной формой красного плоского лишая.

## Генетический портрет — основа индивидуальной anti-age программы в клинике эстетической медицины

Жученко Н.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

Одним из наиболее перспективных направлений современной медицины является разработка методов индивидуальной профилактики и индивидуального лечения, основанных на понимании молекулярных основ этиологии и патогенеза болезни или комплекса заболеваний, развивающихся у определенного больного. В начале XX века С.П. Боткин писал — «есть одинаковые болезни, нет одинаковых больных», и сегодня эти слова получили блестящее подтверждение. Геномы всех людей, не исключая и однояйцевых близнецов, различны. Независимое наследование родительских хромосом и генетическая рекомбинация в мейозе создает неисчерпаемое генетическое разнообразие человека. Неповторимость генетической конституции во многом определяет здоровье и особенности развития заболевания у каждого конкретного человека.

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в этиологию подавляющего большинства наиболее частых болезней человека, которые в генетике называют мультифакториальными, существенный вклад вносят генетические составляющие. Революционные достижения генетики человека, связанные с расшифровкой генома человека, привели к тому, что задачи классической медицины — диагностика, профилактика и лечение — решаются не только на уровне организма в целом, но и на уровне генных и метаболических сетей, а также отдельных молекул ДНК, РНК, белков.

Достижения исследования генома человека сделали реальной раннюю, досимптоматическую диагностику многих мультифакториальных заболеваний. И слова французского ученого Жана Доссе, о том, что «чтобы предупредить болезнь, ее нужно предвидеть», сейчас актуальны как никогда. Это высказывание лежит в основе «предиктивной» медицины. Генетическое тестирование полиморфизмов (аллельных вариантов) генов-кандидатов составляет методическую основу предиктивной медицины.

Не исключением являются и такие заболевания, как витилиго, атопический дерматит, угревая сыпь и другая патология, с которой часто сталкиваются врачи эстетической медицины.

После генетического тестирования, обследуемый получает заключение, в котором указаны протестированные гены, их полиморфные варианты, согласно генотипу дается оценка риска с рекомендациями дальнейших лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Эта информация подготавливается врачом-генетиком и передается отдельно лечащему врачу и пациенту.

Индивидуальный подход к пациенту, основанный на научной интерпретации результатов генетического исследования и их сопоставления с данными клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяет осуществить раннюю диагностику генетически детерминированных заболеваний и предложить максимально эффективную схему профилактических и лечебных мероприятий для предупреждения развития патологического процесса.

Совершенно очевидно, что работа по выявлению структурных особенностей генома человека, ассоциированных с риском возникновения широко распространенных заболеваний, необходима, и, возможно, в скором будущем будет составлена генетическая анатомия различных патологических состояний человека.

Появление новых, высокоэффективных методов молекулярной диагностики делает неизбежным и научно оправданным внедрение генетического тестирования в клиническую практику.

## Современные аспекты проблемы баланопостита

Забиров К.И., Мусаков В.Ю.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Многие кожные заболевания протекают с явлениями баланопостита, что требует проведения дифференциальной диагностики с использованием лабораторных, морфологических и других методов исследования. В структуре заболеваний кожи полового члена баланопостит составляет 47% случаев.

Цель исследования: оценить этиологическую структуру и значение различных факторов, предрасполагающих к развитию баланопостита, и провести фармакоэкономический анализ методов лечения.

Задачи исследования. Уточнить распространенность, предрасполагающие факторы и причины баланопостита у больных с заболеваниями кожи полового члена.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 112 больных заболеваниями кожи полового члена в возрасте от 17 до 79 лет. Использовались клинические, лабораторные, морфологические и фармакоэкономические исследования.

Результаты исследования. Из 112 больных баланопостит диагностирован у 38 (33,9%); баланопостит, осложненный фимозом, — у 53 (47,3,0%). Кожные заболевания обнаружены у 18 (47,4%) пациентов (красный плоский лишай (5), склеротрофический лишай (9), псориаз (3), плазмоцеллюлярный баланит Зоона (1)), что подтверждено морфологическими исследованиями.

Анализ результатов микробиологического исследования показал, что в 53 случаях (47,3%) наблюдений имела место кандидозная этиология баланопостита, протекающая у части пациентов на фоне сахарного диабета.

Из факторов, предрасполагающих к развитию баланопостита, в 18,4% являлось узкая или удлиненная крайняя плоть, у 23,7% — сахарный диабет, у 31,5% — уретрит и у 15,8% — простатит.

Выбор метода лечения базировался на результатах клинических, микробиологических, лабораторных исследований и носил междисциплинарный характер. Лечение проводилось совместно с

дерматовенерологами и эндокринологами. Фармакоэкономический анализ «затраты—эффективность» продемонстрировал преимущества оперативного (циркумцизия) метода лечения при рецидивирующим кандидозном баланопостите у больных сахарным диабетом.

Выводы. Проблема ведения больных баланопоститом является междисциплинарной: на разных этапах развития и лечения баланопостита пациенты могут находиться в компетенции дерматовенеролога, уролога, эндокринолога.

## Аллергодерматозы как симптом патологии кишечника

Загртдинова Р.М., Загртдинова Р.Н., Ляшенко Н.В.

Ижевская государственная медицинская академия, кафедра дерматовенерологии, Ижевск

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов (12 женщин и 6 мужчин) с различными аллергодерматозами в возрасте от 23 до 62 лет. У 4 больных наблюдалась хроническая рецидивирующая крапивница, у 3 — многоформная экссудативная эритема, у 9 — хроническая часто рецидивирующая экзема, у 2 — токсикодермии с частыми рецидивами. Все пациенты связывали обострения своих заболеваний со стрессами, 15 больных признали связь рецидивов с погрешностями в еде. При более тщательном расспросе выявлено, что все пациенты страдают нерегулярностью опорожнения кишечника. У 13 пациентов кишечник опорожняется лишь 1 раз в 3, а иногда и в 4 дня. У остальных 5 больных процесс освобождения кишечника от каловых масс происходит в среднем 1 раз в 2 дня. Ранее пациенты в качестве лечения неоднократно получали длительные курсы антигистаминных препаратов, 6 больным проводилось лечение кортикостероидами, но заболевание рецидивировало вновь и вновь, причем с каждым разом обострение протекало более тяжело, ремиссии становились короче. Всем наблюдаемым больным была назначена терапия, включающая кроме длительного курса (2 месяца и более) антигистаминов 2-го поколения, желчегонные средства, эу- и пробиотики, диету, стимулирующую моторику кишечника. Все пациенты отметили улучшение состояния, исчезновение зуда уже на 6 день терапии. Высыпания на коже у 12 больных полностью исчезли на 8-й день комплексного лечения. К концу двухмесячного курса комплексной терапии улучшилось общее самочувствие у всех больных, они отметили легкость в животе, повышение работоспособности и настроения. Высыпания и зуд их также не беспокоили. В процессе наблюдения в течение 8 месяцев у 14 больных рецидивы заболевания не наблюдались. У 2 пациентов были рецидивы истинной экземы, которые протекали менее злокачественно и легко купировались при повторении курса лечения. У одной пациентки было обострение многоформной экссудативной эритемы через 5 месяцев, а у одного больного рецидив крапивницы через 4 месяца. Последние 2 пациента признались, что нарушали диету, и обострения своих дерматозов связали с рецидивом запоров. После проведенного курса комплексной терапии с включением препаратов и диеты, улучшающих функцию кишечника, рецидивы легко купировались. Включение в комплекс терапии аллергодерматозов препаратов и диеты, восстанавливающих моторику кишечника, повышают эффективность лечения и способствуют удлинению ремиссии дерматозов.

## Особенности клиники и лечения псориаза у детей

Загртдинова Р.М., Загртдинова Р.Н., Мартынова Л.М., Мельник О.И.  
Ижевская государственная медицинская академия, кафедра дерматовенерологии, Ижевск

Под нашим наблюдением находилось 24 ребенка (15 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 6 до 15 лет, страдающих псориазом. На начало наблюдения у всех пациентов была прогрессивная стадия заболевания. У 17 пациентов наблюдалась экссудативная форма дерматоза. Ярко-красные экссудативные папулы, местами слившиеся в более крупные нуммулярные элементы, располагались преимущественно на коже туловища. В центральной части элементов располагались влажные желтоватые чешуйки и чешуйко-корки, часть из них имела геморрагический компонент, по периферии папулезных элементов наблюдался венчик роста. У семи более старших (12, 14 и 15 лет) детей диагностирована обычная форма псориаза. Преимущественная локализация патологического процесса у пяти из них была на коже туловища и бедер. Имелись папулы, местами слившиеся в бляшки размером до 3—4 см в диаметре. По срединной их поверхности располагались серебристые чешуйки. У двух мальчиков процесс был локализован на коже подошв и ладоней: очаги бордового цвета с четкими границами и трещинами по поверхности. У 21 наблюдаемого больного былаотягощена наследственность по псориазу, причем у 18 — по линии отца. Все наблюдаемые нами пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. Основная группа (11 детей) получали в качестве основного лечения препарат  $\gamma$ -D-глутамил-D-триптофана натрия интраназально. По 1—2 дозы ежедневно в каждый носовой ход спрей использовался в течение 5 дней, затем делался перерыв в 3 дня. Такие курсы повторялись 4 раза каждому ребенку. В комплекс лечения группы сравнения (13 детей)  $\gamma$ -D-глутамил-D-триптофана натрия не включался. Кроме того, все наблюдаемые пациенты получали аскорутин, желчегонные средства, гепатопротекторы и топические средства. Разрешение псориатических элементов в основной группе наблюдалось более активно: начало их регресса пришлось на 7-й день, полное разрешение на 23-й день терапии. В группе сравнения регресс начался в среднем на 10-й, а полное разрешение папул закончилось на 28-й день лечения. Значимым также явилась нормализация показателей иммунитета среди детей основной группы наблюдения. В течение последующего года обострение псориаза выявлено у 5 пациентов из группы сравнения. У детей из группы, пролеченной  $\gamma$ -D-глутамил-D-триптофана натрия, обострений дерматоза до сегодняшнего дня не наблюдалось. Использование  $\gamma$ -D-глутамил-D-триптофана натрия в форме спрея для лечения псориаза является удобным и эффективным, способствует восстановлению показателей иммунитета и удлинению ремиссии заболевания.

## Инфекции мочевыводящих путей и инфекции, передаваемые половым путем, у женщин: сходство и различия, особенности диагностики и лечения

Зайцев А.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра урологии, Москва

В возрасте от 18 до 24 лет ИМП встречается в 17,5% случаев у женщин и лишь в 0,5% случаев у мужчин. В течение жизни ИМП отмечаются у 50% взрослых женщин, у 25% наступает рецидив ИМП в течение 1 года. Около 15% антибиотиков в амбулаторной практике в США выписывается в связи с ИМП. Прямые и непрямые затраты на внебольничные ИМП в США превышают \$1,6 млрд в год, в странах ЕС — 1,5 млрд евро. Основной путь инфицирования нижних мочевыводящих путей у женщин — восходящий. Микрофлора

интритуса и дистального отдела уретры идентична у 80% больных ИМП. Половой контакт является признанным важным фактором риска развития ИМП у женщин, однако точное количество таких больных неизвестно. По данным ряда авторов, циститы, связанные с половым контактом (sex-induced cystitis), составляют около 4% инфекций нижних МВП и 60% в случаях рецидива заболевания. Наблюдаются наиболее часто в возрасте от 23 до 27 лет. Цистит, обычно, развивается у женщин через 24—72 часа после intercourse (пик приходится на 48 часов). Примерно у 20% взрослых женщин с культурально доказанной ИМП имеется сопутствующая влагалищная или цервикальная инфекция, обусловленная такими микроорганизмами, как *Trichomonas vaginalis* (TV), *Chlamydia trachomatis* (CT), и *Neisseria gonorrhoeae* (GC). Обследованы 296 сексуально активных женщин в возрасте 16—22 лет. Диагностика ИППП: соскоб из влагалища на *Trichomonas vaginalis*, исследование мочи молекулярно-биологическими методами для выявления *Neisseria gonorrhoeae* или *Chlamydia trachomatis*. Распространенность ИМП и ИППП была 17 и 33% соответственно. Дизурию отмечали 154 (51%) женщин: лейкоцитурия, >1 партнера за последние 3 месяца и ИППП в анамнезе позволяли предположить наличие ИППП. Анализ мочи позволил выделить 4 группы: (1) Нормальный анализ мочи — 67%, отсутствие инфекции; (2) Наличие нитритов или белка — 55%, выявлена ИМП; (3) Наличие лейкоцитов или эритроцитов — 62%, выявлена ИППП; (4) Наличие нитритов/белка и лейкоцитов/эритроцитов — 28% ИППП и 65% ИМП. При отсутствии ИМП у пациенток чаще выявлялась *Trichomonas vaginalis*. У 65% пациенток со стерильной пиурией выявлена ИППП, преимущественно *Trichomonas vaginalis* или *Neisseria gonorrhoeae*. Необходимо проводить обследование сексуально активных молодых женщин с дизурией на ИМП и ИППП. Наличие симптомов и изменений в анализе мочи диктует необходимость дополнительного обследования на GC и TV. Лейкоцитурия у молодых женщин является существенным прогностическим фактором наличия GC и TV. Каждому пациенту необходимо выполнить анализ мочи, посев мочи и PCR на CT и GC, а также микроскопическое исследование нативного препарата для выявления TV и других причин вульвовагинальных симптомов. ИМП и ИППП имеют схожие факторы риска, такие как недавний половой контакт. Нарушение защитных факторов организма, вызванное одной инфекцией, например воспалением в уретре, может делать больного более восприимчивым к другой инфекции. Наличие в моче больных с ИМП лейкоцитов и эритроцитов является в большей степени прогностическими факторами ИППП, а нитритов и белка — ИМП. Стерильная пиурия нередко ассоциирована с наличием CT. Необходимо совершенствование как клинических, так и диагностических подходов к этой проблеме.

## Выявление нейросифилиса в Московской области

Залевская О.В., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М.  
Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

В последнее время увеличилось выявление случаев нейросифилиса в Московской области. С 2009 г. по 2013 г. ежегодно регистрировалось 47—42—58—46—67 случаев нейросифилиса, что составляло от 1,6% до 4,0% от всех впервые зарегистрированных случаев сифилиса. Из них ранний нейросифилис составлял 9—7—6—9—5 случаев, поздний — 39—35—52—37—62 случая соответственно.

Установление диагноза нейросифилиса у серопозитивных по сифилису пациентов происходило только после консультации невропатолога и взятия спинномозговой жидкости с клиническим и серологическим исследованием ликвора. Пациенты, которым в последующем устанавливался диагноз нейросифилиса, выявлялись специалистами стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений.

Лидируют по числу выявленных пациентов с нейросифилисом стационары неврологического профиля. В разные годы в неврологических стационарах выявляется от 34% до 53% от всех больных нейросифилисом, в психиатрических стационарах — от 9,5% до 17%, в терапевтических стационарах — от 5,2% до 16,4%. Забор спинномозговой жидкости проводится примерно у 60% (от 58,8% до 64,9%) пациентов с сифилисом, выявленных на койках неврологического профиля, у 33% (от 30,3% до 36,0%) — на койках психиатрического профиля.

В неврологических стационарах специфическое поражение нервной системы выявлялось у серопозитивных по сифилису пациентов с нарушением мозгового кровообращения, энцефаломиелополинейропатией, эпилепсией, остеохондрозом, гидроцефалией, рассеянным склерозом, арахноидитом и т.д. Так, нейросифилис устанавливался примерно у 60% (от 57,1 до 64,7%) обследованных ликворологически пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения; у 61% (от 50 до 75% в разные годы) — с энцефаломиелополинейропатиями; от 25 до 100% у больных с эпилепсией; у 50% больных с рассеянным склерозом.

В разные годы в психиатрических стационарах нейросифилис выявлялся при исследовании ликвора у серопозитивных по сифилису пациентов с шизофренией (от 50 до 100% случаев), деменцией (от 50 до 100% случаев), психоорганическим синдромом (100%), а также с депрессией, бредовым синдромом, маниакальным эпизодом, суицидальной попыткой. Еще нейросифилис устанавливался у некоторых пациентов, страдающих алкоголизмом или наркоманией.

В некоторых муниципальных учреждениях отсутствуют специализированные кардиологические и неврологические стационары, в связи с чем часть пациентов с неврологической и кардиологической патологией оказывается на койках терапевтического профиля. У таких пациентов с предварительными диагнозами: острые нарушения мозгового кровообращения, энцефаломиелополинейропатия, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, при ликворологическом обследовании выявлялся нейросифилис.

Таким образом, ликворологическому обследованию для исключения или подтверждения нейросифилиса должны подвергаться все больные с положительными серологическими реакциями на сифилис, госпитализированные в неврологические, психиатрические, терапевтические стационары.

## Основные направления повышения доступности и качества медицинской помощи в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии ДЗ г. Москвы

Заторская Н.Ф., Поршина О.В., Волкова С.Б., Потеев Н.Н.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Концепция нового хозяйственного механизма, разработанная на принципах централизации, создала предпосылки для коренных изменений в планировании финансирования Московского научно-

практического Центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы (далее — Центра). Возникла острая необходимость учета и контроля доходов и расходов Центра, эффективного использования финансовых средств, увеличения качества медицинской помощи и медицинских услуг.

Основная цель — обеспечить население Москвы доступной квалифицированной дерматовенерологической помощью и повысить ее качество за счет расширения спектра медицинских услуг.

В 2013 г. пристальное внимание руководства Центра было уделено внутреннему контролю качества медицинской помощи как основному индикатору работы медицинской организации. Целью контроля является обеспечение права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества, обеспечение ее безопасности и соответствия стандартам. Разработана модель системы оценки качества и безопасности оказания медицинской помощи по дерматовенерологии, основанная на критериях и показателях качества, характеризующих своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании дерматовенерологической помощи.

Для изучения мнения пациентов и оценки их удовлетворенности качеством, доступностью и безопасностью медицинской помощи в 2013 г. было введено анонимное анкетирование пациентов и мониторинг жалоб. Результаты проведенного опроса показывают высокую степень лояльности пациентов к нашему медицинскому учреждению и высокую удовлетворенность качеством оказываемой специализированной медицинской помощи. Удовлетворенность квалификацией врачей и результатами оказанной помощи составила 94%; организацией врачебного приема в Центре — 92%; разъяснениями врача по поводу заболевания — 95%, отношением медицинского персонала — 98%. Одним из важнейших показателей эффективности и преемственности работы Центра является уровень госпитализации пациентов, имеющих показания к ней. Для рационального и эффективного использования коечного фонда, предложена реструктуризация круглосуточных коек с применением стационарозамещающих технологий.

В настоящее время в связи с возросшей конкурентоспособностью на рынке медицинских услуг, предоставляемых специализированными лечебно-профилактическими учреждениями г. Москвы, внимание было уделено расширению спектра медицинских услуг с привлечением смежных специалистов, созданию новых моделей специализированных дерматовенерологических учреждений и развитию существующих отделений и кабинетов, позволяющих обеспечить гарантированный уровень и объем специализированной помощи по дерматовенерологии. Осуществляются мероприятия по профилизации филиалов Центра, развитию платных медицинских услуг. Новым направлением деятельности стала работа с общественными организациями. Это позволяет, с одной стороны, привлечь ресурсы для развития, с другой — открывает доступ к качественной медицинской помощи для закрытых социальных групп, а также имеет важное значение для имиджа организации.

В настоящее время работа идет по двум основным направлениям — это помощь детям, страдающим врожденным буллезным эпидермолизом, совместно с фондами БЭЛА и «Под флагом добра» и работа по профилактике ВИЧ/ИППП совместно с фондами «Шаги», «Береги себя» и «Мэнздрав».

Систематизирующую роль в интеграции всех уровней оказания медицинской помощи играет информатизация Центра. Начата работа по созданию комплексной автоматизации всех филиалов Центра. Особое внимание уделяется формированию мотивации специалистов к профессиональному совершенствованию, повышению престижа профессии. Специалисты Центра участвуют в европейских научно-

практических семинарах, школах практикующих врачей, в работе конференций, форумов и съездов.

Работа предстоит огромная. С целью дальнейшего совершенствования оказания специализированной дерматовенерологической медицинской помощи необходимо продолжить оптимизацию подходов к организации управления, рационального использования ресурсов для развития дерматовенерологической службы.

## Некоторые аспекты клиники, морфологии и лечения актинического кератоза

Иванова М.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Факультет усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кафедра кожных болезней и косметологии, Москва

Актуальность проблемы: актинический кератоз (АК) — наиболее частый предраковый дерматоз, патогенез которого связан с длительным, повторным интенсивным воздействием УФ-излучения на кожу. Лечение очагов кератоза служит эффективной канцеропревенцией. Самым современным методом лечения данного дерматоза является фотодинамическая терапия (ФДТ).

Было исследовано и пролечено 30 больных АК методом ФДТ с аппликационным нанесением препарата 5-аминолевуленовой кислоты (аласенс) и применением терапевтической импульсной лампы Биоспек. Показана высокая эффективность методики, подтвержденная гистологически и при помощи акустического исследования кожи. Впервые были исследованы интегральные показатели системы про- и антиоксидантных реакций в сыворотке крови и лизате эритроцитов у пациентов с актиническими кератозами. Были изучены показатели общего антиоксидантного статуса, выявлено снижение общего антиоксидантного статуса (ОАС) до 1,24  $\mu\text{mol/l}$  при норме 1,27  $\mu\text{mol/l}$ , повышение уровня общих перекисей (ОП) до 500  $\mu\text{mol/l}$  при норме 400  $\mu\text{mol/l}$ , помимо этого в ферментном звене АОС обнаружено снижение активности супероксиддисмутазы (СОД) до 159,3  $\mu\text{mol/l}$ , при норме 160,4  $\mu\text{mol/l}$ , и глутаминпероксидазы (ГП) до 60  $\mu\text{mol/l}$ , при норме 67  $\mu\text{mol/l}$ .

У 30 наблюдаемых пациентов обнаружено и пролечено 95 очагов актинического кератоза.

У 40% пациентов диагностирована эритематозная форма, у 30% — кератотическая, у 10% — пигментная, у 20% — сочетание вышеперечисленных клинических форм АК. Было проведено гистологическое исследование кожи из очагов поражения. Гистологически в зонах АК наблюдалась интраэпидермальная атипия кератиноцитов (в 100% случаев) и нарушение архитектоники. У 2 пациенток был диагностирован гипертрофический морфотип АК, у 1 пациента — боуэноидный.

Через 3 мес. после одной процедуры ФДТ наблюдали полное разрешение высыпаний у 24 больных (80%), хороший эффект в виде уплотнения, осветления, уменьшения в размерах элементов АК, прекращения шелушения у 6 (20%) пациентов. У этих 20% пациентов (с кератотической формой АК) клиническое излечение наступило после 2-й процедуры ФДТ, проведенной через 2 мес. после 1-й. На обработанных участках новых элементов не появлялось. Помимо этого было установлено, что через 1—2 мес. после проведенного лечения также наблюдалось уплотнение и уменьшение в размерах близлежащих очагов АК, которые не подвергались прямому воздействию ФДТ. Интересно отметить, что в зонах воздействия ФДТ произошло уменьшение и разглаживание морщин, локализовавшихся на фотоповрежденной коже.

Рецидивов АК в течение 6 мес. не наблюдалось. Применение ФДТ не

провоцировало образования рубцов и давало хороший косметический эффект.

Результаты гистологического исследования после проведенной терапии. При гистопатоморфологическом исследовании биоптата кожи, взятого через 2 мес. после лечения при гипертрофической форме АК наблюдалось восстановление толщины и структуры эпидермиса с нормализацией дифференцировки кератиноцитов, отмечались скудные скопления лимфоцитов и гистиоцитов вокруг сосудов сосочкового слоя дермы. Уменьшилась базофильная деструкция коллагеновых волокон. Результаты акустического исследования. С помощью акустических измерений подтверждено изменение механических параметров кожи. До лечения скорость распространения волн была выше, чем на непораженных участках, под влиянием терапии она снижается, свидетельствуя о нормализации структуры кожи.

Выводы:

1. У пациентов с актиническим кератозом изменены показатели всех звеньев про- и антиоксидантной защиты. Выявлены биомаркеры фотоповрежденной кожи: активация перекисного окисления липидов, генерация свободных радикалов.
2. Результаты проведенного исследования показали, что ФДТ эффективна и безопасна для лечения всех форм актинического кератоза и не вызывает рубцовой деформации кожи. Целесообразно применение ФДТ в целях предупреждения трансформации актинических кератом в злокачественные новообразования.
3. По данным гистологического исследования, у пациентов с гипертрофическим морфотипом АК после проведения ФДТ полностью восстанавливается структура эпидермиса и уменьшается базофильная деструкция коллагеновых волокон дермы. У пациентов с боуеноидным вариантом АК удалось добиться нормализации дифференцировки клеток и структуры эпидермиса и полным разрешением воспалительных изменений.
4. В процессе лечения наблюдалось улучшение состояния кожи, подтверждаемое нормализацией ее механических характеристик в зонах очагов поражения.

## Частота встречаемости подошвенных бородавок в сочетании с коморбидными патологиями и их клинические особенности

Исаева Д.Р., Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Лупашко О.В.

Центр вирусной патологии кожи Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность проблемы папилломавирусных заболеваний обусловлена ростом их частоты и тяжести течения. Несмотря на достигнутые продвижения в разработке алгоритмов лечения кожных проявлений папилломавирусной инфекции, распространенность данной инфекции не уменьшается. С учетом тропизма ВПЧ подразделяют на мукотропные и дермотропные. Для вируса папилломы человека характерен широкий спектр эпителиальных пролиферативных повреждений. Нами проведена предварительная оценка структуры и заболеваемости различными видами кожных проявлений папилломавирусной инфекции по данным обращаемости в Центр вирусной патологии кожи ГБОУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Анализ общей нозологической структуры вирусных дерматозов и динамики случаев в 2013 г. по оценке работы ЦВП показывает, что удельный вес больших подошвенными бородавками составил 29%, доля пациентов с данной локализацией вирусных образований занимает первое место, на второй позиции вульгарные бородавки

27%. Под нашим наблюдением в Центре вирусной патологии кожи за второе полугодие 2013 г. находилось всего 1873 пациента, из них 23,75% (445 чел.) с подошвенными бородавками, возраст пациентов: 0—17 лет — 53,3% (237 чел.), 18 лет и старше 46,7% (208 чел.). Долевое распределение при статистической оценке ежемесячной обращаемости оставалось достаточно стабильным, помесечные вариации за период июнь—декабрь, соответственно, 36,3%; 25%; 26%; 18,6%; 17,8%; 18,2%, в среднем 23,65%. Результатом, вытекающим из клинического опыта, полученного в ЦВП «МНПЦДК ДЗМ», стало наблюдение определенных морфофизиологических особенностей у пациентов пожилого и старческого возраста с подошвенными бородавками. Почти треть людей старше 55 лет имеют, по крайней мере, одну из нижеприведенных патологий. Наиболее чаще встречаются такие отклонения, как сухость, гиперкератоз кожи стоп, утолщенные и дистрофичные ногти, деформация суставов, нарушение микроциркуляции, из хронических заболеваний: сахарный диабет, ожирение, ревматоидный артрит, венозная недостаточность и нарушение микроциркуляции крови. Из инфекционных заболеваний — онихомикоз, дерматофития стоп. Все перечисленные патологии влияют на состояние кожи стопы и косвенно на клиническую картину и особенности течения подошвенных бородавок. Отдельного внимания заслуживают изменения, связанные с анатомическим и физиологическим состоянием суставов: вальгусная деформация стоп, деформация суставов, вызванная артритами различной этиологии, повышенная гибкость лодыжки, бурсит большого пальца стопы, молоткообразные пальцы, изменения в своде стопы. Хотя вирус папилломы человека является этиологическим фактором в возникновении подошвенных бородавок, они, как правило, образуются на точках стопы, избыточно подвергающихся давлению, этому также способствуют патологические изменения в суставах. По клиническим наблюдениям подошвенные бородавки, ассоциированные с коморбидными состояниями, могут быть одиночными, однако чаще встречаются манифестные проявления, с количеством элементов от 3—4, по нашим наблюдениям до 26, иногда бородавки сливаются между собой с формированием обширного очага до 3,5 см<sup>2</sup> (мозаичные бородавки), такого характера поражения развиваются преимущественно в пяточной области. Характерные клинические особенности подошвенные бородавки имеют у лиц пожилого возраста и при выраженной иммуносупрессии (при аутоиммунных заболеваниях, у ВИЧ-инфицированных), что проявляется множественными высыпаниями и более выраженной глубиной поражения кожи стоп.

Выводы. Высокий уровень распространенности подошвенных бородавок в популяции свидетельствует о необходимости совершенствования форм их диагностики и профилактики. Разнообразие клинических форм подошвенных бородавок, особенности их течения у пациентов разного возраста требует разработки соответствующих эффективных методов терапии, с учетом наличия сопутствующих заболеваний.

## Трансрезонансная функциональная томография в диагностике истинной экземы

Каракаева А.В., Власкин С.В., Петросян В.И., Утц С.Р.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Клиника кожных и венерических болезней, Саратов

Цель работы: разработка метода диагностики состояния водной компоненты внутренней среды организма у больных истинной экземой с помощью электромагнитного излучения терагерцового диапазона. Материалы и методы. Проведено исследование диагностических

возможностей транс-резонансной функциональной томографии (ТРФТ) в оценке воспалительных проявлений патологического процесса в коже. В исследовании приняли участие 15 человек, больных истинной экземой в стадии обострения, в возрасте от 26 до 57 лет, с локализацией очагов поражения на коже нижних конечностей. Использовался лечебно-диагностический комплекс «ЭлектроМАГ», диагностический модуль которого состоит из высокочувствительного приемника — модуляционного СВЧ радиометра с чувствительностью ~ 10—15 Вт и приемно-излучающего модуля, включающего в себя источник стимулирующего низкоинтенсивного (плотность потока мощности менее 10 мкВт/см<sup>2</sup>) КВЧ излучения и приемной СВЧ аппликаторной антенны. Проводилась оценка функционального состояния водной компоненты внутренней среды организма при экзематозном процессе по уровню регистрируемого резонансно-радиоволнового отклика с очага поражения. Регистрация резонансного радиоотклика производилась путем ручного перемещения приемно-излучающего модуля ТРФ-томографа по кожной поверхности обследуемой области (нижняя конечность) по стандартному алгоритму, предусматривающему измерение радиоотклика в 7 точках по 6 линиям, равномерно распределенным по окружности ноги. Результаты исследования: В ходе исследования было выявлено, что регистрируемый резонансный радиоотклик с поверхности экзематозного очага достигал высоких значений (max. 802 единицы), что по сравнению с регистрируемым сигналом с визуально здоровой кожи превышало значения приблизительно в 2,5 раза. Проводя анализ динамики резонансно-волновых процессов и показателей внутренней среды организма, «сопровождающих» течение воспалительного процесса на коже, было выявлено соответствие циклических колебаний параметров внутренней среды организма, отражающих воспалительный процесс (величина СОЭ, число лейкоцитов периферической крови) и резонансного радиоотклика. Причем для оценки наступления регресса заболевания явно отмечалось опережение изменений величины радиоотклика (они приближались к значениям, регистрируемым с визуально здоровой кожи) изменение клеточного состава и снижение скорости оседания эритроцитов.

Выводы. ТРФТ является неинвазивным, безопасным и чувствительным методом оценки состояния водосодержащих сред организма, базируясь на явлении генерации водными средами сверхслабого сверхвысокочастотного излучения в ответ на внешнее (зондирующее) воздействие крайне высокочастотными волнами. Указанный метод позволяет оценивать состояние водосодержащих сред в режиме реального времени в обследуемой томографической области по эффективности преобразования водосодержащими средами внешнего излучения в собственное радиоизлучение. Благодаря использованию данного метода диагностики возможны точное определение патологического процесса в коже путем оценки регистрируемого сигнала, оценка эффективности применяемой терапии у пациента и своевременная коррекция проводимого лечения.

## Клинический случай сочетания нейро- и кардиоваскулярного сифилиса

Квижинадзе Г.Н.

Филиал «Таганский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В последние годы стали не редкими сочетанные поражения сифилитической инфекцией различных органов и систем. Ниже приводится клинический случай сочетания позднего нейро- и кардиоваскулярного сифилиса.

Пациент Р. 1949 г.р., спортивный тренер, в 2000 г. перенес инфаркт миокарда, по поводу которого находился в стационаре с диагнозом: ИБС, нестабильная стенокардия, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца, ГБ II ст. До 2009 г. неоднократно госпитализировался с тем же диагнозом. В 2009 г. больному проведено трансторакальное эхокардиографическое исследование: уплотнение стенок аорты, аортального клапана, атеросклеротические изменения створок аортального клапана, расширение восходящего отдела и дуги аорты, гипертрофия миокарда левого желудочка, увеличение полости левого предсердия, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка, незначительная митральная и аортальная регургитация. Аорта — восходящая — 4,5 см, дуга — 4,4 см. В 2008 г. впервые отметил появление неврологической симптоматики, а именно слабость, нарушение координации, появление дезориентации, нарушения речи, почерка. В том же году пациент перенес малый инсульт, по поводу которого был госпитализирован. В связи с выявленными положительными серологическими реакциями на сифилис был переведен в ГКБ № 14, где получил специфическую терапию доксициклином 100 мг 2 раза в день 30 дней с диагнозом «сифилис скрытый неуточненный». От ликворологического обследования отказался. Результаты серологических анализов крови в ГКБ № 14: РМП 4+ 1/512, РПГА 4+ 1/10240, IgM — отр, IgG — положительный, РИФ — 4+/4+, РИБТ — 74%. В том же году у пациента появилась кардиологическая симптоматика в виде болей за грудиной периодических, не купирующихся приемом нитроглицерина и других лекарственных средств, сердцебиение. В связи с появлением кардиологической симптоматики был госпитализирован в кардиологическое отделение. На ЭХО-КГ выраженная дилатация левого предсердия, умеренная гипертрофия миокарда, нарушение диастолической функции, атеросклероз аортального и митрального клапанов. Консультация невролога: хроническая ишемия головного мозга на фоне церебрального атеросклероза. В том же году пациент был консультирован неврологом: дисциркуляторная энцефалопатия, состояние после перенесенного малого инсульта, атеросклероз сосудов головного мозга. Консультация терапевтов: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, пароксизмы наджелудочковой тахикардии, хроническая ишемия головного мозга. На ЭХО-КГ аорта расширена, стенки аорты уплотнены, створки митрального, трикуспидального и аортального клапанов уплотнены. В 2011—2012 гг. после консультации д.м.н. проф. Лосевой О.К. был предположен диагноз: «Поздний менингovasкулярный сифилис, поздний кардиоваскулярный сифилиса». Было рекомендовано проведение ликворологического обследования с целью подтверждения нейросифилиса. При проведении ликворологического исследования у пациента РМП — отр, РПГА — 4+, RW 4+4+4+, ИФА — положительный, РИФ — 4+, РИБТ — 53%, белок 0.685 г/л, цитоз 1,0 10<sup>6</sup> мм<sup>3</sup>. При серологическом обследовании крови пациента РМП 4 + ¼, РПГА 4+ 1/1280, ИФА — положительный, РИФ 4+/4+, РИБТ 70%. Диагноз позднего менингovasкулярного и кардиоваскулярного сифилиса подтвержден. Проведено адекватное специфическое лечение. В неврологическом статусе после лечения отмечается снижение сухожильных рефлексов с рук D=S, коленные и ахилловы рефлексы не вызываются, девиация языка вправо. При проведении ЭКГ выявлена пароксизмальная форма мерцательной аритмии, ИБС, стенокардия напряжения 2 ФК, постинфарктный кардиосклероз (2010). Серологические тесты в 2012 и 2013 гг. без динамики. В ликворе сохраняется позитивность трепонемных тестов. «ЭЛИ-анкор-тест-12» (состояние сердечно-сосудистой системы) от 02.02.2012

- Признаки активации апоптоза
- Признаки изменений в миокарде; от 11.02.2014;

- Пограничные признаки тромбоцитопатии;
  - Пограничные признаки васкулита малых сосудов;
  - Слабо выраженные признаки активации неоангиогенеза; «ЭЛИ-Нейро-Тест-12» (состояние нервной системы) от 24.02.2012;
  - Пограничные признаки изменений в дофаминергической системе;
  - Признаки активации апоптоза от 11.02.2014;
  - Пограничные признаки глиоза после перенесенной нейроинфекции;
  - Пограничные признаки радикулоневрита;
  - Пограничные признаки изменений в дофаминергической системе;
  - Пограничные признаки изменений в серотонинергической системе.
- Вывод. Показатели ЭЛИ-тестов характеризуют вероятное прогрессирование патологического процесса, что совпадает с клиническими данными.

## Результаты ретроспективного анализа практики ведения больных урогенитальными ИППП в Московском регионе

Кисина В.И., Гуцин А.Е., Колиева Г.Л.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Модернизация системы московского здравоохранения привела к объединению самостоятельных кожно-венерологических диспансеров в единый научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии (МНПЦДК) — директор профессор Н.Н. Потехаев. Реорганизация позволила запланировать и провести научное исследование, целью которого явилось изучение сложившейся практики диагностики и лечения урогенитальных ИППП.

Материалы и методы. В исследование были включены 2455 пациентов: мужчин — 1676 (68,3%), женщин — 779 (31,7%), обратившихся в различные филиалы МНПЦДК, которым назначались в различных сочетаниях методы лабораторной диагностики ИППП (микроскопической и/или бактериологической ПЦР, ПИФ). После завершения первичного лабораторного обследования биологический материал (хранился при минус 20°С) протестирован повторно с помощью метода мультиплексной ПЦР в реальном времени с одновременным обнаружением ДНК *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*. Далее результаты планового обсуждения были сопоставлены с данными мультиплекс ПЦР, с последующим анализом 86 амбулаторных карт больных, у которых выявлены дискондантные результаты планового и мультиплекс ПЦР исследований (анализу подвергнуты данные анамнеза, результаты клинического обследования, показания к назначению лабораторных тестов и выбор метода лечения).

Результаты. Инфекционные агенты (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*) выявлены как моно- или ко-инфекция у 331 пациента (13,5% из 2455 (мужчин — 236, женщин — 95)). Установлено, что у 15 из 31 мужчины и у 7 из 10 женщин при рутинном обследовании *N. gonorrhoeae* не выявлены (43,85% от всех выявленных больных гонококковой инфекцией). Из 203 выявленных больных хламидийной инфекцией достоверность установленного диагноза в 9,8% сомнительна (использовали метод определения антител к хламидиям). Установлен диагноз урогенитального трихомониаза по данным рутинного обследования у 14 мужчин и у 10 женщин. Еще у 13 пациентов с наличием ДНК *T. vaginalis* с помощью мультиплекс ПЦР в реальном времени при рутинном микроскопическом обследовании, простейшие выявлены лишь у 1 женщины.

Выводы. Впервые в Московском регионе проведен анализ сформировавшейся практики ведения больных ИППП, позволившей выявить дискондантные результаты рутинных (микроскопия) и молекулярно-биологических (амплигенс -ПЦР в реальном времени) методов обследования. Полученные данные указывают на необходимость принятия организационно — методических решений для повышения эффективности медицинской помощи больным урогенитальным ИППП.

## Особенности клиники акне у взрослых женщин и их комплексное лечение

Ключарева С.В., Нечаева О.С., Слива Е.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Акне не ограничивается подростковым возрастом, такая проблема может возникнуть и у взрослых, особенно часто — у женщин. Причины акне у женщин старше 18 лет: гормональные нарушения, стресс, загрязнение окружающей среды, неадекватный уход за кожей, курение, алкоголь, недостаток сна, но при этом для них очень важным является повышение самооценки, уверенности в себе. У женщин акне чаще всего протекает персистирующее, проявляется на подбородке и вокруг рта воспалительными элементами: глубокие болезненные папулы и узлы. Как правило, их терапия традиционными методами длительная, малоэффективная, крупные узлы могут сохраняться до 6 месяцев.

Цель. Исследование клинической эффективности применения лазеротерапии полупроводниковым высокоинтенсивным лазером с длиной волны 940 нм и геля «Скинорен» как препарата, обязательного для лечения акне у женщин от 18 до 35.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 14 больных, страдающих угрями, средней степени тяжести, которые получали противовоспалительную и антибиотикотерапию. Данным больным проводилась лазерная эксцизия воспалительных элементов лазером на парах меди «Яхрома-Мед». Контрольная группа — 14 больных получала противовоспалительную и антибиотикотерапию, без лазеротерапии. Пациенты обеих групп получали наружную терапию — гель Скинорен 2 раза в день до 6 месяцев, даже в летние месяцы, так как в отличие от других препаратов он не вызывает фотосенсибилизацию. Для оценки эффективности проводимой терапии использовался метод клинических осмотров пациентов, оценивалось качество жизни больных. Глобальная оценка терапевтического эффекта (ГОТЭ). В целях достоверности полученных результатов использовался метод ранжирования — отличный результат — 3 балла, хороший результат — 2 балла, удовлетворительный результат — 1 балл, неудовлетворительный — 0 баллов.

Результаты. Средний показатель эффективности терапии составил — 2,8; 2,4 балла в группах I и II соответственно. Терапия с применением лазеротерапии оказалась значительно эффективнее — 88,6% против 71,4%. При этом надо отметить, что в основной группе пациенты отмечали более высокие темпы купирования основных симптомов заболевания, относительно большую степень разрешения его визуальных и сенсорных проявлений при использовании комплексного лечения. Пациенты же контрольной группы значительно чаще, нежели их оппоненты из основной группы наблюдения (в 28,5% случаев, против 7,4% случаев) выражали лишь удовлетворенность результатами терапии: более быстрый эффект был замечен в основной группе пациентов, получавших дополнительно лазеротерапию. На 4-е сутки высыпания имели тенденцию к разрешению, процесс стабилизировался. На 10-й день происходил полный регресс сыпи.

У пациентов, получавших лазеротерапию, купирование обострения заняло 10 дней вместо 20 у контрольной группы. Но все пациенты в дальнейшем продолжали наружно использовать гель Скинорен от 3 до 6 месяцев для предотвращения рецидива заболевания.

Выводы. Применение эксцизии воспалительных элементов лазером на парах меди «Яхрома-Мед» в комплексной терапии акне приводит к сокращению сроков выздоровления в 2 раза, а длительное применение геля Скинорен позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания. Выздоровление пациенток с акне у женщин от 18 до 35 лет изменяет их психологический аспект, повышает самооценку: исчезает неуверенность, депрессия, ограничения продвижения по службе, что приводит к повышению качества жизни, сексуальной привлекательности, ощущению «здоровья», присутствию социального успеха.

### Опыт использования лазера на парах меди (511 и 578 нм) для лечения новообразований в периорбитальной области

Ключарева С.В., Павлова А.Г., Тен В.И., Пирятинская В.А.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Лечение новообразований кожи (НОК) в периорбитальной области очень сложная задача, поскольку существующие на данный момент методики могут нести серьезную опасность для функции глаза и значительно снижать качество жизни вследствие тяжелого эстетического дефекта. На наш взгляд, с точки зрения безопасности и эффективности процедуры наиболее оправдано, применение лазерного излучения неабляционного типа, для которого характерна минимальная травма от воздействия. На кафедре дерматологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период с 09.2012 по 07.2013 г. зарегистрировано 608 пациентов с НОК с локализацией в периорбитальной области. Для верификации нозологии НОК применялись следующие методики: 1. Анкетирование, визуальный осмотр, фотосъемка очага поражения. 2. Дерматоскопическое исследование с использованием конусной насадки. По результатам исследования всем пациентам выставлены клинические диагнозы. В качестве основного инструмента для лечения НОК данной локализации был использован лазер на парах меди, разработанный Физическим институтом имени П.Н. Лебедева. Длительность импульса — 20 нс, интервал между импульсами — 60 мкс. Максимальная средняя мощность на выходе фокусирующей насадки до 2 Вт. Диаметр светового пятна на коже пациента — 600 мкм. Аппарат с такими характеристиками может избирательно лечить сосудистые или пигментные дефекты кожи с минимальным повреждением окружающей ткани. Лазер на парах меди излучает видимый свет с двумя длинами волн: зеленая (511 нм), которая сильно поглощается меланином, и желтая (578 нм), которая совпадает с пиком поглощения оксигемоглобина. Аппарат «Яхрома-Мед» имеет 3 режима работы: работа на желтом излучателе, зеленом излучателе и смешанный режим излучения, когда одновременно на очаг воздействуют и 511 нм, и 578 нм длина волны. В зависимости от выбора режима излучения сформированы 3 группы. Выявлено 15 пациентов с базальноклеточным раком кожи с локализацией в периорбитальной области. Больные направлены к онкологу для лечения. Первая группа пациентов пролечена на режиме с длиной волны 578 нм (желтый цвет) излучения, мощностью 0,8—0,9 Вт, временем экспозиции 0,4 сек. Данная длина волны селективно воздействует на сосудистые новообразования, так как совпадает с пиком поглощения оксигемоглобина. В группу включены пациенты со следующими нозологиями: капиллярная

гемангиома (55), кавернозная гемангиома(10), телеангиоэктазии (92), пиогенная гранулема(17). После проведения однократной процедуры у всех пациентов достигнут хороший эффект от терапии. Пациенты с диагнозом кавернозная гемангиома были направлены на повторную процедуру через 3 недели, в связи с особенностями данной патологии. Осложнения не выявлены. Вторая группа пациентов пролечена на длине волны 511 нм (зеленый спектр излучения) с селективным поглощением меланина, мощность 0,7—1,2 Вт, время экспозиции 0,3 сек. Нозологии: лентиго(21), себорейный кератоз (193), пигментные формы папиллом(19), пигментные невусы(13). Все пролечены с хорошим косметическим эффектом без риска осложнения со стороны зрения. Пациенты III группы пролечены на смешанном режиме воздействия, мощность 0,8—1,3 Вт; время экспозиции 0,2—0,3 сек. Включены следующие нозологии: безпигментные формы папиллом (101), ксантоматоз век (42), серенгиома (11), контагиозный моллюск (9), остроконечные кондиломы(6), плоские бородавки (4). Во время проведения процедуры происходит контролируемый нагрев патологической ткани до побеления и, как следствие, коагуляция сосудов, питающих образование, с последующим разрешением без формирования рубца. После однократной лазерной терапии эффект наступал в 100% случаев. Таким образом, использование режимов лазера на парах меди, специально подобранных для каждой нозологии с локализацией в периорбитальной области, позволяет достичь минимального термического повреждения, бескровной стерильной раны и, следовательно, минимальных косметических потерь, что дает ему значительное преимущество перед другими методами терапии.

### Атопический дерматит как экозависимое заболевание

Ключникова Д.Е.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Широкая распространенность атопического дерматита (АД) в крупных городах диктует необходимость изучения взаимосвязи экологических проблем мегаполиса с уровнем заболеваемости и течения этого дерматоза, особенно в детском возрасте.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа течения атопического дерматита у детей, постоянно проживающих в различных по степени загрязнения атмосферного воздуха районах города Москвы. Материал и методы. Проведено обследование 108 детей больных атопическим дерматитом, проживающих в двух районах города Москвы (ЮВАО и ЗАО). Оценивались анамнестические данные, результаты дерматологического осмотра (SCORAD) и инструментальных исследований (определение макро- и микроэлементов в волосах при помощи атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной плазмой и масс-спектрометрией).

Результаты. При оценке тяжести течения АД не было выявлено достоверных различий между группами: у детей, проживающих в ЗАО (n=29), средние значения SCORAD составили 36,4±7,3 балла, а у детей, проживающих в ЮВАО (n=79), — 38,9± 6,8 балла. Однако были зарегистрированы различия течения АД: в ЮВАО обострения заболевания не носило сезонный характер в 39,2% случаев, а количество обострений чаще, чем три раза в год, отмечалось у подавляющего большинства — 79,7%. Продолжительность ремиссии у больных, проживающих в ЮВАО, более 6 месяцев была констатирована только у 17,7%, а количество детей, у которых период без высыпаний составлял менее 3 месяцев,

— 36,7%. В ЗАО у больных АД прослеживалась четкая тенденция сезонности обострений (79,3%), а течение дерматоза было более благоприятным: количество обострений 1 раз в год и менее у 75,9% больных, продолжительность ремиссии более 6 месяцев — у 55,2%. Таким образом, анамнестические данные указывают на влияние средовых факторов у детей в ЮВАО, что способствовало более неблагоприятному течению atopического дерматита.

У пациентов, проживающих в ЮВАО, прослеживался выраженный дисбаланс элементов, в виде гипозэлементоза с достоверным понижением содержания эссенциальных (жизненно необходимых) элементов: кобальта, железа, фосфора, селена и цинка ( $p < 0,05$ ), а также гиперэлементоза с достоверным повышением токсичных элементов по отношению к существующим условно допустимым нормам кадмия, никеля, бора и кальция ( $p < 0,05$ ), что способствовало общей интоксикации организма и срыву адаптационно-приспособительных регуляторных механизмов.

Выводы. Полученные данные позволяют констатировать, что техногенное загрязнение среды обитания обуславливает хроническую интоксикацию организма тяжелыми металлами и приводит к дефициту жизненно необходимых элементов, обуславливающему более тяжелое течение дерматоза у детей, постоянно проживающих на территории с неблагоприятной экологической обстановкой.

## Характеристика встречаемости различных групп аллергенов

Козлова А.С., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Аллергические заболевания широко распространены у населения различных регионов. Понятие «аллергия» включает клинические проявления непереносимости каких-либо веществ, в то время, как «сенсibilизация» отражает изменение лабораторных показателей. На амбулаторном приеме у дерматолога до 30% первичных пациентов имеют диагноз «аллергический дерматит», аллергия играет важную роль в развитии острой крапивницы, обострений atopического дерматита. Многие пациенты имеют сопутствующие заболевания с аллергическим компонентом. Изменение характера окружающей среды, питания, быта приводит к изменению роли определенных аллергенов для развития заболеваний.

Цель исследования: выявление наиболее значимых аллергенов в современных условиях.

Материалы и методы. Исследование проводили путем анкетирования 350 случайным методом отобранных добровольцев в возрасте от 16 до 62 лет. Анкета включала вопросы наличия у пациента аллергических заболеваний, аллергических заболеваний у родственников и аллергические реакции на пищевые, лекарственные, контактные, пылевые аллергены в анамнезе.

Результаты. Среди опрошенных 350 человек 17% отмечали в анамнезе респираторный аллергоз, 11% — «аллергию» (пациенты не уточняли диагноз) и 6% — аллергический дерматит. 66% отрицали наличие аллергических заболеваний. Семейный аллергологический анамнез был отягощен у 17% опрошенных. Среди групп аллергенов наиболее часто отмечали аллергию на пищевые продукты — у 55 (16%) человек, из них пищевую аллергию на молоко имели 23% опрошенных, на цитрусовые и морепродукты — по 20%, шоколад — 16%, арахис — 11%, клубнику — 7%, банан — 2%. Вторыми по частоте были респираторные аллергические реакции, выявленные у 47 (13%) опрошенных, из них аллергию на домашнюю пыль имели 19% человек, цветение

трав и корм для рыбок — по 13%, шерсть собаки — 11%, шерсть кошки, хитин насекомых, пыльцу березы — по 6%, библиотечную пыль — 4%. Аллергия на лекарственные препараты выявлена у 19 (5%) человек, из которых 8 отмечали аллергию на новокаин, 6 — на пенициллин, 4 — на витамины, 1 — на лизобакт. Аллергию после контакта с бытовой химией имели 8 (2,3%) опрошенных. Выводы: среди опрошенных добровольцев «аллергию» имеют 34%, пищевая аллергия наблюдается у 16% человек, наиболее значимым аллергеном является коровье молоко.

## Частота встречаемости фенов дисплазии соединительной ткани у женщин с преждевременным старением кожи

Кононова Н.Ю., Чернышова Т.Е., Загртдинова Р.М.

Санаторий «Металлург», Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

На современном этапе развития косметологии остро встает проблема преждевременного старения кожи, обусловленного различными влияниями факторов внешней среды и генетической предрасположенностью индивида. Известно, что состояние соединительной ткани определяет биологический возраст, то есть скорость старения организма. Процесс старения кожи рассматривают с позиции включения генетически детерминированной программы гибели клеток и результата возникновения и накопления повреждений в ходе жизнедеятельности, поэтому дополнительным патогенетическим фактором развития преждевременного старения может быть дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Правомерность выделения физиологического типа старения, а также преждевременного (ускоренного) типа старения обсуждается в работах И.И. Мечникова, А.А. Богомольца, О.В. Коркушко, В.П. Войтенко, Н.Б. Маньковского, В.В. Фролькиса, F. Bourliere, V. Korenchevsky, W.F. Anderson и других исследователей. Однако вопрос, который дискутируется в течение ста лет, до сих пор актуален, т.к. важно уточнить причины и механизмы преждевременного старения кожи, пути лечебно-профилактического воздействия.

Цель работы: изучить частоту встречаемости фенов ДСТ у женщин с преждевременным старением кожи, наблюдающихся в Медицинском центре красоты и здоровья (МЦКЗ) ОАО санаторий «Металлург».

Материал и методы. Проанализировано 638 медицинских карт амбулаторного больного первичных пациентов МЦКЗ за 9 месяцев 2013 г. Выявлена группа женщин ( $n=68$ ), имеющих 10 и более предикторов ДСТ, средний возраст которых составил  $43,8 \pm 5,6$  лет с признаками преждевременного старения кожи (углубленные носогубные складки, мелкоморщинистый тип старения, атрофия кожи в скулоподбородочной области).

Результаты и обсуждение. С различной частотой у наблюдающейся группы женщин выявлены маркеры ДСТ, такие, как сколиотическая деформация позвоночника в 62,3% случаев, скошенные вниз глазные щели в 25,8%, нарушение роста и скученность зубов в 12,9%, повышенная (более 3 см) растяжимость кожи в 57%, атрофические стрии (не вызванные ожирением или беременностью) в 32,4%, тонкая, легко ранимая кожа в 68,3%, широкие атрофические рубцы в виде папиросной бумаги в 45,9%, келлоидные рубцы в 17%, миопия (3 диоптрии и более) в 31,7%, варикозная болезнь вен, развившаяся в юношеском возрасте — 18,4%,птозы органов брюшной полости и почек (по данным УЗИ исследования) в 78% случаев, удвоение чашечно-лоханочного аппарата почек в 7,9%.

Вывод. У женщин с преждевременным старением кожи с достаточно

высокой частотой выявлены маркеры ДСТ, что говорит о наследственной предрасположенности к ускоренному типу старения. Выявленные особенности позволяют рекомендовать проводить профилактические мероприятия для уменьшения признаков старения кожи в более раннем возрасте у данной категории пациентов.

## Пути совершенствования терапии atopического дерматита у детей

Константиновская Е.Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Атопический дерматит (АД) — это один из самых распространенных дерматозов, который в большинстве стран мира регистрируется среди детей до 28%, а среди взрослых — от 1 до 3%. За последнее десятилетие заболеваемость АД имеет тенденцию к нарастанию и развитию более тяжелого, непрерывно рецидивирующего течения. В настоящее время значительно чаще регистрируются осложнения дерматоза с присоединением инфекционных осложнений, что приводит к формированию устойчивых форм АД к традиционной терапии.

Цель исследования: совершенствование лечебно-профилактических мероприятий при atopическом дерматите ассоциированного со специфической сенсибилизацией к дрожжеподобным грибам рода *Candida* у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 52 ребенка в возрасте от 3 до 12 лет, с давностью заболевания от 2 до 10 лет. Были использованы следующие методы исследования: шкала оценки индекса тяжести течения atopического дерматита (SCORAD), оценка интенсивности зуда по 10-балльной шкале, иммуноферментный анализ и микроскопический метод исследования. У всех пациентов, вошедших в исследование, в материале с поверхности кожи был обнаружен псевдомонии дрожжеподобных грибов и специфические IgE-антитела к грибам рода *Candida* в сыворотке крови. В зависимости от проводимой терапии дети были разделены на две группы: первую группу составили 23 больных (SCORAD  $27,98 \pm 3,57$ ), которым проводилась традиционная терапия: диетическое питание, антигистаминные препараты, наружно метилпреднизолона ацепонат крем (1 раз в день) и эмолиент (2 раза в день). Во второй группе — 29 человек (SCORAD  $25,46 \pm 4,01$ ) проводилась комплексная терапия с использованием антигистаминных средств, диетического питания, флуконазола системно (50 мг N7 через день, один раз в сутки), комбинированного крема с беклометазоном и клотримазолом (2 раза в день) и также эмолиент (2 раза в день). Курс лечения составил 4 недели.

Результаты. В результате проводимой терапии у всех пациентов наблюдалось снижение интенсивности кожного зуда: на 7-й день лечения в группе I — на 65%, в группе II — на 83%. Динамика средних значений индекса SCORAD в двух группах была различной: через месяц терапии в группе I регистрировалось снижение индекса на 56,25%, во второй группе — на 85,99%. Через месяц после окончания лечения средние значения индекса SCORAD в группе I составили  $11,28 \pm 2,34$ , в группе II —  $5,27 \pm 0,89$  ( $p \leq 0,05$ ), что иллюстрировало наличие противорецидивного эффекта комплексной терапии с использованием противогрибковых препаратов. При проведении микроскопического исследования после лечения, была зарегистрирована элиминация дрожжеподобных грибов в первой группе у 30,43% детей, во второй — у 89,66%.

Вывод. Включение в комплексную терапию больных atopическим дерматитом при выявленной сенсибилизации к дрожжевой биоте

топических и системных антимикотиков позволило добиться выраженного терапевтического эффекта, а также снизить продолжительность и интенсивность обострений.

## Применение сочетанной ультрафиолетовой терапии при лечении больных красным плоским лишаем

Круглова Л.С., Жукова О.В., Бебякина Л.В., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Финешина Е.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Красный плоский лишай является одним из наиболее распространенных, часто рецидивирующих дерматозов и характеризуется торпидностью к проводимой традиционной терапии. Современная концепция терапии красного плоского лишая подразумевает не только медикаментозное лечение, но и использование физиотерапевтических методик, среди которых основное место занимает ультрафиолетовое облучение. Под нашим наблюдением находилось 40 больных с красным плоским лишаем в стадии обострения, из них 26 женщин (65%) и 14 мужчин (35%), в возрасте от 19 до 55 лет (средний возраст составил  $41,5 \pm 3,1$  года). У большинства пациентов 72,5% процесс носил распространенный характер (площадь поражения от 30 до 50%), у 27,5% — диффузный (площадь поражения более 50%). Все пациенты получали комплексную терапию, включающую сочетанную узкополосную средневолновую (311нм) и широкополосную длинноволновую фототерапию. Общая эффективность комплексного лечения составила 84,5%, сроки лечения —  $28,7 \pm 1,4$  дня, а количество процедур —  $19,1 \pm 1,2$ . Максимальная разовая доза УФБ-излучения  $1,92 \pm 0,33$  Дж/см<sup>2</sup> при суммарной дозе облучения  $21,7 \pm 0,2$  Дж/см<sup>2</sup>. Переносимость фототерапии в целом была хорошей. Побочные реакции в виде проходящей эритемы были отмечены у 6 пациентов (15%), ксероз отмечали 22,5%. До лечения большинство больных жаловались на средней интенсивности зуд — Пруриндекс составил 7,2 балла. К концу первой недели комплексной терапии индекс снизился на 66%. К концу лечения Пруриндекс уменьшился на 97%. Эти данные находились в соответствии с показателями биохимических маркеров зуда в сыворотке крови серотонина и гистамина, содержание которых к концу лечения снизилось в 2,5 и 3,2 раза, соответственно, и достигло нормальных значений. Динамика показателей, отражающих качество жизни больных, показывает, что с уменьшением субъективных и объективных симптомов заболевания пропорционально улучшались и эти показатели. В среднем ДИКЖ улучшился на 89,3%. Таким образом, сочетанная фототерапия является высокоэффективным, хорошо переносимым и достаточно безопасным методом лечения пациентов с распространенной формой красного плоского лишая.

## Лазерофорез биотина при неинфекционных ониходистрофиях

Круглова Л.С., Шахнович А.А., Финешина В.И., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Бебякина Л.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Поликлиника № 5 Управления делами президента РФ, Москва

Клинические проявления ониходистрофий и варианты изменений ногтевых пластинок разнообразны, как и причины, их вызывающие.

Большинство изменений ногтевых пластинок и прилежащих к ним тканей являются частью симптомокомплекса того или иного заболевания и бывают очень важны для постановки диагноза. Поражения ногтей (онихии) могут быть как инфекционного, так и неинфекционного генеза. Ученые отмечают, что на долю грибковой инфекции приходится около 50% всех изменений ногтей (онихомикозы), а в остальном проценте случаев в медицинской практике врачи встречаются с неинфекционным поражением ногтевых пластинок — ониходистрофиями. В связи с достаточно широкой распространенностью ониходистрофий, малоизученного патогенеза, скромных результатов лечения, а также определенных психологических трудностей, которые наблюдаются у пациентов с измененными ногтевыми пластинками, терапия данной патологии является в настоящее время актуальной медико-социальной задачей. В последние годы большое внимание уделяется разработке физиотерапевтических методов, применяемых в дерматологии, следует выделить метод лазеротерапии с использованием инфракрасного низкоэнергетического лазерного излучения (ИК НЛИ) в импульсном режиме. Низкоэнергетическое лазерное излучение, поглощаясь структурными элементами тканей в очаге воздействия, активирует молекулярные комплексы биологических тканей, усиливает процессы метаболизма, изменяет физико-химические свойства клеточных мембран. Все это приводит к улучшению микроциркуляции и стимуляции обменных процессов. Так, под нашим наблюдением находилось 80 пациентов с поражением ногтевых пластинок в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст  $38,2 \pm 5,4$  года) и длительностью заболевания  $1,5 \pm 0,7$  года. Из них у 33 (41,25%) пациентов отмечалось изолированное поражение ногтевых пластинок пальцев кистей, у 29 (36,25%) — изменение ногтей пальцев стоп и 18 (22,5%) пациентов имели сочетанное поражение ногтевых пластинок пальцев кистей и стоп. С целью исключения грибковой инфекции наблюдаемые нами пациенты были обследованы микроскопическим и бактериологическим (культуральным) методом. С целью улучшения микроциркуляции и стимуляции трофических процессов всем пациентам проводили фотофорез препарата, содержащего биотин, который наносили на область проекции ногтевого ложа и затем без временного интервала осуществляли воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением инфракрасного диапазона (ИК НЛИ) с длиной волны 0,89 мкм. Процедуры осуществлялись от аппарата «Узор — А — 2К», с частотой 1500 Гц, при импульсной мощности 4 — 6 Вт/имп, по контактно-лабильной методике, по 1 минуте на поле, на курс — 15 ежедневных процедур. Физиотерапевтические процедуры проводились на фоне медикаментозной терапии, соответствующей медицинским стандартам при данной патологии. Для оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у наблюдаемых пациентов использовался модифицированный индекс NAPI и индекс качества жизни пациента (ДИКЖ). Данные показатели оценивались до лечения и через 4, 6, 8 месяцев от начала терапии. До лечения индекс NAPI, отражающий степень тяжести поражения ногтевых пластинок, у большинства пациентов (56,2%) составил  $53,4 \pm 7,2$  балла, у 43,8% —  $32,4 \pm 6,8$  балла. Индекс качества жизни — ДИКЖ — в среднем по группе составил  $18,9 \pm 1,4$  балла. У пациентов с изолированным поражением ногтевых пластинок кистей через 4 месяца индекс NAPI снизился на 32% и составил в среднем  $38,3 \pm 4,5$  балла. При сочетанной локализации и поражении ногтей стоп индекс снизился на 22,2% ( $42,1 \pm 5,1$  балла). Через 6 месяцев от начала комплексного лечения индекс NAPI в среднем по группе больных составил  $23,1 \pm 3,6$  балла (снижение на 57,1%), а через 8 месяцев снизился на 81,9%. В

соответствии с показателями, отражающими клиническое течение заболевания, улучшалось качество жизни пациентов, так ДИКЖ через 4 месяца снизился на 36,6% и составил  $12,2 \pm 3,1$  балла, а через 6 и 8 месяцев  $8,1 \pm 1,2$  и  $4,2 \pm 2,3$  балла соответственно. Таким образом, включение в комплексное лечение больных с ониходистрофиями данной процедуры позволяет повысить эффективность терапии, уменьшает сроки лечения, что положительно влияет на качество жизни пациентов.

## Организация системы противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП

Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Игликов В.А., Пазина М.В., Полякова Н.В. Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Екатеринбург

С целью контроля за заболеваемостью сифилисом и ИППП главным внештатным специалистам-дерматовенерологам субъектов РФ и главным врачам КВД необходимо разработать и обеспечить адекватную актуализацию и мониторинг региональных «Программ противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП». Для реализации данной задачи необходимо:

1. Провести контроль индикаторов состояния противоэпидемической и профилактической работы, направленной на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП; назначить ответственных, персонифицировав степень их компетентности и ответственности.
2. Внедрить функциональную систему управления заболеваемостью сифилисом и ИППП с учетом региональных индикативных показателей.
3. Внедрить функциональную систему противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости сифилисом в субъекте Федерации с активными миграционными потоками.
4. Внедрить функциональную систему взаимодействия КВД, штаба и МКВ в работу, направленную на снижение заболеваемости социальными инфекциями.
5. По результатам экспертного анализа провести корректировку комплексных программ по профилактике распространения венерических заболеваний.

Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены нормативные рамки лечебно-профилактических мероприятий в отношении социально значимых инфекций. В соответствии со ст. 12. ФЗ № 323 «Приоритет профилактики в сфере здравоохранения» обеспечивается путем осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними. В соответствии со ст. 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Статья 43.1. ФЗ-323 гласит: «Гражданам,

страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях».

Положительная динамика уровня заболеваемости за период 2009—2012 гг. в УФО (пилотной территории) в сравнении с аналогичными показателями в Сибирском и Дальневосточном округах (интенсивные показатели заболеваемости ниже в 2,3 раза — среди всего населения, в 3,4 раза — среди детей) позволяет нам привести опыт ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России по разработке и внедрению системы противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом.

ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России совместно с Департаментом по социальной политике Apparата полномочного представителя Президента РФ в УФО проводит ежеквартальные совещания, на которые приглашаются главные специалисты-дерматовенерологи субъектов Федерации; специалисты органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Федерации, ответственные за специализированную медицинскую помощь; главные врачи КВД; заместители главных врачей по организационно-методической и лечебной работе; ответственные за оказание специализированной помощи детям; заведующие клинико-диагностическими лабораториями.

ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России разработаны индикаторы оценки эпидемиологической ситуации на подведомственной территории, индикаторы результативности противоэпидемической работы, индикаторы оперативного реагирования на эпидемическую ситуацию в территории. Система мониторинга группы показателей осуществляется как на уровне отдельного КВД, так и на региональном уровне. Система предусматривает ведение базы динамических рядов, на основании экспертного анализа которых определяется перечень рекомендаций по управлению эпидситуацией.

Системный контроль за заболеваемостью сифилисом и мониторинг ежеквартальных, полугодовых, годовых индикативных показателей позволяет осуществить:

1. Оценку и разработку мер оперативного реагирования эпидемиологической ситуации по сифилису и ИППП, доступности и качества специализированной медицинской помощи, ее соответствия лицензионным требованиям и условиям; оценку своевременности, адекватности и эффективности исполнения приказов Минздрава России и федеральных законов.

2. Ежеквартальное информирование по результатам мониторинга и научное обоснование управленческих предложений для Apparата полномочного представителя Президента в УФО, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, главных специалистов дерматовенерологов.

ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России разработаны, научно обоснованы, защищены патентами и внедрены на практике:

— Система управления заболеваемостью сифилисом с учетом индикативных показателей в условиях современной эпидемиологической ситуации, предлагающая выбор приоритетных управленческих решений (внедрение методов первичной профилактики, региональных приказов о скрининговом обследовании, межведомственном взаимодействии с врачами смежных специальностей, взаимодействию с органами Роспотребнадзора и других) в зависимости от значений индикативных показателей заболеваемости сифилисом в различных группах населения (патент РФ № 78484).

— Объем и методы первичной и вторичной профилактики венерических заболеваний в зависимости от эпидемической обстановки в территории: стабильная, преэпидемическая и эпидемическая (патент РФ № 78483).

— Алгоритм реализации профилактических мероприятий по ИППП на основании эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, определяющий выбор мер первичной, вторичной и третичной профилактики с учетом цифровых значений индикативных показателей (патент РФ № 78482).

— Организационная модель взаимодействия КВУ, штабов и межведомственных комиссий (МВК), определяющая задачи, степень компетенции и ответственности исполнителей (КВУ, штаб, МВК) и их взаимодействия на каждом организационном уровне при работе, направленной на стабилизацию и снижение заболеваемости социальными инфекциями, определяющая задачи, степень ответственности и компетенции исполнителей различных министерств и ведомств (патент РФ № 75500).

— Алгоритм организации и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий по ликвидации врожденного сифилиса (патент РФ № 81242).

Резолюции совещаний главных внештатных специалистов дерматовенерологов УФО, главных врачей КВД отражают состояние заболеваемости сифилисом и результативность противоэпидемической и профилактической работы в каждом из субъектов Федерации УФО. Текст резолюций размещается на официальном сайте ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России, и их выполнение строго контролируется главными специалистами-дерматовенерологами территорий. Информация по выполнению резолюций направляется в Apparат полномочного представителя Президента РФ в УФО и в ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России. На основании анализа ежеквартальных отчетов главных специалистов дерматовенерологов ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России разрабатывает медико-экономические рекомендации, управленческие решения, в т.ч. бюджетно-ориентированные, как оперативного, так и перспективного характера (упреждающее управление). ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России проводит ежеквартальное информирование по результатам мониторинга и научное обоснование управленческих предложений для Apparата полномочного представителя Президента в УФО, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, главных специалистов-дерматовенерологов.

Таким образом, в ФГБУ «УрНИИДВИИ» Минздрава России разработана, научно обоснована и предлагается для реализации в других Федеральных округах система управления заболеваемостью сифилисом, реализуемая как функциональная модель, базирующаяся на мониторинге индикативных показателей, контролируемых на различных уровнях управленческой вертикали: внутриучрежденческом, на уровне органа управления здравоохранением и Правительства субъектов Федерации.

## Основные задачи дерматовенерологии на современном этапе

Кунгуров Н.В., Поткаев Н.Н.

Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Екатеринбург, Москва

Приоритетность реализации Указа Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 г. «О мероприятиях по

реализации государственной политики»; федеральных законов № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании» и № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлений Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г. и «О лицензировании медицинской деятельности» № 2599-р от 28.12.2012 г. «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», приказов Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования определяет современные задачи по специальности «дерматовенерология».

С целью повышения доступности и качества специализированной помощи по профилю «дерматовенерология», оптимизации использования ресурсов региональных КВД и их филиалов, повышения эффективности расходования средств главным внештатным специалистам-дерматовенерологам субъектов Федерации и главным врачам КВД необходимо обеспечить адекватную актуализацию и мониторинг:

1. Региональных «Программ развития специализированной медицинской помощи населению», в том числе «Программ оптимизации структуры кожно-венерологических учреждений».
2. Региональных «Целевых показателей эффективности деятельности КВД и их филиалов, результативности деятельности главных специалистов, руководителей и сотрудников КВД».
3. Региональных «Программ противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП».
4. Региональных «Программ диспансеризации больных хроническими дерматозами», в том числе детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
5. Региональных «Программ управления рисками предъявления претензий и исковых заявлений».
6. Программ повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, обеспечивающих непрерывность образовательного процесса и его гармонизацию с лечебной деятельностью, включающих эффективные механизмы мотивации специалистов.

Для реализации первой задачи необходимо:

— провести аудит обеспеченности КВД и их филиалов кадрами (врачами, средним медицинским персоналом) и уровня их квалификации, а также материально-технической базы на предмет соответствия «Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», лицензионным требованиям и условиям (приказ Минздрава России № 924-н от 15.10.2012 г.; постановление Правительства России № 291 от 16.04.2012 г. «О лицензировании медицинской деятельности»);

— провести аудит перечня и объемов специализированной медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и в условиях дневного стационара), оказание которых возможно в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

— определить перечень и объемы специализированной помощи (не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования), оказание которых в региональных КВД возможно (соответствует лицензионным требованиям и условиям) с применением инновационных, в том числе высокотехнологичных медицинских технологий и/или в рамках приносящей доход деятельности (иные источники финансирования);

— провести аудит организации и соблюдения обязательных требований при предоставлении в региональных КВД и их филиалах

платных медицинских услуг при оказании специализированной дерматовенерологической помощи на предмет соответствия ст. 84 № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 39 № 2300-1-ФЗ от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» (с изменениями от 21.12.2013 г.), а также «Правилам предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г.);

— провести аудит уровня информатизации в подведомственных КВД и их филиалах на предмет: внедрения современных информационных систем в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца; введения электронной записи на прием к врачу; наличия локальных сетей; реализации Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

— обеспечить функционирование системы видеоконференцсвязи для обмена телемедицинскими данными и электронного документооборота; работу информационных терминалов; реализацию записи на прием к врачу в электронном виде; внедрение электронной медицинской карты; формирование реестров на оплату оказанной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

С 2012 г. в УФО функционирует Система непрерывного улучшения качества оказания дерматологической помощи, основанная на интеграции в медицинскую автоматизированную информационную систему комплекса индикативных показателей и их непрерывном экспертном анализе. Система позволяет главному специалисту-дерматовенерологу выявить необходимость перераспределения кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов КВД с последующей оперативной корректировкой и реализацией управленческих решений, обеспечить рациональность использования коечного фонда и увеличение суммарного индикатора качества оказания специализированной медицинской помощи, осуществлять контроль за соблюдением утвержденных и опубликованных стандартов, порядка оказания специализированной медицинской помощи, оперативно разрабатывать внутриучрежденческие приказы, оценивать результативность их реализации, проводить коррекцию показателей, снизить размер рекламаций в системе обязательного медицинского страхования.

В рамках реализации первой задачи также необходимо:

— при утверждении Минздравом России и опубликовании «порядков» и «стандартов» оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» провести корректировку территориальных программ обязательного медицинского страхования (ст.26 326-ФЗ) и территориальных программ государственных гарантий (ст. 81 323-ФЗ); — внедрить ориентированную на результат систему оплаты труда врачей и специалистов со средним специальным образованием; перевести сотрудников КВД на «эффективный контракт», устанавливающий зависимость оплаты труда от эффективности выполнения индикативных показателей и мотивирующий к постоянному повышению профессиональной квалификации.

При разработке и реализации территориальных программ оптимизации структуры КВД необходимо учитывать ст.10323-ФЗ, в которой указано, что «доступность и качество медицинской помощи обеспечивается установлением требований к размещению и мощности медицинских организаций, исходя из потребности населения; организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации, соблюдением стандартов медицинской помощи, контролем качества медицинской помощи и соблюдением лицензионных требований и условий».

При планировании и реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы КВД и их филиалов необходимо учитывать:

государственную регистрацию закупаемого оборудования; соответствие оборудования утвержденному «Порядку»; обеспечение эксплуатационной загрузки лабораторного и лечебного оборудования не менее 85% от имеющейся мощности; квалификационные требования к персоналу лабораторий; требования СанПин к помещению, где располагается оборудование, и наличие функционирующих локальных информационных сетей.

В рамках актуализации второй задачи приводим опыт ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России, в котором разработаны и с 2010 г. эффективно используются в КВД УФО окружные целевые показатели для оперативного обоснования и внедрения управленческих решений: ежеквартальные — для оперативного управления; полугодовые и годовые (в т.ч. бюджетно-ориентированные) — для стратегического управления и планирования:

— индикаторы оценки эпидемиологической ситуации на подведомственной территории;

— индикаторы результативности противоэпидемической работы;

— индикаторы оперативного реагирования на эпидемическую ситуацию в территории;

— индикаторы ресурсного обеспечения КВД и его филиалов, соответствие штатным нормативам и работы с персоналом;

— индикаторы соответствия оснащения отделений КВД приказу Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматология»;

— индикаторы качества оказания специализированной дерматовенерологической помощи;

Все предлагаемые к использованию на практике индикаторы прошли оценку на информативность и значимость для выбора управленческих решений, легко рассчитываются и позволяют главному специалисту-дерматовенерологу при сравнении с контрольными значениями данных индикаторов мониторировать и повышать уровень доступности и качества оказываемой в регионе специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Так, одним из индикаторов оценки работы с персоналом является уровень заработной платы врачей КВД, который рассчитывается как отношение заработной платы врача КВД к показателю средней заработной платы по экономике субъекта Федерации, в котором находится КВД. Показатель удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи рассчитывается как соотношение числа больных, удовлетворенных качеством медицинской помощи в КВД, и общего числа пролеченных больных за отчетный период в процентном выражении. Показатель обоснованных жалоб на качество оказываемой медицинской помощи рассчитывается как соотношение числа обоснованных жалоб и общего числа жалоб пациентов за отчетный период в процентном выражении.

Для реализации третьей задачи необходимо обеспечить:

1. Контроль индикаторов состояния противоэпидемической и профилактической работы, направленной на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП; назначить ответственных, персонифицировав степень их компетентности и ответственности.

2. Внедрение функциональной системы управления заболеваемостью сифилисом и ИППП с учетом региональных индикативных показателей.

3. Внедрение функциональной системы противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости сифилисом в субъекте Федерации с активными миграционными потоками.

4. Внедрение функциональной системы взаимодействия КВД, штаба

и МКВ в работе, направленной на снижение заболеваемости социальными инфекциями.

В УФО с 2010 г. функционирует разработанная в УрНИИДВиИ управляемая система контроля доступности и качества специализированной дерматовенерологической помощи.

Для реализации четвертой задачи необходимо:

1. Внедрение системы эффективного взаимодействия дерматовенерологов с врачами общей практики, участковыми педиатрами и терапевтами, а также гинекологами, урологами и иными специалистами, консультации которых предусмотрены стандартами.

2. Внедрение управляемой системы преемственности в работе специалистов амбулаторно-поликлинических и стационарных подразделений КВД с целью своевременного и адекватного обеспечения специализированной помощью необходимого лицензионного уровня.

3. Внедрение комплексной программы профилактических мероприятий, в т.ч. направленных на снижение риска развития тяжелых инвалидирующих форм дерматозов.

С 2011 г. в ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России разработана и внедряется в УФО управляемая система диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозами, учитывающая критерии отбора и определения интенсивности диспансерного наблюдения; критерии оценки качества и результативности диспансерного наблюдения на основании целевых показателей.

В ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России разработана и внедрена программа управления рисками предъявления претензий и исковых заявлений, включающая следующие разделы: соответствие действий врача утвержденным нормативно-правовым документам (приказам, стандартам и др.); документальное подтверждение проводимых медицинских вмешательств, информированного согласия (или отказа) пациента, документальное подтверждение досудебного урегулирования по претензии при возникновении конфликта «клиника-пациент»; организацию работы КВУ в соответствии с лицензионными требованиями и условиями, ведение документации по функционированию системы контроля и управления качеством медицинской помощи, обеспечивающей персонифицированную ответственность медицинских сотрудников; введение юриста в состав клинико-экспертной комиссии; внедрение комплексной системы мотивации и стимулирования медицинского персонала за качество и результативность медицинской помощи, с учетом индикаторов оценки качества и эффективность деятельности подразделений и каждого врача, постоянное повышение квалификации персонала. Решение вышеуказанных задач главными специалистами-дерматовенерологами субъектов Федерации и главными врачами КВД позволит повысить качество и доступность специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», повысить уровень удовлетворенности пациентов от контакта с медицинской средой и удовлетворенности врачей своей профессиональной деятельностью.

## **Витилиго. Алгоритмы диагностики и лечения в современной клинике активного долголетия**

Ломоносов К.М., Шугина Е.А., Константинова В.А., Ледина Г.Л.  
Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате»,  
Москва

В настоящее время проблема витилиго актуальна как никогда ранее, так как этим заболеванием, по данным ВОЗ, страдает 3 процента населения планеты.

Клинико-диагностическая программа по витилиго, включает 3 основных этапа: установление причины возникновения заболевания, репигментацию существующих очагов и профилактику рецидива заболевания.

«Клиника витилиго» создана в клинике активного долголетия «Институт красоты на Арбате». Нашим партнером стал Институт пигментных нарушений (США).

Уникальность выбранного «Клиникой витилиго» подхода к диагностике и лечению данного заболевания заключается в комплексном персонализированном подходе к каждому пациенту. Комплексное обследование пациента включает генетическое обследование, расшифровку эндокринного и иммунного статуса, тщательное терапевтическое обследование и психологическое тестирование.

Персонализированные программы лечения и профилактики развития заболевания в «Клинике витилиго» разрабатываются на основании всестороннего обследования пациента и широкой доказательной базы. В «Клинике витилиго» внедрены системная озонотерапия, светолечение с использованием УФО 311 нм и плазматерапия.

Системная озонотерапия и УФО проводятся с параллельным мониторингом показателей окислительного стресса с помощью прибора FRAS IV (Франция), плазматерапия — под контролем иммунологических показателей крови.

Первые клинические наблюдения позволяют констатировать эффективность разработанного алгоритма сотрудничества «Клиники витилиго» и специалистов Клиники активного долголетия «Института Красоты на Арбате».

## Анализ структуры заболеваемости папилломавирусной инфекции у детей и подростков

Лупашко О.В., Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Исаева Д.К.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр вирусной патологии кожи, Москва

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости папилломавирусной инфекции у детей и подростков в г. Москве на основе репрезентативного анализа пациентов обратившихся на прием в вирусной патологии кожи.

Материалы и методы. Была изучена заболеваемость различными формами бородавок у пациентов от 0 до 17 лет обоего пола на основе анализа отчетных форм по вирусным заболеваниям кожи за июль—декабрь 2013 г. (Приложение к приказу № 223 от 25.06.13 г.) Результаты. На базе МНПЦДК в Центре вирусной патологии кожи ведется активная работа по выявлению, диагностике, выбору оптимального метода лечения и профилактике папилломавирусной инфекции у детей и подростков. За последние полгода в период от июля по декабрь 2013 г. на амбулаторный прием консультативного отделения обратились 598 пациентов детского возраста от 0 до 17 лет, с диагнозом вирусные бородавки и аногенитальные бородавки. Распространенность папилломавирусной инфекции в данной возрастной категории выявлена с одинаковой частотой как для женского пола 296 (49%) пациентов, так и мужского пола 302 (51%) пациента. Согласно приказу № 223 от 25.06.13 внесены изменения в регистрации учета форм вирусных бородавок, в результате чего можно проследить распространенность различных форм, вульгарные бородавки диагностированы у 318 (53%) пациентов, подошвенные бородавки у 237 (40%), ювенильные бородавки у 36 (6%), вирусные папилломы у 2 (0,3), аногенитальные бородавки у 5 (0,8) пациентов. Основную долю пациентов с папилломавирусной

инфекцией составила возрастная популяция от 0-14 лет, всего на прием обратилось 504 (84%) пациента, из них женского пола 232 (46%) мужского пола 272 (54%). Основной нозологический профиль — диагноз «вульгарные и подошвенные бородавки». Вульгарные бородавки преобладали у мужского пола, 146 (28,9%) пациентов, женского пола составили 107 (21,2%) пациентов. Подошвенные бородавки распределились в равной степени как у женского пола, 107 (21,2%) пациентов, так и мужского пола 107(21,2%), ювенильные бородавки у 19(4%) пациентов мужского пола, женского пола 15 (3%) пациентов. Обращений с вирусными папилломами за представленный период в данной возрастной популяции у женского и мужского пола — (0%). Аногенитальные бородавки констатированы только у женского пола 3 (0,6%), мужского пола (0%). В возрастной группе от 15 до 17 лет зарегистрировано 94 (16%) пациента, из них большая часть женского пола, что составляет 64 (68%), мужского пола 40 (32%) пациентов. Вульгарные и подошвенные бородавки преобладали у женского пола 42 (45%), 16 (17%), мужского пола 23 (24,5%), 7 (7,4%) соответственно. В меньшей степени было обращений с ювенильными бородавками у женского пола 2 (2%), мужского — (0%), вирусные папилломы у женского пола составили 2 (2%), мужского — (0%), аногенитальные бородавки у женского пола 2 (2%), мужского — (0%).

Выводы. Таким образом, по данным Центра вирусной патологии кожи МНПЦДК, распространенность различных форм вирусных бородавок преобладает в возрастной популяции от 0 до 14 лет. Она составляет 84%, при этом вирусные новообразования встречаются с одинаковой частотой у пациентов как мужского, так и женского пола. Наиболее часто диагностируются вульгарные бородавки (53%) и подошвенные бородавки (39,6%), что составляет 92%. На остальные формы бородавок приходится около (7%). Необходимо отметить, что аногенитальные формы бородавок были зарегистрированы исключительно у девочек. Полученные данные говорят об устойчивой тенденции к росту заболеваемости ВПЧ в детском возрасте, что свидетельствует об актуальности узкопрофильного приема и необходимости оказания специализированной помощи детскому населению и дальнейшему изучению данной проблемы.

## Современные особенности характера специфической сенсibilизации у больных atopическим дерматитом

Макарова Н.Г., Козлова А.С., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Существует 2 основные патогенетические формы atopического дерматита — истинная или аллергическая, и atopиформная или неаллергическая. Выделение разных механизмов патогенеза atopического дерматита привело к изменению подхода к лечению, обоснованному назначению элиминационной диеты и целесообразности соблюдения гипоаллергенного быта.

Целью работы являлось определение уровней специфических IgE у пациентов с atopическим дерматитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 103 пациента в возрасте от 0 до 63 лет с разными формами atopического дерматита. Первую группу наблюдения составили 28 пациентов с младенческой формой atopического дерматита в возрасте от 0 до 4 лет. Вторую группу составили 30 пациентов с детской формой atopического дерматита в возрасте от 5 до 12 лет. Третью группу составили 45 пациентов с взрослой формой atopического дерматита в возрасте от 13 до 63 лет. Оценивали личный и семейный аллергологический анамнез,

лекарственную аллергию, пищевую непереносимость, уровень специфических иммуноглобулинов по данным стандартизированной педиатрической аллергопанели, включающей 19 основных пыльцевых, пылевых и пищевых аллергенов.

Результаты. При оценке личного аллергоанамнеза, бронхиальную астму отмечали у себя 3,8%, 6,6%, 11,1% пациентов первой, второй и третьей групп соответственно. Аллергический ринит имели 3,3% пациентов второй группы и 15,5% — третьей группы. Кроме этого, пациенты с взрослой формой атопического дерматита отмечали у себя отек Квинке в 6,7% случаев и крапивницу в 4,4%. Семейный анамнез по атопическому дерматиту и другим аллергозаболеваниям был отягощен в 46,4%, 40,0%, 37,8% у пациентов с младенческой, детской и взрослыми формами. Клинические проявления пищевой аллергии отмечали у 10,7%, 33,3%, 26,7% пациентов 1,2,3 групп соответственно. Наиболее частой причиной аллергии в 39,0% случаев были цитрусовые, в 25,0% — шоколад, в 17,2% — молоко. Среди пациентов первой группы с младенческой формой атопического дерматита также отмечали аллергию на молочные смеси, овощной прикорм, с детской формой — молочные смеси, томаты, киви, рыбу, с взрослой формой — на виноград, клубнику, облепиху, персики, киви, черешню, арбуз, томаты, пищевые добавки, мед. Непереносимость лекарственных средств отмечали 7,1%, 3,3%, 22,2% пациентов первой, второй и третьей групп соответственно. В 30% случаев пациенты отмечали аллергию на пенициллин. Кроме этого, пациенты первой группы указывали непереносимость энтерофурила, бактериофага, нурофена, пациенты третьей группы — азитромицина, фторхинолонов, стопангина, глицина, никотиновой кислота, фитопрепаратов. Уровень общего иммуноглобулина IgE соответствовал нормальным значениям в 44,4%, 35,7%, 38,1% случаев. В половине случаев наблюдали значительное повышение уровня в 5 раз и более — в 44,4%, 50,0%, 52,4%. Умеренное повышение общего иммуноглобулина в 2—4 раза наблюдали в единичных случаях — 11,1%, 14,3%, 9,5%. У 4,5% пациентов со значительным повышением уровня общего иммуноглобулина наблюдали отсутствие повышения уровня специфических иммуноглобулинов. При оценке уровней специфического иммуноглобулина у пациентов с младенческой формой в 60,0% случаев наблюдали повышение к эпителию и шерсти домашних животных, в 40,0% — к молоку, в 30,0% к бета-лактоглобулину, казеину, яичному белку. Среди пациентов второй группы сохранялась выраженная сенсibilизация к молоку — 38,5%, альфа-лактоглобулину — 38,5%, казеину — 46,2%. У пациентов третьей группы наиболее значимым аллергеном были эпителий и шерсть домашних животных — 23,6%, к остальным аллергенам наблюдали повышение специфических иммуноглобулинов в единичных случаях. Выводы. Повышение уровня общего иммуноглобулина в 5 раз и более наблюдали у 50% пациентов с атопическим дерматитом. Среди пациентов с младенческой и детской формами атопического дерматита основными причинами специфической сенсibilизации являлись эпителий и шерсть домашних животных, молоко и молочные белки. Наиболее частыми причинами аллергии у пациентов с атопическим дерматитом были цитрусовые, шоколад, молоко, пенициллин.

## Преимущества дерматоскопии при обследовании больных чесоткой

Малярчук А.П., Устобаева Т.Т.

Медицинский институт усовершенствования врачей Московского государственного университета пищевых производств, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Москва, Душанбе

Задачи исследования: сравнить эффективность дерматоскопии и визуального обследования при чесотке в двух географически удаленных регионах.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась в Москве и Душанбе. Клиническими базами в Москве были филиал № 3 ФГКУ «3 ЦВКГ имени А. А. Вишневецкого» Минобороны России и филиал № 1 ФГБМУ «Медицинский центр Минобороны России»; в Душанбе — ГКБ № 1. В Москве обследовано 234 больных чесоткой в возрасте от 18 до 45 лет, мужчин 198 (84,6%), женщин 36 (15,4%). В Душанбе — 217 больных, выявленных в 42 семейных очагах чесотки, мужчин 107 (48,3%), женщин 110 (51,7%), детей до 18 лет 132 (60,8%), взрослых 85 (39,2%). В Москве для дерматоскопии чесоточных ходов использовали бинокулярный микроскоп МБС-10, цифровой микроскоп Webbers Digital Microscope F-2сп, цифровые фотокамеры, в Душанбе — дерматоскоп фирмы Riester. Результаты собственных исследований. Методом дерматоскопии в Москве выявлено 2088 ходов, при визуальном осмотре — 1524, что на 27% больше. В Душанбе эти показатели составили 2584 и 1837, что на 28,9% больше. Короткие ходы на начальной стадии формирования, старые полуразрушенные ходы и ходы, приуроченные к экссудативным морфологическим элементам, плохо видны невооруженным глазом. Оценена частота обнаружения клещей на различных стадиях развития в интактных чесоточных ходах, фолликулярных папулах на туловище, конечностях и везикулах на кистях, которая составила 97%, 21%, 32%, соответственно. Невооруженным глазом чесоточные клещи в папулах и везикулах выявляются крайне редко, зачастую после проведенной терапии, когда они приобретают вид черных точек. Проведен сравнительный анализ частоты выявления типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов при визуальном осмотре пациента и с использованием дерматоскопии. В Душанбе типичных чесоточных ходов при дерматоскопии выявлено больше на 16,2%, а реактивных вариантов — на 32% больше. В Москве типичных чесоточных ходов выявлено на 12,7% больше, ходов, приуроченных к везикулам, — на 36,4% больше, а к пустулам — на 66,1% больше. Иными словами, диагностическая значимость дерматоскопии возрастает при наличии чесоточных ходов, приуроченных к экссудативным морфологическим элементам, особенно к пустулам. Многолетний опыт работ с большими чесоткой свидетельствует, что методом дерматоскопии чесоточные ходы без труда обнаруживаются при типичной чесотке, чесотке со СЛК, чесотке «инкогнито», осложненной чесотке. При типичной чесотке ходы обнаруживаются на местах их излюбленной локализации (кисти, запястья, стопы). При СЛК лентикулярные папулы чаще локализуются на ягодичах, животе, в аксиллярных областях, на половых органах мужчин, а типичные чесоточные ходы на обычных местах. При чесотке «инкогнито» ходы надо искать в типичных местах и помнить, что они немногочисленны. При чесотке, осложненной вторичной пиодермией, ходы приурочены к стафилококковому импетиго и пролезают в их покрывке. В последнем случае самка клеща обнаруживается редко, т.к. клещи быстро погибают. Необходимо искать типичные ходы или внимательно обследовать кожу вокруг импетиго. При скабиозной эритродермии и норвежской чесотке чесоточные ходы располагаются по всему кожному покрову и их число достигает нескольких сотен. Выводы. Количественная оценка диагностической значимости дерматоскопии при различных вариантах течения чесотки и клинических разновидностях чесоточных ходов показала, что при использовании дерматоскопии выявляется чесоточных ходов почти на четверть больше, чем при осмотре без оптических приборов. Частота обнаружения клещей на различных стадиях развития в интактных чесоточных ходах (97%), фолликулярных папулах (21%) и везикулах (32%) неоднозначна. Для чесоточных ходов этот показатель зависит от клинического варианта чесотки и разновидностей чесоточных ходов.

## Прогностическое значение компонентов врожденного иммунитета у больных эритемами

Масюкова С.А., Сорокина Е.В.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, кафедра кожных и венерических болезней, Москва

На современном этапе в исследованиях патогенетических механизмов фигурных эритем отмечается изолированность их оценки, а полученные результаты не позволяют дать характеристику изменений в основных регулирующих системах организма.

Целью исследования явилось изучение иммунологических особенностей фигурных эритем.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 54 больных многоформной экссудативной эритемой (МЭЭ), 41 фиксированной эритемой (ФЭ), 26 мигрирующей эритемой, 15 кольцевидной центробежной эритемой (ЭКЦ). Оценку экспрессии TLRs на МЛПК и в коже осуществляли методом проточной цитометрии с применением MAT(CaltagLaboratories, США). Уровни цитокинов определяли в сыворотках/плазме больных методом твердофазного ИФА(Biosource, Австрия).

Результаты. У больных МЭЭ выявили высокий уровень экспрессии TLRs на МЛПК. У больных ГАМЭ с сочетанной ВПГ1,2 инфекцией уровни TLR4,9 на МЛПК превышали значения у здоровых лиц в 4 раза, TLR2,3 в 3 раза. В очагах МЭЭ выявили высокие уровни экспрессии TLR9. В сыворотке крови больных МЭЭ наблюдали повышенную продукцию IL-1 $\beta$ , IFN- $\gamma$  (37,9 $\pm$ 5,8)пг/мл на фоне снижения IL-2, TGF- $\beta$ . TGF- $\beta$ , совместно с IL-2, способствует развитию регуляторных T-клеток (CD4+, CD25+, TREG) и способствует переключению синтеза антител на изотип IgA. Выявленные нарушения могут указывать на нарушения развития регуляторных клеток и снижение защиты слизистых у больных МЭЭ. В очагах ФЭ наблюдали низкие уровни TLR2,4,3,9,7,8 по сравнению с другими исследуемыми эритемами. У больных ФЭ наблюдали низкие уровни IL-2,6, IFN- $\gamma$ . При ЭКЦ наблюдали высокий уровень TLR2,3,9(9,6 $\pm$ 1,5; 35,9 $\pm$ 3,7; 26,9 $\pm$ 5,5)% на МЛПК, что подтверждает наличие вирусных инфекций и их участие в патогенезе дерматоза. В очагах ЭКЦ наблюдали выраженную гиперэкспрессию TLR7,8 (19,8 $\pm$ 3,5; 54,9 $\pm$ 6,2)%. В длительно существующих очагах выявлена более высокая экспрессия TLR7,8 на фоне низких TLR2,4. В сыворотке крови при ЭКЦ наблюдали снижение IL-2 на фоне повышенных IL-12, IFN- $\gamma$ ; отмечена высокая спонтанная продукция IL-2, -8, TNF- $\alpha$  и угнетение индуцированной продукции IL-8, TNF- $\alpha$ , снижение спонтанной и индуцированной продукции IFN- $\gamma$ . У больных МЭ выявили значительно повышенные уровни экспрессии TLR2,4,3,9 на МЛПК. В очагах отмечали наиболее высокие уровни экспрессии TLR2,4(12,6 $\pm$ 2,9; 10,2 $\pm$ 3,2) по сравнению с другими исследуемыми группами. При МЭ выявили повышение сывороточных IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-5, снижение IFN- $\gamma$  (19,2 $\pm$ 3,1пг/мл). Таким образом, гиперэкспрессия TLR2,4 на МЛПК у больных МЭ может являться маркером активности инфекционного процесса, вызванного *Borrelia burgdorferi*. Гиперэкспрессия TLR3,9 на МЛПК у больных МЭЭ и ЭКЦ может являться маркером активности вирусов и тяжести инфекционного процесса или говорить о включении внутриклеточных механизмов в ответ на вирусную нагрузку. В очагах ЭКЦ наблюдали высокие уровни TLR8,7 на фоне сниженных уровней TLR9 по сравнению с МЭЭ и ФЭ. Гиперэкспрессия внутриклеточных TLR7,8 в коже у больных ЭКЦ является маркером формирования хронического воспаления, а также свидетельствует о наличии компенсаторного механизма в ответ на вирусную нагрузку. Снижение

TLR9 при ЭКЦ можно рассматривать как ключевой механизм уклонения герпесвирусов от иммунного ответа. Для МЭЭ характерны наиболее высокие значения экспрессии TLR9 в коже по сравнению с ФЭ и ЭКЦ. У больных ЭКЦ, МЭЭ и ФЭ исходно наблюдается снижение продукции IL-2, что может указывать на нарушение пролиферации T— и NK-клеток и приводит к снижению эффективности противовирусного ответа. У больных ЭКЦ и МЭ наблюдали снижение сывороточного уровня IFN- $\gamma$ . Недостаточность в системе IFN- $\gamma$  также может объясняться низким уровнем спонтанной продукции при сохранении способности к продукции в ходе индукции. На основании полученных данных можно заключить, что комплексное изучение эффекторов врожденного иммунитета при различных клинических формах эритем позволит усовершенствовать дифференциальную диагностику, прогнозировать характер течения заболевания и тяжесть инфекционного процесса. В дальнейшем систематизированные данные позволят научно обосновать и разработать новые подходы к выбору адекватной терапии эритем с учетом этиологического или триггерного фактора, а также индивидуальных особенностей иммунной системы.

## Распределение субклассов иммуноглобулина G в зависимости от стадии развития аутоиммунной пузырчатки

Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Белецкая Л.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Аутоиммунная пузырчатка — это группа интраэпидермальных аутоиммунных буллезных дерматозов. Известно, что основная патогенетическая роль принадлежит циркулирующим IgG-аутоантителам к антигенам межклеточной связывающей субстанции (МСС) многослойного плоского эпителия. Однако значение субклассов IgG на развитие данного заболевания остается до сих пор спорным, что требует дальнейшего изучения по их влиянию на эволюцию аутоиммунной пузырчатки.

Цель исследования: изучение распределения и роли субклассов IgG на разных этапах развития аутоиммунной пузырчатки.

Материалы и методы. С помощью непрямого и прямого методов иммунофлюоресценции были изучены образцы сывороток крови и биоптатов клинически интактных участков кожи 57 больных аутоиммунной пузырчаткой. При этом у 34 пациентов диагноз был выставлен впервые, у 13 — наблюдалось обострение процесса, у 10 других — стадия клинической ремиссии. В методах иммунофлюоресценции применяли люминесцирующую сыворотку против IgG человека (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. М.Ф. Гамалеи) и моноклональные антитела к субклассам IgG (SIGMA-ALGRICH, USA). С целью определения циркулирующих специфических IgG-аутоантител в качестве субстрата использовали криостатные срезы кожи теленка. Результаты. Сравнительная характеристика данных, полученных с помощью методов иммунофлюоресценции, продемонстрировала особенности в распределении циркулирующих IgG-аутоантител и фиксированного IgG и его субклассов в зависимости от эволюции аутоиммунной пузырчатки. Так, независимо от стадии развития пузырчатки циркулирующие IgG2-аутоантитела выявлены у всех (100%) обследованных больных. Напротив, фиксированный в тканях IgG3 не обнаружен ни в одном из исследованных случаев. При впервые диагностируемом заболевании циркулирующие специфические IgG-аутоантитела обнаружены в 83,3% случаях с наличием IgG1— (75%), IgG3— (40%) и IgG4-аутоантител (93,3%). В стадии обострения

основного аутоиммунного процесса циркулирующие IgG-аутоантитела выявлены у 87,6% больных с наличием IgG1— (67,1%), IgG3— (67,1%) и IgG4-аутоантител (100%). В стадии клинической ремиссии болезни циркулирующие IgG-аутоантитела обнаружены в 70% случаях с наличием IgG1— (28,6%), IgG3— (28,6%) и IgG4-аутоантител (71,4%). Фиксированный IgG в МСС эпидермиса при впервые диагностируемой пузырчатке обнаружен в 94,4% случаях с наличием IgG1 (92,8%), IgG2 (27,8%) и IgG4 (92,9%). В стадии обострения процесса фиксированный IgG в МСС эпидермиса выявлен в 100% случаях с наличием IgG1(50%), IgG2 (20%) и IgG4 (100%). В стадии клинической ремиссии болезни фиксированный IgG в МСС отмечен в 66,7% случаях с наличием IgG1 (12,6%) и IgG4 (100%) при отсутствии IgG2.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования продемонстрировали преобладание субклассов IgG1 и IgG4, что подтверждает их основную патогенетическую роль в развитии аутоиммунной пузырчатки. На первоначальном этапе развития аутоиммунной пузырчатки одинаково главенствующую роль играют субклассы IgG1 и IgG4. В процессе эволюции болезни доминирующее влияние остается за IgG4 при снижении частоты выявления IgG1 от впервые выявленного заболевания до стадии обострения и клинической ремиссии. Наличие IgG1/IgG4-аутоантител у больных с впервые выявленной аутоиммунной пузырчаткой и преобладание IgG4-аутоантител при обострении и в стадии клинической ремиссии патологического процесса говорит о возможном «переключении» синтеза субклассов IgG: с IgG1 на IgG4. Это наблюдение может способствовать прогнозированию перехода аутоиммунной пузырчатки из стадии активного процесса (впервые выявленное заболевание) в стадию клинической ремиссии.

## Возможности плазмафереза в дерматологии

Мельниченко О.О., Дорджиева О.В., Лукьянова Е.Н., Качанова Н.В., Тогоева Л.Т., Герцен А.В., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

Мембранный плазмаферез является одним из методов эфферентной терапии, направленной на выведение из организма различных патологических продуктов (лат. efferens — удаление). За рубежом в комплексной терапии псориаза и ряда других дерматозов в настоящее время широко применяются методы эфферентной терапии (плазмаферез, гемодиализ), в России же данные методы практически не используются, хотя дают результаты.

Цель: изучить влияние плазмафереза на эффективность комплексной терапии псориаза и других иммунозависимых дерматозов.

Материалы и методы. В филиале «Клиника Короленко» в период 2011—2013гг. в комплексную терапию ряда дерматологических патологий был включен плазмаферез. Распределение пациентов было такое: псориаз 85 человек, атопический дерматит — 28, экзема — 20, ограниченная склеродермия — 13, дискоидная красная волчанка — 13, красный плоский лишай — 4, алопеция — 20, угревая болезнь — 1, болезнь Девержи — 2, васкулит — 7, мастоцитоз — 2, розацеа — 4, распространенная крапивница — 1. Таким образом, суммарное количество пациентов составило 200 человек. Возрастной ценз колебался от 18 до 77 лет. Курс лечения состоял из 1-8 процедур, которые выполнялись с интервалом от 1 до 3 дней. В ходе курса мембранного плазмафереза удалялось 1—1,5 ОЦП. Значительная часть пациентов сочетали проведение курса плазмафереза с применением различных методик физиотерапевтического воздействия (внутривенное

лазерное облучение крови, ПУВА-терапия, магнитотерапия, УФО и т.д.). Отдельного внимания заслуживают пациенты с тяжелыми формами псориаза (артропатический, псориатическая эритродермия), у которых наиболее эффективной методикой стало применение ВЛОК в сочетании с процедурами плазмафереза, что отразилось не только в динамике клинической картины на коже, но и в показателях биохимического анализа крови, а также цитокинового статуса. Нами исследовались уровни некоторых интерлейкинов в сыворотке крови до и после лечения, а именно: IL 8, IL 10, IL 13, IL 17A, IL 18, IL 31, IL 12/23 p40, TNF- $\alpha$  total. Если до лечения отмечались отклонения в ту или иную сторону, то на момент выписки большинство показателей приблизилось или достигло границ нормы. Кроме того, следует отметить, что быстрее наступало клиническое выздоровление, а период ремиссии, согласно данным наблюдения в течение 2 лет, у данной группы пациентов удлинялся.

Выводы. Таким образом, внедрение данного метода в широкую клиническую практику позволит сократить сроки пребывания в стационаре, продлить ремиссию заболевания, а в перспективе — возможно, снизить дозировку или даже отказаться от использования «препаратов резерва», обладающих токсичными свойствами и множеством побочных эффектов.

## К вопросу о дифференциальной диагностике ладонно-подошвенного пустулезного псориаза тип Барбера и экземы с преимущественным поражением ладоней и подошв, осложненной вторичной инфекцией

Мельниченко О.О., Новосельцев М.В., Померанцев О.Н., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

На сегодняшний день, как псориаз, так и экзема остаются актуальными проблемами дерматологии и занимают лидирующие позиции в структуре кожной патологии: псориаз 7—10%, экзема 10—40%. В рутинной практике врач-дерматолог как на амбулаторном приеме, так и в стационаре сталкивается с проблемой дифференциальной диагностики дерматозов. Если постановка диагноза «вульгарный псориаз», как правило, не вызывает трудностей, то диагностика ладонно-подошвенного пустулезного псориаза типа Barber, составляющего 0,05—0,58% от общего числа дерматозов, не всегда однозначна и проста. Важно отметить, что псориаз кожи может сопровождаться поражением суставов, нередко протекающим бессимптомно. Так, согласно данным зарубежных исследований, 29% пациентов с псориазом имеют высыпания на коже имеют недиагностированный псориазический артрит (Lloyd P, 2012).

Цель: на основании анализа медицинских карт выявить расхождения в диагнозах, обобщить сведения об анамнестических данных, особенностях течения ладонно-подошвенного пустулезного псориаза. Материалы и методы. Нами были проанализированы 15 медицинских карт пациентов, получавших лечение во 2-м дерматовенерологическом отделении стационара филиала «Вешняковский» в период с IV квартала 2012 г. по I квартал 2014 г. по поводу ладонно-подошвенного пустулезного псориаза. В 7 случаях направительный диагноз не соответствовал заключительному клиническому (пациенты были направлены с диагнозом «экзема»); еще в 2 случаях не была диагностирована пустулезная форма псориаза. Все пациенты обратились с жалобами на высыпания на коже ладоней и подошв,

у части кожный процесс сопровождался слабовыраженным зудом; у 4 из 15 отмечались болезненность и ограничение подвижности в суставах. Срок заболевания составлял от 3 месяцев до 15 лет, возникновение болезни пациенты связывали со стрессом, или же высыпания возникали без видимой причины. Контакт с водой и мощными средствами, алиментарные факторы не оказывали влияния на развитие болезни; высыпания в большинстве случаев существовали длительно без выраженного прогрессирования. Клинически на коже ладоней и подошв с частичным переходом на тыл кистей и стоп визуализировались четко очерченные было стерильным. На месте разрешившихся пустул локализовались округлые пятна темно-коричневого цвета, напоминающие точки. У части пациентов на коже волосистой части головы, локтей, коленей визуализировались типичные псориазные папулы, при поскабливании которых последовательно вызывались феномены псориазной триады. Отмечались изменения со стороны ногтей: симптом масляного пятна, симптом наперстка, подногтевой гиперкератоз, онихолизис. На основании данных анамнеза, осмотра, клинико-диагностического обследования у всех пациентов был диагностирован ладонно-подошвенный пустулезный псориаз Барбера. Было проведено комплексное лечение, в состав которого в дополнение к наружной терапии вошли дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие средства; седативные, антигистаминные, нестероидные противовоспалительные препараты (по показаниям), масляный раствор ретинола пальмитата внутрь; при торпидном течении дерматоза были назначены метотрексат или ацитретин. Амбулаторно помимо наблюдения дерматолога была рекомендована рентгенография суставов, консультация ревматолога для исключения псориазного артрита.

**Выводы.** С учетом выявленных диагностических расхождений, различного подхода к терапии экземы и псориаза, возможности прогрессирования заболевания вследствие неверно подобранного лечения, высокой вероятности бессимптомно протекающего суставного процесса, необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику данных дерматозов, с привлечением врачей-ревматологов для исключения псориазного артрита.

## Клинически значимые коморбидности при псориазе

Мордовцева В.В., Иволга Ю.С., Круглова Л.С.

Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время не вызывает сомнений, что псориаз представляет собой системное заболевание. В течение длительного времени у большинства больных ведущим симптомом является поражение кожных покровов. Однако с течением времени, особенно при торпидном и тяжелом течении псориаза, метаболические и аутоиммунные нарушения приводят к возникновению определенного спектра коморбидных состояний.

Из коморбидных состояний наибольшее значение придается сердечно-сосудистым заболеваниям, метаболическому синдрому, диабету и нарушениям липидного обмена. Кроме того, псориазный артрит и депрессия значительно ухудшают качество жизни больных. Повышенный риск онкологических образований наряду с осложнениями атеросклероза лежат в основе сниженной продолжительности жизни у больных псориазом.

При псориазе описаны нарушения микроциркуляции и гемостаза, функции почек, печени, щитовидной железы. Имеются сообщения о псориазной миопатии, разнообразных изменениях органа зрения, наиболее тяжелым из которых считается иридоциклит. Все это свидетельствует о системном характере псориазного процесса. Предложена гипотеза о том, что в основе развития проявлений псориаза в том числе лежат нарушения метаболизма незаменимых жирных кислот наряду с гиперпродукцией свободных радикалов и перекисным окислением липидов. В настоящее время во всем мире актуальным является дополнение традиционного лечения псориаза диетотерапией. Основные рекомендации по диетотерапии разработаны на основании данных о том, что у значительной части больных при лабораторном исследовании выявляется дефицит полиненасыщенных жирных кислот Омега-3, фолиевой кислоты и витамина В<sup>12</sup>.

Нами проведено исследование содержания жирных кислот Омега-3 у 20 пациентов с псориазом волосистой части головы в возрасте от 34 до 52 лет и у здоровых лиц контрольной группы. Среди пациентов 64% составляли мужчины и 36% — женщины с длительностью заболевания от 3 до 10 лет. Согласно результатам исследования, содержание докозагексаеновой кислоты (DHA) в группе больных псориазом в среднем составило 0,39±0,2 против 0,89±0,8 в группе здоровых лиц (p=0,01), причем у 40% больных псориазом показатели были ниже референсных значений, а у 40% — на нижней границе нормы. Среднее содержание эйкозапентаеновой кислоты (EPA) составило 0,34±0,3 в опытной группе и 0,69±0,6 — в контрольной (p=0,03), при этом у 15% больных псориазом показатели были ниже референсных значений, а у 45% — на нижней границе нормы. Эти данные требуют дополнительного изучения, но, тем не менее, они свидетельствуют о наличии изменений в обмене полиненасыщенных жирных кислот у больных псориазом.

## Возможности комплексной неинвазивной диагностики меланомы кожи

Неретин Е.Ю., Куколкина В.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

В Российской Федерации отмечается рост заболеваемости меланомой кожи (МК). Прогноз и исход заболевания зависят от многочисленных факторов, характеризующих как первичную опухоль, так и организм больного (Демидов Л. В., Харкевич Г. Ю. и соавт., 2011). Гиподиагностика меланомы влечет за собой диссеминацию процесса с предсказуемым исходом (Шанин А. П., 1959; Рак, 1962). Гипердиагностика меланомы, приводит к завышенному объему хирургического вмешательства. На этапе неинвазивной диагностики заболевания применяются ультразвуковой, дерматоскопический, радиотермометрический, флуоресцентный, рентгенологический, радиоизотопный и другие методы (Pellacani G. et al., 2005; Lassau N. et al., 2005). Но предоперационная диагностика МК на сегодняшний день все еще далека от идеала (Демидов Л. В., Харкевич Г. Ю., 2003). Цель исследования: оценить качество дооперационной диагностики меланомы кожи на различных этапах медицинской помощи.

**Задачи исследования.** 1. Изучить точность диагностики на этапе общей лечебной сети и в специализированном онкологическом центре 2. Выявить закономерности изменения точности диагностики и уровня инвазии опухоли.

**Материал и методы исследования.** Был проведен ретроспективный анализ качества диагностики, основанный на данных обследования

(опрос и осмотр) и лечения 1385 больных, 494 мужчин (35,67%) и 891 женщин (64,33%) в возрасте 20—85 лет (средний возраст — 53,99 года), с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи за период с января по декабрь 2008 г. Статистическую обработку данных проводили на IBM-совместимом персональном компьютере, MS Excel, пакета MS Office в операционной среде Microsoft Windows Wista Home Edition.

Результаты клинического исследования. Меланома кожи была диагностирована у 109 больных (7,87%), другие злокачественные опухоли кожи — у 396 (28,59%), а доброкачественные новообразования — у 880 пациентов (63,54%). Врачами общей лечебной сети правильный диагноз при меланоме кожи — 57 из 109 (52,29%). Показатель чувствительности клинического обследования на этапе общей лечебной сети для всех новообразований кожи составил 54,15%. Ложноположительное заключение о наличии меланомы кожи в предположительной или утвердительной форме было сделано у 221 из 462 больных с доброкачественными или другими злокачественными опухолями, имевшими какие-либо признаки, схожие с меланомой. Таким образом, показатель специфичности составил 52,16%, а показатель точности — 52,19%. Показатель чувствительности клинического обследования в ГБУЗ СОКОД для всех новообразований кожи составил 79,86%. Тем не менее, возможности физикального обследования ограничены на этапе специализированной онкологической помощи и зависят от уровня инвазии меланомы кожи. При категориях rTis и rT1 частота совпадений составила 25,00 и 61,54%. При новообразованиях, соответствующих категории rT2, правильный диагноз был установлен у 81,82% больных. При увеличении уровня инвазии опухоли до rT3 и rT4 чувствительность физикального обследования достигла 88,89 и 94,12%. Ложноположительное заключение о наличии меланомы кожи было сделано врачами-онкологами у 122 из 462 больных с доброкачественными или другими злокачественными опухолями. Показатель специфичности составил 73,59%, а точности — 73,73%. На этапе специализированной онкологической помощи у 31 больного с изъязвлением поверхности меланомы кожи было выполнено цитологическое исследование мазков — отпечатков. Цитологическое заключение соответствовало последующему гистологическому в 29 наблюдениях (чувствительность — 93,55%). Ложноположительное заключение о наличии меланомы в предположительной или утвердительной формах было сделано у 14 из 246 больных с доброкачественными или другими злокачественными новообразованиями кожи наблюдениях (специфичность — 94,31%). Общая точность цитологического исследования составила 94,22%, изъязвление меланомы наблюдалось лишь у 27,52% больных, и преимущественно при категориях rT3 и rT4. Таким образом, возможности цитологического метода для ранней диагностики меланомы кожи ограничены.

Выводы. 1. Необходимо проводить мероприятия для улучшения качества диагностики меланомы кожи на этапе общей лечебной сети. 2. Точность диагностики меланомы кожи на этапе специализированной онкологической помощи значительно выше, чем на этапе первичного звена. 3. Точность диагностики меланомы кожи растет с уровнем инвазии опухоли.

### **Возможности диагностики меланомы кожи с использованием экспертной системы при проведении цифровой дерматоскопии**

Неретин Е.Ю., Куколкина В.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Тема диагностики меланомы кожи (МК) актуальна, так как повсеместно отмечается рост заболеваемости МК в мире, в России, в Самарской области. МК отмечается многообразием клинического течения. Существует большое количество методов диагностики заболевания, и в то же время отмечаются частые ошибки диагностики, приводящие к неадекватному объему хирургического вмешательства. С 1987 г. по предложению N. Cascinelli, который является президентом Меланомной Программы ВОЗ, во многих центрах Германии, Австрии и других странах стали проводиться различные научные исследования. Их целью было улучшение дифференциальной диагностики меланомы и доброкачественных меланоцитарных новообразований кожи с помощью применения IT-технологий.

Целью настоящего исследования стала оценка возможности диагностики меланомы кожи с использованием экспертной системы при цифровой дерматоскопии. Были поставлены следующие задачи. 1. Изучить возможности диагностики меланомы кожи на основании рутинного осмотра на этапе квалифицированной и специализированной медицинской помощи, цифровой дерматоскопии с использованием алгоритма Kittler. 2. Изучить возможности автоматического анализа при проведении цифровой дерматоскопии меланомы кожи с использованием автоматического алгоритма распознавания ПКАД (РДС -1). 3. Сравнить эффективность рутинного осмотра, экспертной системы ПКАД, цифровой дерматоскопии с использованием правила Kittler и определить роль и место каждого метода.

Материал и методы исследования. В исследовании был использован дерматоскоп Delta Heine 20. Оценка проводилась по алгоритму Kittler. В качестве сравнения был также взят цифровой дерматоскоп РДС-1. Комплектация РДС-1 (по паспорту) включает: видеоскоп, насадку кросс-поляризации, насадку для ультрафиолетового излучения (В), USB флешку с программным обеспечением ПКАД. Аппарат обладает полем зрения 14 мм\*10,5 мм, подключается к персональному компьютеру по USB 2.0 и потребляет 4 Вт, разрешение матрицы 2,0 Мп. Прибор выполнен из пластика с удобной гладкой ручкой в форме пистолета и имеет габариты 13,5 см\*13,25 см\*4,75 см с насадкой. Были проанализированы данные амбулаторной карты пациента (форма № 025/у-04), извещения о впервые выявленном злокачественном новообразовании (форма № 090/у), протоколы запущенности (форма № 027-2/у), регистрационные карты больных со злокачественным образованием (форма № 030-6/ГРР). Всего исследовано 250 пациентов, из них 46 меланомой кожи, 204 с другими доброкачественными новообразованиями кожи.

Результаты исследования. Получены следующие показатели: при визуальном осмотре в ЛПУ общей лечебной сети показатель чувствительности составил 52,29%, специфичности — 68,2%. При проведении визуального осмотра в онкологическом диспансере показатели отличались в лучшую сторону — чувствительность — 79,86%, специфичность — 82,3%. Еще более точно удавалось ставить диагноз «меланома кожи» при проведении цифровой дерматоскопии с использованием аппарата Delta Heine 20 и оценке с помощью алгоритма Kittler, где показатель чувствительности был 97,48%, а специфичности составил 84,49%. При анализе цифровых снимков, полученных на дерматоскопе РДС-1 системой ПКАД, чувствительность — 93,75%, специфичность — 79,9%. Среднее время на диагностику одной дерматоскопической единицы, подозрительной на меланому кожи, с использованием ПКАД составило 16,0 секунд. Обсуждение полученных результатов. Цифровую дерматоскопию с ПКАД можно использовать для рутинной диагностики меланомы кожи и проведения скринингового осмотра, на этапе первичного звена, однако уточняющая диагностика должна проводиться только в специализированных онкологических диспансерах. Из недостатков экспертной системы

РДС-1 следует отметить, что наличие различных артефактов (волос, пузырьков воздуха и других посторонних предметов) иногда мешает точной постановке правильного диагноза, что требует определенной доработки программного модуля.

Выводы. 1. Чувствительность диагностики меланомы кожи в ЛПУ общей лечебной сети ниже на 27,57%, а специфичность на 14,1%. 2. Чувствительность диагностики меланомы кожи на 41,46% лучше при проведении дерматоскопии с использованием ПКАД, чем при рутинном осмотре в ЛПУ первичного звена. 3. Точность диагностики программного обеспечения ПКАД позволяет использовать его и в специализированных онкологических центрах в качестве «второго мнения» при постановке предварительного диагноза у пациентов с подозрением на меланому кожи.

## Микробиологические особенности раневых поверхностей у больных аутоиммунными буллезными дерматозами

Нефедова Е.Д., Василькова Е.В., Махнева Н.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Группу аутоиммунных буллезных дерматозов относят к ургентным состояниям в дерматологии. В ряде случаев (5—10%) причиной летального исхода является вторичная инфекция, нередко прогрессирующая на фоне иммуносупрессивной терапии. Последняя необходима для управления основным иммунопатологическим процессом.

Целью исследования явилось изучение и выявление особенностей спектра условно-патогенной флоры (УПФ) раневых поверхностей, а также анализ антибиотикочувствительности для оптимизации схем эмпирической терапии больных буллезными дерматозами, осложненными вторичной инфекцией.

Материалы и методы. За 2012—2013 гг. проведен ретроспективный анализ бактериальных посевов у 27 стационарных больных с разными буллезными дерматозами. В 72% случаев диагностирована вульгарная пузырчатка, в 4% случаев — себорейная форма аутоиммунной пузырчатки, в 24% случаев — буллезный пемфигоид. Забор материала осуществлялся с раневых поверхностей кожи и эрозивных дефектов слизистых оболочек полости рта. Определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводилось с помощью диско-диффузионного метода в соответствии с лекарственным обеспечением стационара на момент исследования. Результаты. При оценке спектра УПФ с раневых поверхностей больных аутоиммунными буллезными дерматозами, чаще (в 22% случаев) высевались грибы рода *Candida*, в 16% случаев — эпидермальный стафилококк, в 14% — золотистый стафилококк, в 12% — коагулазонегативный стафилококк, в 10% — фекальный энтерококк. В 26% случаев выделена микст-инфекция, которая оказалась наиболее характерной для больных вульгарной пузырчаткой. При этом в 4 из 7 комбинаций микроорганизмов выявлено преобладание (57%) золотистого стафилококка. При анализе микробиологических особенностей отделяемого с эрозивных поверхностей кожного покрова наиболее частым (53%) возбудителем вторичного инфицирования являлся стафилококк. При этом в 50% случаев выявлялся эпидермальный стафилококк, в 36% случаев — золотистый стафилококк и в 28,6% случаев — коагулазонегативный стафилококк. В посевах на УПФ, полученных со слизистых оболочек полости рта, выявлено преобладание (77%) грибов рода *Candida* и в 15,4%

случаев золотистого стафилококка. При определении чувствительности выявленных возбудителей к антибактериальным препаратам обнаружена восприимчивость эпидермального стафилококка к препаратам аминогликозидного, цефалоспоринового, пенициллинового рядов, а также к антибиотикам группы карбапенемов. Золотистый стафилококк показал наибольшую чувствительность к цефалоспоринам, а также к препаратам тетрациклинового, пенициллинового рядов, макролидам, линкосамидам, фузидиевой кислоте. Наибольшая антибиотикочувствительность коагулазонегативного стафилококка получена к аминогликозидным, тетрациклиновым и цефалоспориновым группам. Фекальный энтерококк оказался более чувствителен к антибактериальным препаратам тетрациклинового, пенициллинового, фторхинолонового рядов, а также к гликопептидам.

Выводы. Проведенный анализ УПФ, полученной с раневых поверхностей у больных аутоиммунными буллезными дерматозами, продемонстрировал наибольшую частоту выявления грибов рода *Candida* с эрозивных дефектов слизистой оболочки полости рта; эпидермального, золотистого и коагулазонегативного стафилококков, а также фекального энтерококка с эрозивных дефектов кожи. Выделенные возбудители показали наибольшую чувствительность к антибактериальным препаратам цефалоспоринового (30,8%), пенициллинового (15,4%), аминогликозидного (14,7%) и тетрациклинового (10,1%) рядов. Полученные данные позволяют использовать указанные выше группы антибактериальных препаратов в качестве эмпирической терапии больных аутоиммунными буллезными дерматозами, осложненными вторичной инфекцией. В зависимости от результатов посевов на УПФ с эрозивных дефектов разных локализаций, взятых в первые дни пребывания пациента в условиях стационара, антибактериальная терапия подвергается коррекции. Подобная тактика позволяет значительно снизить риск развития грозных осложнений и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

## Предикторы развития тяжелого течения гнездной алопеции

Нефедова Е.Д., Суворова К.Н., Петрова Н.В., Зинченко Р.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗ г. Москвы, Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра дерматовенерологии, микологии и косметологии, Медико-генетический научный центр РАМН, Москва

Гнездная алопеция — хронический дерматоз, обусловленный аутоиммунным поражением клеток волосяного фолликула, развивающийся на фоне генетической предрасположенности, проявляющийся, как правило, рецидивирующим появлением очагов выпадения волос и частым поражением ногтевых пластин. Течение заболевания характеризуется вариабельностью клинических проявлений, с частой трансформацией легких форм болезни (один или несколько очагов выпадения волос) в тяжелые (офиазис, тотальная, универсальная формы). Выявление предикторных факторов тяжелого течения гнездной алопеции крайне важно для прогноза заболевания, определения тактики лечения.

Целью исследования явилось определение клинико-морфологических, эндогенных и генетических (полиморфизмов генов-кандидатов TNFA, семейств генов IL1) предикторов тяжелого течения гнездной алопеции у пациентов разного возраста.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2010 г. под нашим наблюдением находились 105 пациентов с различными клиническими формами гнездной алопеции в возрасте от 3 до 75 лет. В работе

использовались клинико-морфологический, микроскопический, лабораторно-инструментальный, генеалогический, молекулярно-генетический (полимеразная цепная реакция, рестрикционный анализ, метод электрофореза в агарозном геле), статистический методы исследования.

Результаты. Тяжелые формы болезни выявлены у 36 (34,3%) пациентов. Определены следующие предрасполагающие факторы тяжелого течения гнездной алопеции: дебют заболевания до наступления периода пубертата ( $r=0,2221$ ,  $p<0,05$ ); рецидивирующее течение болезни ( $r=0,4815$ ,  $p<0,05$ ); наличие у пациентов эндокринной патологии ( $r=0,2057$ ,  $p<0,05$ ); сопутствующие аутоиммунные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, атопический дерматит, псориаз, витилиго и др.) ( $r=0,2363$ ,  $p<0,05$ ); медленный регресс клинических проявлений (при быстром регрессе,  $r = -0,5047$ ,  $p<0,05$ ); поражение ногтей пластин ( $r=0,2128$ ,  $p<0,05$ ). Среди ониходистрофий чаще диагностировались онихохорексис (39%), трахеонихии (37,1%), наперстковидные вдавления (33,3%).

Изучение генетической детерминированности гнездной алопеции позволило выявить в развитии тяжелого течения болезни участие полиморфизмов таких кандидатных генов как THFA, IL1A, IL1B, ILRN, участвующих в формировании аутоиммунного воспалительного процесса, стимуляции выпадения волос.

В развитии тотальной и универсальной форм гнездной алопеции (с наличием заболевания у родственников) показано влияние полиморфизма —511 C>T гена IL1B ( $\chi^2=3,8465$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ), выявлена его роль и в формировании болезни у пациентов с сопутствующей аутоиммунной патологией ( $\chi^2=4,8619$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ). На тяжелое течение болезни оказывает влияние полиморфизм —31 C>T гена IL1B ( $\chi^2=5,53$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ). Данный полиморфизм участвует в формировании рецидивирующего течения ( $\chi^2=4,3175$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ), раннем дебюте ( $\chi^2=5,67$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ) болезни, а также в развитии гнездной алопеции у пациентов с сочетанной аутоиммунной патологией ( $\chi^2=4,533$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ). Была определена ассоциация генотипа 2-2 гена ILRN с развитием гнездной алопеции у пациентов с сопутствующей аутоиммунной патологией ( $\chi^2=7,5412$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ), у пациентов с наличием семейного анамнеза по гнездной алопеции ( $\chi^2=4,1$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ).

Выводы. Таким образом, в прогнозировании течения гнездной алопеции и выработке тактики лечения необходимо учитывать данные тщательного клинико-морфологического обследования пациентов, анамнестические данные, возраст дебюта и сопутствующую патологию, а также данные медико-генетического обследования наблюдаемых пациентов. Полученные данные доказывают влияние генов TNFA, семейства генов IL1—IL1A, IL1B и антагониста рецептора IL1 —ILRN на развитие и течение гнездной алопеции у пациентов российской популяции.

## Роль врача дерматолога в первичном выявлении меланомы кожи

Павлова А.Г., Ключарева С.В., Новицкая Т.А.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Частота встречаемости пигментсодержащих образований кожи среди населения составляет около 90%, из которых невусы составляют 57%. В связи с огромным разнообразием клинических форм визуально поставить диагноз и исключить злокачественный характер невоклеточного невуса достаточно трудно. Клиническая диагностика пигментных новообразований кожи предполагает высокий процент диагностической ошибки, достигающей, по данным отдельных авторов, 70%. По данным IARC (Международного агентства по

изучению рака) первичная меланома кожи может развиваться на фоне предшествующего меланоцитарного невуса в 28—50% случаев. Исходя из вышеизложенного, следует, что правильная диагностика невоклеточных невусов крайне важна для адекватного выбора лечебной тактики меланоцитарных новообразований.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости меланомы кожи в практике врача дерматолога и возможность ее выявления на этапе первичного обследования.

Материалы и методы исследования. Обследовано 2310 пациентов с пигментными новообразованиями кожи в период с 09.2011 по 09.2012 на базах кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.Т. Мечникова и медицинского центра «ЛазерМед». Применялись следующие методики: 1. Анкетирование, визуальный осмотр, пальпация, фотосъемка очага поражения. 2. Дерматоскопическое исследование. При анализе результатов было установлено, что подавляющее число пациентов обратилось с меланоцитарными новообразованиями кожи 1692 (68,7%), из которых в 19 (0,8%) случаях клинически была выявлена МК, в 123 (5,3%) меланоопасные невусы, к которым относятся диспластический, пограничный внутриэпидермальный невоклеточный и клеточный голубой невус. После проведения дерматоскопии меланома кожи выявлена в 26 (1,1%) случаев, меланоопасные невусы составили 132 (5,7%), пигментный базально клеточный рак кожи диагностирован у 12 (0,6%) пациентов. Стандартом правильности установления клинического и дерматоскопического диагноза является патоморфологическое исследование, после проведения которого выявлена меланома кожи у 28 (1,2%) пациентов, меланоопасные невусы у 145 (6,28%). Таким образом, имеет место гипердиагностика внутридермального невоклеточного невуса, который клинически был выявлен в 65,3% случаев, а гистологически подтвержден только в 60,9%. Клеточный голубой невус и невус Сеттона не имели расхождений в клиническом и гистологическом диагнозе. Расхождение между клиническим и гистологическим диагнозом пограничного внутриэпидермального невуса составило 0,5%, диспластического невуса и меланомы —0,4%. Это указывает на снижение онкологической настороженности. Было установлено, что вероятность диагностической ошибки значительно снижается после проведения дерматоскопии. Показатель абсолютного риска при диагностике немеланоцитарных образований снижается от 10 до 3,2%, диспластических невусов — с 15 до 7,5%. Особую ценность данное исследование имеет в верификации меланомы кожи. Установлено снижение вероятности диагностической ошибки с 32,1 до 7,1%. Постановка правильного диагноза повышается на 4,1—25% при проведении дерматоскопического исследования. Выводы. Проведенные исследования показали, что в практике врача-дерматолога меланома кожи встречается в 1,2% случаев. Преимущественно на I-II уровне инвазивного роста по Clark (82,1%). Стоит заметить, что риск диагностической ошибки при постановке первичного клинического диагноза очень высок (32,1%), но значительно снижается (7,1%) при использовании дерматоскопического исследования. Постановка правильного диагноза повышается на 25%. В связи с этим можно сделать вывод, что врачи-дерматологи являются первичным звеном в диагностике меланомы кожи. Следовательно, необходимо ввести расширенный курс онкодерматологии, дерматоскопии в обучение врачей-дерматологов.

## К вопросу трансформации индекса PASI у больных псориазом, принимавших терапию с мексикором

Парфенова М.А., Силина Л.В., Бобынцев И.И.  
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью исследования явилась оценка выраженности основных субъективных симптомов и клинических проявлений псориаза, составляющих интегративный дерматологический индекс PASI на 21-е сутки лечения по традиционной схеме с добавлением мексикора (по показаниям с учетом наличия в анамнезе ИБС). В группе исследования было 93 пациента, страдающих инфильтративной формой псориаза в сочетании с ИБС, из которых 40 получали стандартную терапию, 53 — дополнительно по назначению терапевта — мексикор по 100 мг 3 раза в сутки. До начала лечения все показатели в исследованных группах существенно не различались, после стандартного лечения площадь поражения кожи у больных уменьшилась на 40% (р 0,05), интенсивность зуда — на 53% (р 0,001), выраженность эритемы — на 35% (р 0,05), шелушение — на 52% (р 0,01), величина инфильтрации — на 48% (р 0,01). Лечение с применением мексикора вызывало еще более значимые изменения исследованных показателей. Так, в данной группе площадь поражения кожи по окончании терапии уменьшалась в среднем на 53% (р 0,001), интенсивность зуда — на 70% (р 0,001), выраженность эритемы — на 51% (р 0,001), шелушение — на 65% (р 0,001), величина инфильтрации — на 68% (р 0,001). Следовательно, добавление к стандартной терапии псориаза и ИБС мексикора способствует значительному уменьшению субъективных и объективных проявлений заболевания в сравнении с больными, получавшими только стандартную терапию. Сравнение выраженности данных симптомов в обследованных группах после окончания лечения на 21-е сутки выявило достоверные различия большинства показателей. Площадь поражения кожи после терапии с мексикором была на 14% (р 0,05) меньше, чем у больных, получавших только стандартное лечение. При этом меньшие значения имели интенсивность зуда (на 29%, р 0,05) и величина инфильтрации (на 33%, р 0,05). Различия в снижении выраженности шелушения и эритемы (соответственно на 10% и 16%) не имели достоверного характера. По окончании стационарного лечения пациенты с 21-х по 30-е сутки наблюдались амбулаторно. На 30-е сутки была проведена повторная оценка индекса PASI. В сравнении с показателями до начала лечения у больных, получавших стандартную терапию, площадь поражения кожи уменьшилась на 51% (р 0,05), интенсивность зуда — на 85% (р 0,001), выраженность эритемы — на 48% (р 0,05), шелушение — на 65% (р 0,01), величина инфильтрации — на 56% (р 0,01). В группе, получавшей комбинированную терапию с мексикором, изменения исследованных показателей имели более выраженный характер. Так, в данной группе больных площадь поражения кожи по окончании терапии уменьшилась в среднем на 74% (р 0,05), интенсивность зуда — на 94% (р 0,001), выраженность эритемы — на 64% (р 0,05), шелушение — на 86% (р 0,01), величина инфильтрации — на 79% (р 0,01). Следовательно, добавление к стандартной терапии псориаза и ИБС мексикора способствовало более значительному регрессированию субъективных и объективных проявлений заболевания в сравнении с больными, получавшими только стандартное лечение. Эффективность использования мексикора отразилась и на клиническом состоянии больных по окончании стационарного лечения. Состояние, расцениваемое по данным объективного исследования как значительное клиническое улучшение, отмечалось у 28%, тогда как при стандартной терапии доля таких пациентов составляла только 10% (р 0,05). Клиническое улучшение после лечения с мексикором и без него составляло соответственно 49% и 47% случаев. Увеличение случаев незначительного клинического улучшения на фоне использования мексикора послужило причиной снижения количества пациентов с незначительным улучшением клинической симптоматики до 23%, тогда как после стандартной терапии их доля составляла 43%. Следовательно, включение в схему лечения пациентов, страдающих псориазом в сочетании с ИБС, повышает эффективность проводимой терапии.

## Разработка методики культивирования эпителиально-мезенхимальных клеток для выявления патогенетических методов лечения врожденного буллезного пидермолиза

Петерсен Е.В., Черныш Е.С., Трусова И.А., Каравацкая В., Махнева Н.В.

Московский физико-технический институт, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Долгопрудный, Москва

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — гетерогенная группа редких буллезных заболеваний, включающая в себя около 30 фенотипически и генотипически разных состояний, имеющих общий признак — механическая слабость или хрупкость покровного эпителия. Причина каждого подтипа ВБЭ нашла свое объяснение с точки зрения молекулярной биологии — врожденный дефект в генах, кодирующих разные протеины дермо-эпидермального соединения. Несмотря на достигнутые успехи в изучении данной патологии на молекулярно-биологическом уровне, основным методом лечения ВБЭ в клинической практике на сегодня остается симптоматическая терапия. Отсутствие современных медицинских технологий, воздействующих на течение болезни или коррекцию утраченной полноценной функции органа, требует от исследователей поиска новых патогенетически обоснованных методов терапии.

Цель работы: разработать методику кокультивирования *in vitro* эпителиальных и мезенхимальных клеток для выявления патогенетических методов лечения врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ).

Материалы и методы. Кератиноциты получали ферментативной обработкой кожи по методу Рейнвальда и Грина. Суспензию кератиноцитов вносили в культуральные сосуды в смеси сред ДМЕМ:F12 (1:1) с 10% эмбриональной телячьей сыворотки (ЭТС) с добавлением инсулина (5 мкг/мл, Sigma), изопротеренола (10-6M, Sigma), эпидермального фактора роста (10 нг/мл, Sigma). Клетки инкубировали при +37,0°C 5% CO<sup>2</sup> и насыщающей влажности. Для получения колоний кератиноциты вносили в концентрации 150 тыс/мл в чашки Петри диаметром 30 мм, на дно которых помещали покровное стекло. На коллагеновый гель суспензию высаживали в концентрациях 300 тыс/мл и 1млн/мл. Для выделения клеток интерфолликулярного эпидермиса волосяные фолликулы отделяли от эпидермиса под контролем бинокля с помощью микрохирургических ножниц. Затем эпидермис обрабатывали, как описано выше.

Выделение клеток дермальной папиллы (ДП) волосяного фолликула: выделенные пинцетом фолликулы инкубировали в 0,1%-ном растворе коллагеназы I типа в среде ДМЕМ, содержащей 10% ЭТС, в течение 7 ч при 37°C. ДП ресуспендировали в среде ДМЕМ с 10% ЭТС (Биолот), 4mM — глутамина (Sigma). Клетки ДП вибрисс крыс выделяли с помощью микрохирургических манипуляций под контролем бинокля и культивировали в среде ДМЕМ, содержащей 10% ЭТС. Результаты. Для разработки методики совместного культивирования эпителиальных и мезенхимальных клеток была создана модель для выявления патогенетических методов лечения ВБЭ. При формировании этой модели, имеющей пространственную организацию, максимально схожую с таковой в живом организме, были использованы все типы клеток, полученные из биоптатов кожи пациентов с ВБЭ. Подобранные параметры позволяют поддерживать оптимальные условия для длительного существования. Модель была помещена в биочашку с адекватным матриксом, максимально имитирующим нативный по

функциям, и в биореактор с сохранением всех функций на протяжении 7 суток.

Выводы. На сегодняшний день впервые разработана методика кокультивирования *in vitro* эпителиальных и мезенхимальных клеток кожи. Созданная модель функционировала на протяжении 7 суток и продемонстрировала поведение клеток кожи, типичных для пациентов с ВБЭ. В ближайших планах — стандартизация методики и достижение длительного переживания модели (28 суток). Данную модель можно будет использовать для выявления патогенетических методов лечения ВБЭ, а также для тестирования фармакологических препаратов, создания клеточных банков эквивалентов кожи пациентов с ВБЭ, индивидуального подбора и тестирования лекарственных средств, подходящих каждому конкретному пациенту (переход к персонализированной медицине).

## Состояние микробиома генитального тракта и полости рта у сексуально активных лиц

Петрова И.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, ООО «Астери-мед», Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

В настоящее время прослеживается четкая тенденция увеличения числа пациенток с часто рецидивирующими патологическими выделениями из влагалища. Внедрение современных технологий в клиническую практику демонстрирует существенный рост количества и состава условно-патогенных микроорганизмов, нередко обуславливающих данную клиническую картину.

Целью исследования явилось изучение состава микробиома генитального тракта и полости рта у сексуально активных женщин и их половых партнеров.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 половых пар, средний возраст женщин составил  $27,5 \pm 7,5$  лет, мужчин —  $32 \pm 10$  лет. Обильные выделения из влагалища отмечали 53 (75,7%) женщины, зуд и/или жжение в области вульвы — 29 (41,4%), диспареунию — 11 (16,8%). Половые партнеры обследованных пациенток предъявляли жалобы лишь в 21,4% случаев. Из них высыпания на коже головки полового члена и крайней плоти регистрировались у 21 (30,6%) мужчины, дискомфорт в уретре после половых контактов и/или боли в паховой области у 5 (8,4%). Всем больным было проведено комплексное обследование, включающее микроскопическое, молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР с количественной оценкой на тест-системе «Флороценоз». У женщин материалом для исследования являлись соскобы из влагалища и цервикального канала, полости рта, у мужчин — соскобы из уретры, полости рта, эякулят и первая порция утренней мочи.

Результаты исследования. У обследованных пациенток наиболее часто выявлялись бактерии, относящиеся к условно-патогенной флоре: *G.vaginalis* у 45 (64,3%), *Candida spp.* у 26 (37,1%), *U.parvum* у 25 (35,7%), *A.vaginae* у 21 (30,0%), *Streptococcus spp.* у 11 (15,7%), *M.hominis* и *Enterobacteriaceae spp.* у 8 (11,4%), *U.urealyticum* у 6 (8,6%). Гораздо реже регистрировались представители патогенной флоры: *Ch.trachomatis* в 2-х (2,9%) случаях, *M.genitalium* в одном. Число женщин с папилломавирусной инфекцией составило 31 (44,2%), у большинства наблюдались бактериально-бактериальные и бактериально-вирусные ассоциации (от двух до пяти микроорганизмов). У мужчин наиболее часто возбудители определялись в эякуляте и первой порции утренней мочи: *G.vaginalis* у 22 (31,4%), *Candida spp.* у 4 (5,7%), *U.parvum* у

18 пациентов (25,7%), *A.vaginae* у 9 (12,9%), *M.hominis* у 6 (8,6%), *U.urealyticum* и *C.trachomatis* у (2,9%), *M.genitalium* у 1 человека. Несколько реже — в соскобах из уретры. Число половых партнеров с папилломавирусной инфекцией составило 18 (25,7%). Из полости рта одинаково часто у мужчин и женщин были определены *M.hominis* — 36 больных (51,4%), *G.vaginalis* — 26 (37,1%), *Candida spp.* — 23 (32,9%), реже *A.vaginae* — 8 (11,4%), *U.parvum*, ВПЧ — 2 (2,8%), *U.urealyticum* — 1 (1,4%).

Выводы. 1. Рецидивирующие патологические выделения из влагалища чаще ассоциируются с сочетанной аэробно-анаэробной инфекцией. 2. Наиболее часто патогенная и условно-патогенная флора у мужчин определялась в эякуляте и 1-й порции утренней мочи. 3. Для оценки значимости обнаруженных микроорганизмов в полости рта требуются дальнейшие проспективные исследования.

## К вопросу об удовлетворенности пациентов дерматовенерологической помощью

Померанцев О.Н., Жильцова Е.Е., Коновалов О.Е.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский университет дружбы народов, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Москва, Рязань

При выполнении исследования уточнялось мнение по изучаемому вопросу 578 пациентов от 18 до 63 лет, средний возраст  $34,1 \pm 11,79$  года, проживающих в Рязанской области. При этом большая часть опрошенных — 379 (65,5%) человек проживали в городах, 133 (21,2%) — на селе, 66 (13,3%) — в районных центрах.

До этого никогда не привлекались к обсуждению вопросов, связанных с оценкой качества работы лечебно-профилактического учреждения, 382 (66,1%) респондента, редко — 77 (13,3%), иногда — 98 (17%), очень часто — 21 (3,6%) человек.

В ходе проведения исследования выяснялось, насколько опрашиваемые в целом удовлетворены помощью, полученной в медицинском учреждении. Ответы распределились следующим образом: были вполне удовлетворены 221 (38,2%) человек, в общем удовлетворены — 281 (48,6%); не особенно удовлетворены — 21 (3,6%); не удовлетворены — 9 (1,6%); было безразлично — 33 (5,7%); не могли оценить — 13 (2,3%) человека.

Как показали исследования, если бы респондентам потребовалась дерматовенерологическая помощь снова, то более половины из них 296 (51,2%) безусловно обратились бы в то же учреждение. Чуть меньше половины 256 (44,3%) ответили — возможно; 17 (2,9%) — вряд ли. Отрицательный ответ дали 9 (1,6%) опрошенных. При необходимости порекомендовать дерматовенерологическое учреждение другу или родственнику, почти половина опрошенных — 245 (42,4%) возможно порекомендовали бы учреждение, которое они сами посетили. Безусловно, важно понять, какие именно позитивные стороны больше всего устраивают удовлетворенных оказываемой помощью пациентов. В первую очередь было названо получение квалифицированной помощи 308 (53,3%), затем возможность контакта с врачом по мере необходимости 221 (38,2%), возможность комплексного обследования и лечения 158 (27,3%), бесплатность и легкая доступность 98 (17%), приближенность к месту жительства 42 (7,3%) и прочие причины 14 (2,4%).

В то же время было установлено, что 70 (12,1%) респондентам особенно не понравилось отсутствие гарантий сохранения медицинской тайны, 42 (7,3%) — плохое отношение персонала к больным; 32 (5,5%) — плохое лечение. Остальные опрашиваемые дали различные ответы.

Пациентов, которых не удовлетворяет качество лечения, просили указать, что, по их мнению, является причиной плохого лечения. Главной причиной была названа нехватка нужных лекарственных средств — 178 (30,8%), упоминались также отсутствие разнообразных специалистов — 88 (15,2%), низкая квалификация врачей — 21 (3,6%) и плохая организация диспансерного наблюдения — 21 (3,6%), 77 (13,3%) человек назвали прочие причины.

Опрашиваемым было предложено выбрать ответ на вопрос, каким образом можно улучшить работу учреждения. Наиболее популярными оказались следующие предложения: улучшение технического и лекарственного обеспечения — 84 (50,9%), материальное поощрение лучших специалистов — 53 (32,1%), сокращение работы с медицинской документацией — 48 (29,1%). Затем следовали такие варианты как: совершенствование профессиональных знаний и умений — 34 (20,6%), обучение персонала этике и психологии общения с пациентом — 31 (18,8%), свободный выбор врача — 15 (9,1%) и учреждения — 10 (6,1%) пациентом, прием на работу на конкурсной основе — 4 (2,4%) и прочее — 3 (1,8%). Ни один пациент не указал, что могла бы помочь смена администрации учреждения.

## Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Поршина О.В., Потекаев Н.Н., Заторская Н.Ф., Волкова С.Б.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности — обеспечение прав граждан на получение специализированной медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» и его филиалах на основе установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

Контроль качества осуществляется согласно положениям приказа Департамента здравоохранения города № 820 от 16.08.2013г «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях системы здравоохранения города Москвы». Всего за период 2013 года было проведено 2673 экспертизы.

На амбулаторно-поликлиническом уровне частота дефектов в проведении диагностических мероприятий составила 7,9%, в оформлении медицинской документации — 8,2%. Недочеты в оформлении и обосновании клинического диагноза составили 6,9%, в выполнении лечебно-диагностических мероприятий — 6,4%. Наименьшую долю в выявленных дефектах занимали нарушение сроков оказания и преемственности в этапах медицинской помощи. В стационарах ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ проводится ежемесячно экспертиза качества всех законченных случаев оказания медицинской помощи. Наибольшую долю выявленных дефектов составляли недостатки оформления медицинской документации — 9,3% и неполное выполнение диагностических мероприятий — 6,8%. Дефекты оформления лечебно-профилактических мероприятий были отмечены в 5,4% от всех случаев экспертизы. На этапах реализации медицинской помощи и соблюдения ее сроков были выявлены недостатки в 3,7% случаев. Средний уровень дефектов во всех случаях экспертизы не превышает 10%. Средний коэффициент качества по ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ составил 0,8. Данный показатель выше рекомендуемого минимального в 0,6, что свидетельствует об удовлетворительной организации внутреннего контроля качества.

На третьем уровне контроля качества (врачебные комиссии) в амбулаторно-поликлинических условиях во исполнение приказа ДЗМ проводилась экспертиза всех случаев согласно перечню, что составило 143 по ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Из них по обращениям граждан было проведено 61 заседание врачебной комиссии — 42,3%, расхождение клинических диагнозов 37, что составило 25,9%. Рассмотрение случаев первичного выхода на инвалидность 13 случаев — 9%. За 2013 год в ГБУЗ МНПЦДК не зарегистрировано летальных исходов, позднего выявления онкологических заболеваний. Все решения врачебных комиссий были использованы при принятии административных решений по устранению выявленных недостатков. Проведены 3 врачебные конференции по разбору типичных дефектов оказания медицинской помощи.

Таким образом, внутренний контроль качества является эффективным механизмом оптимизации лечебно-диагностического процесса.

## Дерматиты, вызванные контактом с растениями

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

В весенне-летний период на прием к врачу-дерматологу обращается много пациентов с жалобами на развитие фотофитодерматита — заболевания, которое появилось после контакта кожи с некоторыми растениями и последующей экспозицией на солнечный свет. При этом развиваются фотоаллергические или фототоксические реакции. Растения, о которых идет речь, содержат фотосенсибилизаторы (кумарины или фурукумарины), которые обладают способностью повышать чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. Свойством вызывать фотофитодерматит обладают растения, относящиеся к семействам Бобовые, Лютиковые, Зонтичные, Рутовые и т.д.

В нашей широте чаще всего фотофитодерматит вызывают такие культурные травы, как сельдерей, петрушка, морковь и т.д. Из дикорастущих растений чаще всего развитие данного дерматоза вызывает Борщевик обыкновенный (*Heracleum spondylium*), относящийся к семейству Зонтичных (*Umbelliferae*). В последнее время это растение получило большое распространение в связи с загрязнением окружающей среды.

На прием к врачу-дерматологу в филиал «Варшавский» МНПЦДК в период с мая по сентябрь 2013 г. обратилось 37 пациентов с жалобами на высыпания на коже, которые появились после контакта с различными растениями. Среди больных было 25 женщин и 12 мужчин. Пациенты были в возрасте от 18 до 66 лет. Средний возраст 47±2 лет. При сборе анамнеза было выяснено, что все больные контактировали с растением Борщевик обыкновенный.

Клиническая картина была представлена очагами гиперемии иногда линейной формы, везикулами и буллезными элементами с серозным содержимым и плотной покрывкой, корками. Высыпания отмечались на незащищенной одеждой коже. Высыпания появлялись в течение 24—48 часов после попадания сока на кожу. Примечательно, что симптомы появлялись независимо от того, в солнечный или в пасмурный день произошел контакт с соком растения. В течение нескольких дней пузыри и везикулы вскрывались пациентом. Процесс эпителизации после контакта кожи с Борщевиком обыкновенным протекал медленно. После разрешения патологического процесса длительно сохранялась гиперпигментация. Субъективно пациентов

беспокоили чувство зуда, жжение, болезненность. У 3 больных отмечалось ухудшение общего состояния — головная боль, субфебрильная температура, тошнота. Для лечения применялись антигистаминные препараты второго поколения в дозировке 10 мг один раз в сутки на ночь в течение 10 дней; наружно-топические стероиды два раза в день в течение 14 дней.

### Клинико-патогенетические механизмы лазерной терапии вторичной гиперпигментации при акне

Потекаев Н.Н., Демина О.М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Несмотря на активное внедрение и использование современных и эффективных методов терапии акне, у части пациентов после купирования воспалительного процесса могут возникать остаточные явления — постакне, основной причиной развития которых является торпидное течение средне-тяжелой и тяжелой форм дерматоза на фоне гиперреактивности организма, а у части больных самостоятельное или нерациональное лечение.

Постакне — это симптомокомплекс, который включает рубцы, телеангиэктазии, вторичную гиперпигментацию, милиумы и атеромы, поэтому на завершающем этапе терапии важно избежать рецидива акне, и, что не менее актуально, восстановить эстетическую привлекательность кожи. Одним из значимых эстетических дефектов постакне является вторичная гиперпигментация, патогенетической основой формирования которой является длительное существование застойных сосудистых пятен и воспалительной инфильтрации кожи, которая у пациентов с IV—V фототипом кожи по Фицпатрику часто бывает довольно стойкой.

Несмотря на многочисленные технологии и способы коррекции вторичной гиперпигментации кожи, не всегда возможно достичь желаемого результата, а зачастую длительная курсовая терапия с социальной дезадаптацией пациентов, обуславливают поиск и внедрение высокоэффективных инновационных методов терапии, к которым относится фототерапия, с использованием лазеров и IPL. При лазерной терапии гиперпигментации хромофором является меланин в меланосомах, при этом длина волны излучения должна слабо поглощаться гемоглобином и водой. Поствоспалительная гиперпигментация при постакне является преимущественно эпидермальной и поэтому эффективны как селективные, так и неселективные лазеры. При неселективном методе используют вапоризацию эпидермиса с избыточным содержанием меланина CO<sup>2</sup> и эрбиевыми лазерами — лазерная шлифовка. При селективном методе лечения применяют: неодимовый KTP (532 нм), рубиновый (694 нм), лазеры на красителях (510 нм), на парах меди (511 нм) и александритовый (755 нм). Q-switched рубиновый, александритовый и KTP лазеры наиболее эффективны.

Цель: определить клинико-патогенетическую эффективность различных длин волн лазерной терапии вторичной гиперпигментации при акне. Материалы и методы. Обследованы 126 больных акне в возрасте от 17 до 47, из них 18 (14,2%) — с легкой степенью тяжести, 46 (36,5%) — со среднетяжелой и 62 (49,2%) — тяжелой. Из них у 38 (35,1%) пациентов — вторичная гиперпигментация кожи. Рекомендовано 3—5 сеансов лазеро- или фотокоагуляции рубиновым и александритовым Q-switched лазерами с интервалом 10—14 дней с обязательной эффективной фотопротекцией.

Результаты. По эффективности разрешения пигментной патологии при использовании александритового, неодимового лазеров или при их комбинации разницы выявлено не было. Полное осветление достигнуто у 77%, клиническое улучшение — в остальном проценте случаев.

Проведены исследования по сравнению побочных эффектов александритового и неодимового лазеров, среди которых были отмечены транзиторные самостоятельно регрессирующие боли при использовании александритового лазера и длительно существующий тепловой дискомфорт при использовании неодимового. При этом у 82,5% пациентов в группе, пролеченных александритовым лазером, и у 88,6% пациентов в группе, пролеченных неодимовым лазером, не отмечалось никаких осложнений. Однако при сочетанном применении этих двух лазеров у 38% пациентов была выявлена гипопигментация, отсутствие осложнений — у 59,6%.

Таким образом, метод лазерной терапии вторичной гиперпигментации при акне является альтернативной патогенетически обоснованной терапевтической технологией, с возможностью комбинации различных методов лазерного воздействия, что позволяет достичь клинической ремиссии у 77% пациентов, значительно повышает эстетический результат и существенно улучшает качество жизни пациентов.

### Ошибки в диагностике клещевого боррелиоза

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва

Иксодовые клещевые боррелиозы (болезнь Лайма) являются группой облигатно-трансмиссивных природно-очаговых заболеваний, которые вызываются боррелиями и передаются иксодовыми клещами, чаще *Ixodes persulcatus* (таежным) и *Ixodes ricinus* (лесным). *Borrelia burgdorferi* относится к семейству Spirochaetacea, роду *Borrelia* и является грамотрицательной бактерией. Она обитает в желудочно-кишечном тракте и слюнных железах иксодовых клещей, откуда при укусе и/или присасывании микроорганизм попадает в организм человека. В 30—55% случаев на месте укуса или присасывания клеща отмечается развитие очага эритемы — т.н. хроническая мигрирующая эритема Афцеллиуса—Липшютца. Очаг склонен к периферическому росту, в результате чего постепенно, с течением времени, пятнистый элемент увеличивается в размерах, а в его центральной части отмечается разрешение процесса. В центре очага обычно длительное время сохраняется место от укуса клеща. Иногда отмечается наличие нескольких кольцевидных элементов один внутри другого. По периферии высыпного элемента сохраняется лентовидная гиперемия, которая постепенно может распадаться. Эритема не шелушится и не возвышается над уровнем неизменной кожи. У части больных отмечается регионарный лимфаденит. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Однако иногда больные жалуются на чувство зуда, жжения или болезненности. В связи с тем, что первые симптомы иксодового клещевого боррелиоза появляются на коже, пациенты обращаются к врачу-дерматологу. Именно поэтому так важно правильно дифференцировать данный дерматоз.

В настоящее время участились случаи обращения пациентов с высыпаниями на коже, которые соответствуют клинической картине иксодового клещевого боррелиоза. Пациенты с такими высыпаниями очень часто поздно обращаются к врачу. Это вероятно связано с тем, что высыпания не сопровождаются субъективными ощущениями,

а также тем, что больные иногда даже не подозревают об укусе клеща. Кроме того, иногда, больные обращаются к врачам не дерматологам, которые плохо ориентируются в данной патологии и не распознают диагноз. За период с января по октябрь 2013 г. в филиал «Варшавский» МНПЦДК ДЗМ обратилось 24 пациента, которым нами был выставлен диагноз «Боррелиоз». При более внимательном осмотре, а также проведении анализов крови на наличие антител к *B. burgdorferi* было выяснено, что пациенты страдают иксодовым клещевым боррелиозом.

## Экспрессия пемфигусного аутоантигена десмоглеина 3 на клетках поджелудочной железы

Прохоров. А.В., Матушевская Е.В., Кажарова С.В., Свищевская Е.В.

Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова, Москва

Аутоиммунная пузырчатка возникает при формировании аутоантител IgG4 класса к белкам межклеточной адгезии десмоглеинам (ДСГ) 1 и 3, которые экспрессируются в эпидермисе кожи. ДСГ1 экспрессирован в верхних слоях эпидермиса, а ДСГ3 — в нижних слоях, включая базальный. Формирование антител к ДСГ1 приводит к листовидной форме пузырчатки, а формирование антител к ДСГ3 — к вульгарной форме заболевания. Известно, что ДСГ 1 и 3 экспрессированы преимущественно на кератиоцитах кожи. Десмосомальным белком, формирующим межклеточные контакты в эпителии других органов и тканей, является ДСГ2.

Целью данной работы было скринирование экспрессии десмосомальных белков десмоглеинов 1—3 и десмоколлинов 1—3 на клетках, происходящих из различных органов: поджелудочной железы, молочной железы, кишечника, печени, почки, легких, меланоцитах, лимфоцитах и макрофагах, для чего использовали моноклональные антитела к белкам адгезии. Для эпителиальных клеток экспрессию определяли методом конфокальной микроскопии, для суспензионных — методом проточной цитометрии. Десмосомальные белки отсутствовали не только на лимфоидных клетках (Jurkat, THP-1), но и на меланоцитах (MeWo, A375), на части эпителиальных клеток поджелудочной (MiaPaCa) и молочной желез (BT474). На всех остальных эпителиальных клетках определили наличие поверхностной экспрессии ДСГ2. На 4 из 6 протестированных линий поджелудочной железы (AsPC-1>Colo357>VxPC-3>T3M4) показали высокую экспрессию не только ДСГ2, но и ДСГ3, аутоантигена вульгарной пузырчатки. Низкий, но достоверный уровень мембранной экспрессии ДСГ3 наблюдали на клетках кишечника HCT 116 и карциномы легких A549. Экспрессия десмоколлинов была всегда ниже, чем десмоглеинов. Для подтверждения распознавания ДСГ3 аутоантигенами сыворотки больных пузырчаткой и здоровых доноров инкубировали с линиями клеток поджелудочной железы, экспрессирующих ДСГ3, а также с клетками кератиоцитов человека HaCaT. Показали, что сыворотки больных, но не доноров распознают ДСГ3 как на клетках HaCaT, так и на всех линиях клеток поджелудочной железы. Экспрессия ДСГ3 на клетках поджелудочной железы не обязательно должна приводить к патогенетическим изменениям в органе при пемфигусе, поскольку пемфигусные аутоантитела не оказывают прямого патогенного действия, а вызывают истощение ДСГ3 из десмосом, что приводит к снижению прочности контакта между клетками. Репаративные процессы в поджелудочной железе могут компенсировать эффект связывания аутоантител.

## Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи

Радион Е.В.

Институт красоты Belle Allure, Москва

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями из полимолочной кислоты для коррекции инволюционных изменений в практике косметолога в амбулаторных условиях.

Объекты исследования: пациенты центра — 182 в возрасте 33 — 66 лет (33—43 — 119 чел., 44—55 — 38 чел., 56—66 — 25 чел.), среди них мужчин 13, женщин 169. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 2 нити пациентам с целью лифтинга в области лобно-височной 16, носогубно-скуловой — 31, щечно-челюстной области — 24, шейно-подчелюстной 16. Одномоментный лифтинг средней и нижней трети лица (4 нити) у 95 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% ультракаином 2—4 мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в коже каждая пункционно-биопсийной спинальной иглой 90 мм 20-18G, перемещение (лифтинг) кожи по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу. После процедуры прокол от иглы эпителизировался бесследно, небольшой отек купировался в течение первых 2 суток. Гематомы отмечались у 30% локально до 2,0 см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3—7-м суткам. У 20% гематом не было. После процедуры пациентам рекомендовался щадящий мимический, жевательный и артикуляционный режим. Результаты: Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 150 (82,4%), хороший 22 (12,08%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 2-го месяца за счет стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат у 10(5,5%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентов. Выводы. Результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантируют оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога, и позволяют избежать возможных осложнений.

## Негативное влияние антропогенных факторов на здоровье населения г. Усть-Каменогорска

Сагидолдина Л.К., Шортанбаева Ж.А., Хабижанов А.Б.  
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.  
Асфендиярова, Алма-Ата

В настоящее время хозяйственная деятельность человека все чаще становится основным источником загрязнения биосферы. В природную среду в больших количествах попадают газообразные, жидкие и твердые отходы производств. Различные химические вещества, находящиеся в отходах, попадая в почву,

воздух или воду, переходят по экологическим звеньям из одной цепи в другую, попадая, в конце концов, в организм человека. Реакции организма на загрязнения зависят от индивидуальных особенностей: возраста, пола, состояния здоровья. Как правило, более уязвимы дети, пожилые и престарелые, больные люди. Город Усть-Каменогорск имеет ярко выраженную специализацию в отраслях горнодобывающей, металлургической и энергетической промышленности, которая определена структурой народно-хозяйственного комплекса Восточно-Казахстанской области, где промышленность составляет 62%. В связи с интенсивным загрязнением объектов окружающей среды отмечается рост дерматологических заболеваний населения. Целью исследования является выявление особенностей распространения и структуры кожных заболеваний среди населения в г. Усть-Каменогорске. Нами изучена структура кожных заболеваний за 2011—2012 гг. среди населения г. Усть-Каменогорска. Установлено, что среди кожной патологии преобладают аллергические дерматиты, уровень которых составил 56,2% в 2011 г. и 53% в 2012 г. Второе место занимают пиодермии, удельный вес которых занимает 25,9% в 2011 г. и 27,8% в 2012 г. Выявлено, что уровень распространения дерматологических заболеваний в промышленной зоне значительно выше, чем в относительно чистой зоне города.

Таким образом, проблема экологии является актуальной проблемой, т.к. загрязнение окружающей среды — атмосферного воздуха, рек, озер, морей, почвы и другие воздействия окружающей среды оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье человека.

Результаты анализа показали, что среди населения региона наблюдается высокий уровень кожной патологии, в частности аллергические дерматиты и гнойничковые заболевания, что свидетельствует о тесной связи их с экологическими факторами.

### **Индивидуальные планы самоконтроля — эффективный инструмент профилактики ургентных состояний у больных наследственным ангионевротическим отеком (НАО)**

Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н., Босенко Ю.А., Нуртазина А.Ю., Дробик О.С., Капустина А.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Городская клиническая больница № 7, Городская поликлиника № 62 филиал № 2, Детская городская поликлиника № 7, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель и задачи: разработать для больных НАО (D84.1) — первичным иммунодефицитом, обусловленным генетическим дефектом в системе комплемента — дефицитом C1-ингибитора, индивидуальные планы самоконтроля и оценить их эффективность.

Материалы и методы. В 2002—2014 гг. под наблюдением находилось 30 больных НАО из 15 семей, в возрасте от 15 до 74 лет, 23 женщины и 7 мужчин. На основе анализа клинических проявлений, частоты рецидивов, локализации и тяжести отеков, воздействия провоцирующих факторов, ответа на специфическую терапию разработаны индивидуальные планы самоконтроля для каждого пациента и изучена их эффективность.

Результаты. Индивидуальный план самоконтроля включает: общие профилактические меры снижения риска появления отеков; рекомендации по объему базисной терапии (дозы препаратов и кратность приема), позволяющей предупреждать развитие отеков,

инструкции по усилению специфической терапии, которые необходимо выполнять при первых признаках отека, схемы профилактической терапии при высокой вероятности воздействия факторов, провоцирующих отеки. На первом этапе больным было проведено общеклиническое обследование с целью выявления сопутствующих заболеваний, назначено необходимое дополнительное лечение, проведена санация очагов хронической инфекции, что способствует профилактике возникновения отеков. Все больные обучены общим профилактическим мерам снижения риска развития отека. На руки больным выдана письменная информация с перечнем препаратов, запрещенных при НАО: ингибиторы АПФ и эстрогены (контрацептивы и препараты для заместительной гормональной терапии), а также ограничения в повседневной активности и профессиональной деятельности. Противопоказаны работа и занятия, связанные с физическим напряжением, опасностью травматизации. В зависимости от тяжести течения заболевания, возраста и наличия сопутствующих заболеваний больным подобраны схемы постоянной профилактической терапии. На базисной терапии даназолом находятся 18 пациентов в течение 1—17 лет. Дозы и кратность приема определялись выраженностью клинических проявлений и ответом на терапию. Суточная доза даназола составила от 50 до 200 мг. У 5 пациенток профилактическая терапия представлена антифибринолитиками. У 7 пациентов базисная терапия не проводится в связи с редкими и нетяжелыми атаками 1—3 раза в год. При первых признаках отека всем больным рекомендовано увеличение дозы даназола до 400—600 мг на 3—5 суток. В случае развития тяжелых отеков, при первых признаках отека гортани рекомендовано подкожное введение антагониста брадикининовых рецепторов (икатибант). Перед плановыми операциями за 7 дней до и 2 дня после рекомендован даназол в дозе 600 мг в сутки. В послеоперационном периоде — аминокaproновая кислота. При необходимости — икатибант. В результате внедрения планов самоконтроля частота рецидивирования отеков снизилась в 3—6 раз, приступы протекают легче, разрешаются быстрее. У 5 больных на фоне терапии даназолом отеки не развиваются в течение 4—10 лет. За последние 3 года плановые операции проведены 5 больным, осложнений не наблюдалось. Пяти пациентам потребовалось введение икатибанта от 1 раза в год до 4 раз в месяц. Начало действия препарата от 25 до 45 минут, отеки купировались на ранней стадии. Больные продолжают профессиональную деятельность, учебу. Резко сократилось число экстренных госпитализаций, за последние 3 года была госпитализирована только одна больная с тяжелым течением заболевания.

Выводы. Индивидуальные планы самоконтроля с подобранными схемами базисной и экстренной терапии позволили сократить частоту обострений, жизнеугрожающих состояний и экстренных госпитализаций у больных НАО.

### **Клинико-иммунологические характеристики больных наследственным ангионевротическим отеком (НАО) — редкой формой первичного иммунодефицита — дефектом C1-ингибитора системы комплемента**

Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н., Босенко Ю.А., Нуртазина А.Ю., Миткова С.В., Капустина А.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Городская клиническая больница № 7, Городская поликлиника № 62 филиал № 2, Детская городская поликлиника № 7, Диагностический центр (Центр лабораторных исследований), Москва

Цель и задачи: изучить клинические проявления и иммунологические нарушения при НАО. Разработать клинические критерии по ранней диагностике НАО для врачей первичного звена.

Материалы и методы. Под наблюдением в учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы в течение 1—12 лет состоят 30 больных НАО из 15 семей, от 15 до 74 лет, 23 женщины и 7 мужчин. Проведен анализ клиничко-анамнестических данных. Лабораторное обследование включало определение C4-компонента комплемента, C1-ингибитора, общего иммуноглобулина Е и аллергенспецифических иммуноглобулинов Е (Российская панель) в сыворотке крови. Результаты: Семейный анамнез отягощен у 93% больных (аутосомно-доминантный тип наследования). У 2 пациенток заболевание, вероятно, возникло вследствие спонтанной мутации. В 3 (20%) семьях были летальные исходы в результате отека гортани. Первые симптомы — отеки кожи и подкожной клетчатки различной локализации отмечались в возрасте от 1-го до 20 лет, в среднем в  $10,3 \pm 0,52$  года. У всех пациентов рецидивировали отеки в области лица, конечностей, туловища, ягодиц. Отеки возникали спонтанно или вследствие травм, физических нагрузок, стресса, косметологических процедур, стоматологических вмешательств, в предменструальный период. Частота отеков варьировалась от 1—2 раз в год до 2 и более раз в месяц (в среднем  $12,1 \pm 0,51$  раз в год). Отеки сопровождались ощущениями распирания, боли, ограничением подвижности и значительной деформацией тканей. Зуд никогда не отмечался. Кожа в области отека была бледной, плотной, без уртикарных высыпаний, у 3 пациенток наблюдалась розоватая лентовидная сыпь. В отличие от аллергических отеков, отеки при НАО характеризовались медленным нарастанием в течение 3—10 часов, были резистентны к терапии антигистаминными препаратами и глюкокортикоидами. У 18 (60%) больных в анамнезе имелись указания на отеки гортани (от 2 до 20 эпизодов) преимущественно спонтанно, а также на фоне ОРВИ, стоматологических манипуляций, после пирсинга языка. У 4 пациентов проводились трахеотомии в связи с развитием жизнеугрожающей асфиксии и клинической смерти в результате развития отека после экстракции зуба. У 22 (73%) пациентов рецидивировали отеки слизистых желудочно-кишечного тракта, проявлявшиеся сильными болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием живота, диареей. Абдоминальные симптомы расценивались врачами как «пищевая токсикоинфекция», «обострение хронического гастродуоденита/холецистита/панкреатита» или «острый живот». Необоснованные оперативные вмешательства проводились 6 больным: данных за острую хирургическую патологию не получено, но у 1 пациентки поочередно удалили аппендикс, матку, желчный пузырь, отечный участок кишечника, у 1 — желчный пузырь, яичник, у 4 — аппендикс. У 2 пациентов отмечались отеки мочеполовой системы, проявлявшиеся болевым синдромом, дизурией. Несмотря на яркую клинику и тяжесть симптомов, диагноз НАО установлен только через 5—48 лет после начала заболевания (в среднем — через 27,8 лет). Наиболее часто больным выставлялся диагноз «рецидивирующие аллергические отеки», несмотря на отсутствие эффекта от стандартной терапии. У всех больных диагноз был подтвержден нарушениями в системе комплемента — резкое снижение C4-компонента, C1-ингибитора. Аллергический генез отеков исключен при исследовании общего иммуноглобулина Е и аллергенспецифических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови. Разработаны критерии ранней клинической диагностики НАО: рецидивирующие медленно формирующиеся и постепенно разрешающиеся отеки кожи и подкожной клетчатки без крапивницы и зуда, резистентные к терапии антигистаминными препаратами и глюкокортикоидами; сочетание рецидивирующих отеков кожи и подкожной клетчатки, не сопровождающихся крапивницей и

зудом, с отеками гортани и/или эпизодами болей в животе, рвотой, диареей, вздутием живота; рецидивирующие отеки кожи и подкожной клетчатки у больных с отягощенным семейным анамнезом: наличие подобных симптомов у кровных родственников, возможно в сочетании с абдоминальными симптомами, отеками гортани (в т.ч. случаи летального исхода). При наличии хотя бы 1-го критерия ранней клинической диагностики НАО следует направлять пациента на консультацию аллерголога-иммунолога.

Выводы. Для больных НАО характерна высокая частота развития жизнеугрожающих состояний. Своевременно поставленный диагноз первичного иммунодефицита позволяет назначить патогенетическую терапию и предупредить развитие тяжелых последствий рецидивов НАО.

### Динамика показателей психоэмоционального и дерматологического статусов у больных типичной формой красного плоского лишая на фоне стандартной терапии

Силина Л.В., Исаенко Т.П., Анисимова Л.И.

Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Курск

Цель исследования: изучение влияния стандартной терапии на психоэмоциональный и дерматологический статусы больных типичной формой красного плоского лишая (КПЛ).

Задачи: 1. Изучить исходный уровень показателей психоэмоционального и дерматологического статусов у больных типичной формой КПЛ и здоровых лиц. 2. Изучить динамику показателей психоэмоционального и дерматологического статусов по окончании стандартной терапии у больных типичной формой КПЛ. 3. Проанализировать изменения показателей психоэмоционального и дерматологического статусов у больных типичной формой КПЛ до и после стандартной терапии. Материалы и методы. В исследование включено 65 больных с типичной формой КПЛ в стадии обострения. Возраст пациентов — от 20 до 60 лет, частота рецидивов 2—3 раза в год. Все больные получали лечение в стационарном отделении Курского областного клинического кожно-венерологического диспансера в период с 2010 по 2013 г. В качестве контроля была взята группа здоровых лиц в количестве 35 человек. Оценка психоэмоционального статуса больных проводилась по данным клинической беседы и психологического тестирования дважды: до начала и после курса стандартной терапии. В настоящем исследовании нами был использован адаптированный специфический опросник С. И. Довжанского, используемый для оценки качества жизни с учетом особенностей влияния хронического поражения дермы на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности и другие аспекты жизни больного. Изучение степени интенсивности зуда и дерматологического статуса больных с типичной формой КПЛ проводилось с помощью следующих интегративных индексов: дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). При изучении психологического статуса до начала терапии у всех больных типичной формой КПЛ было выявлено значительное нарушение качества жизни по сравнению с группой здоровых лиц. Это проявилось в максимальном положительном сдвиге цифрового значения показателей трудностей в общении, раздражительности, замкнутости, нарушения сна, выраженных в процентном соотношении и увеличившихся соответственно в 4,6; 4,7 и 3,9 раза по сравнению с группой здоровых лиц. Оценка изменений дерматологического статуса показала значительное снижение составляющих цифровое значение интегративных индексов: у больных

после лечения ДИШС снизился в 4 раза и составил  $4,12 \pm 0,29$ , в то время как до лечения он составлял  $17,65 \pm 0,18$ . После лечения индексы ВАШ снизились более чем в 2 раза:  $8,2 \pm 0,33$  — до лечения и  $3,47 \pm 0,16$  после.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено благотворное влияние стандартных методов терапии КПЛ на психоэмоциональный и дерматологический статусы больных с типичной формой, оказывающих положительное действие на общее состояние пациентов и местное состояние кожи, приводя психоэмоциональное состояние к показателям нормы и улучшая показатели качества жизни.

## Лазеры в коррекции искусственных пигментаций кожи

Сирмайс Н.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Последнее время искусственные пигментации, такие как перманентный макияж, приобретают все большую популярность, в то же время татуировки зачастую теряют свою значимость и привлекательность и многие стараются удалить их. Татуировка представляет собой рисунок, сделанный из частиц красящего вещества, внедренных в кожу с помощью иглы. Существует несколько методик избавления от татуировок — коагуляция (выжигание поверхности кожи вместе с рисунком электрическим током, лазером), механический (верхний слой кожи убирается фрезой) и химический (введение специальных химических соединений). Наиболее эффективными и косметически приемлемым методом являются лазерные технологии, при этом существует несколько видов лазеров и от выбора одного из них зависит эффективность процедуры. Эффект терапии зависит так же и от плотности энергии излучения, существующей для каждого лазерного аппарата, при снижении плотности пигмент удаляется недостаточно эффективно и удлиняются сроки обесцвечивания татуировок, в то же время при использовании более высокой плотности пигмент уходит значительно быстрее, но и термическое повреждение тканей при таком подходе явно выражено, а соответственно возможно образование не только ожогов, но и рубцов.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование воздействия различных видов лазеров на обесцвечивание татуировок у пациентов, с определением эффективности лазеров на различные виды пигментов. Вне зависимости от вида лазера на первой процедуре проводилось тестирование с целью определения эффективности и подбора оптимальной дозы и переносимости. Количество сеансов лазерного удаления тату очень индивидуально и назначается врачом в зависимости от получаемого эффекта, в среднем необходимо провести от 5 до 20 обработок.

Результаты и выводы. Было выявлено, что количество сеансов зависит от площади рисунка, глубины залегания красящего пигмента и от типа используемого пигмента, так при применении органических красящих веществ требуется до 10 сеансов, а для разрушения оксидов металлов более 20, в некоторых случаях, при большом цветовом разбросе и ярких, светлых оттенках татуировку не удается удалить полностью. Наилучший эффект по удалению татуировок был отмечен у неодимового, рубинового и александритового лазера в режиме Q-switched. Для удаления красного пигмента лучший эффект оказывает Nd:YAG(532 нм) лазер с модулируемой добротностью и удвоенной частоты. Рубиновый лазер чаще применяют для удаления татуировок зеленых, синих и черных оттенков. Для удаления черного пигмента

также применяют CO<sub>2</sub> лазер с длительностью импульса 50—200 мс, методом абляции он оказывает достаточно хороший эффект при татуировках, осложненных гранулематозной реакцией. Для наилучшего эффекта при удалении разноцветных татуировок рекомендуется сочетание разных видов лазеров, при этом сначала стараются убрать черный пигмент инфракрасным неодимовым лазером (1064 нм) с модулируемой добротностью, затем удаляют красный пигмент лазером с длиной волны 532 нм с удвоенной частотой, а далее используют александритовым или рубиновым лазером с модулируемой добротностью для удаления зеленого пигмента. Необходимо также отметить, что удаление пигмента лазерными технологиями при перманентном макияже значительно более быстрое и эффективное. Таким образом, для удаления татуировок лучшим способом является применение неодимового лазера или сочетание нескольких видов в зависимости от размера рисунка, глубины залегания пигмента, а также цветовой композиции. Но применение лазеров для удаления татуировок требует дополнительных работ и последующего изучения.

## Лазеры в коррекции гиперпигментаций

Сирмайс Н.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Нарушение пигментации является остро стоящей проблемой на грани дерматологии и косметологии. В эту группу входят различные дерматозы, а также состояния, которые плохо поддаются терапии и вызывают выраженное снижение качества жизни пациентов. К основным первичным гипермеланозам относят лентиго и мелазма/хлоазма, в то время как ко вторичным — поствоспалительные меланодермии и постинфекционные меланодермии. Эти заболевания и состояния требуют индивидуального подхода к терапии. Представленные на фармацевтическом рынке средства — депигментирующие крема, сыворотки, маски и даже применяемые в клиниках пиллинги не всегда способны привести к желаемому результату, а в некоторых случаях, при неправильном уходе, могут дополнительно вызывать гиперпигментацию.

Цель: определить, какой лазер наиболее эффективен при первичных и вторичных гипермеланозах.

Материалы и методы. В нашей практике мы рассмотрели варианты терапии гипермеланозов с применением лазерных технологий у пациентов с первичными и вторичными гипермеланозами. Пациенты получали 3 и более сеансов лазеротерапии с интервалом 6—8 недель. Результаты и выводы. В связи с тем, что размер мишени, как правило, не столь велик, наилучшего результата удалось добиться при использовании импульсных лазеров (наносекундные импульсы) с модулируемой добротностью — эрбиевый лазер (532 нм), рубиновый лазер (694 нм) или неодимовый лазер (1064). При более поверхностных образованиях, например поверхностных мелазмах, наилучший эффект оказывает Nd:YAG — лазер (532 нм), лазер на парах меди (511,578 нм). В то же время дермальные образования лучше поддаются коррекции александритовым (755 нм), рубиновым (680, 694 нм), лазерами на красителях (680—690 нм). При сочетании гипермеланозов с признаками фото- и хроностарения целесообразна лазерная шлифовка кожи с применением CO<sub>2</sub> или эрбиевого лазеров. Исходя из того, что лазерные технологии у всех пациентов показали эффективность, данные методы могут использоваться в практике дерматологов и косметологов с хорошими и отличными результатами. В то же время, учитывая различный эффект отдельных лазеров на

более глубокие или более поверхностные гипермеланозы, требуется дальнейшее изучение применения лазеров при проблемах первичных и вторичных гипермеланозов.

## Как повысить эффективность топического антимикотика при лечении микозов стоп?

Соколова Т.В., Малярчук Т.А.  
Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Москва

Анализ данных литературы свидетельствует, что в большинстве случаев эффективность лечения микозов стоп (МС) топическими антимикотиками (ТА) проводится без учета клинических особенностей заболевания.

Цель исследования: изучить по данным многоцентрового исследования эффективность лечения МС сертаконазолом с учетом клинической формы заболевания.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования, проводимого фирмой «Эгис» (Венгрия) в 2012—2013 гг. Использован авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. В исследовании приняли участие 174 врача из 50 городов РФ. Заполнено 5025 анкет, в том числе 995 на больных с МС. Критерии включения: больные МС при неэффективности предыдущего лечения; МС с минимальным поражением свободного края ногтевой пластинки, когда индекс КИОТОС позволяет проводить только местную терапию [Сергеев А.Ю., 2007]. По показаниям проводилась местная противовоспалительная и кератолитическая терапия. Критерии оценки эффективности лечения: выздоровление (В), значительное улучшение (ЗУ), улучшение (У). При статистической обработке использовались критерий Стьюдента и метод корреляционного анализа (коэффициент Спирмена — КС) при  $p < 0,05$ . Собственные исследования. Анализ 995 анкет, заполненных дерматологами РФ на амбулаторном приеме, показал, что эпидермофития стоп (ЭС) встречалась достоверно в 1,4 раза чаще (58,5% против 41,5%), чем рубромикоз стоп (РС). При РС минимальный онихомикоз стоп (ОС) регистрировался в 3,6 раза чаще (43,6% против 12,1%), чем при ЭС, а сквамозно-гиперкератотическая форма в 2 раза чаще, чем сквамозная при ЭС (63,2% против 31,3%). Интертригинозная и дисгидротическая формы ЭС регистрировались в 2,2 раза чаще (64,3% против 29%), чем экссудативно-дисгидротическая форма РС. Оценка эффективности лечения сертаконазолом с использованием коэффициента корреляции Спирмена показала, что она зависела от типа МС (ЭС и РС) (0,049), клинической формы (0,024) и наличия ОС при РС (0,05). Выявлено, что клинические проявления при ЭС разрешались быстрее, чем при РС. Через неделю выздоровление зарегистрировано только при ЭС (2,6%). Через 2 нед. этот показатель при ЭС был уже в 1,5 раза (27,5% против 17,7%) выше, чем при РС. Однако через месяц выздоровление достигнуто практически у всех больных ЭС (99,8%) и РС (97,8%). Сравнение эффективности терапии при МС с ОС и без него показало наличие достоверных различий только при РС. Через месяц проявления ЭС без ОС разрешились у 99,6% больных, при его наличии у — 96,6%. При РС через 2 нед. различия составляли 2, 2 раза — 23,3% без ОС и 10,6% с ОС ( $p < 0,05$ ). Однако через месяц достоверные отличия уже отсутствовали (96,1% и 85,6%, соответственно). Оценка эффективности лечения сертаконазолом с учетом клинической формы МС показала отсутствие отличий при разрешении ЭС. Через 2 нед. выздоровление достигнуто у 28,6% больных со сквамозной формой, 28,8% — интертригинозной, 24,3% — дисгидротической и 25% —

стертой. Через месяц эти показатели составляли уже 100%, 100%, 99,3% и 100%, соответственно. Различия выявлены в динамике разрешения клинических форм РС. Через 2 нед. выздоровление достигнуто только у 8,4% больных сквамозно-гиперкератотической формой, 30,8% — экссудативно-дисгидротической и 43,8% — стертой ( $p < 0,05$ ). Через месяц выздоровление наступило практически у всех больных — 90,4%, 93,3% и 100% соответственно.

Выводы. Сертаконазол является эффективным ТА при лечении МС. Динамика разрешения процесса при РС была несколько медленнее, чем при ЭС. Но через месяц клиническое выздоровление наступило практически у всех пациентов, в том числе при наличии минимального дистального ОС. Это свидетельствует о необходимости соблюдения схем лечения данным ТА, в частности ее продолжительности, и назначении по показаниям противовоспалительной и кератолитической терапии.

## Резистентность антимикотиков при микозах стоп: миф или реальность?

Соколова Т.В., Малярчук Т.А.  
Московский государственный университет пищевых производств, медицинский институт усовершенствования врачей, Москва

Развитие резистентности возбудителей микозов стоп (МС) к топическим антимикотикам (ТА) — актуальная проблема дерматологии. Однако нередко отождествляют резистентность и отсутствие эффекта при нарушении схем лечения.

Цель исследования: изучить по данным многоцентрового исследования частоту неэффективности ТА различных групп при лечении МС с учетом клинической формы заболевания и соблюдения общепринятой тактики их лечения.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования, проводимого фирмой «Эгис» (Венгрия) в 2012—2013 гг. Использован авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. В исследовании приняли участие 174 врача из 50 городов РФ. Заполнено 5025 анкет, в том числе 995 на больных с МС. Критерии включения: больные МС, при неэффективности предыдущего лечения; МС с минимальным поражением ногтевых пластинок, когда индекс КИОТОС позволяет проводить только местную терапию [Сергеев А.Ю., 2007]. Статистическая обработка проведена с использованием критерия Стьюдента и метода корреляционного анализа (коэффициент Спирмена — КС) при  $p < 0,05$ . Собственные исследования. Анализ 995 анкет показал, что среди больных МС на амбулаторном приеме ранее ТА получали 496 (49,9%). Рецидивы МС зарегистрированы у 36,3% больных, лечившихся препаратами из группы азолов, 34,4% — аллиламинов, 11,8% — нафтифинов и 17,5% — препаратами из других групп (серная мазь, нитрофунгин, микосептин). Установлено, что при эпидермофитии стоп (ЭС) с отсутствием или минимальным онихомикозом (ОМ) частота неэффективности терапии была однозначной, но максимальной при лечении аллиаминами (35,3 и 43,9%) и азолами (36,8 и 39%), минимальной — препаратами др. групп (21,6% и 22%). Эффект от нафтифинов при наличии ОМ был достоверно в 2,9 раза (14,2% против 4,9%) хуже. При рубромикозе стоп (РС) с отсутствием или минимальным ОМ частота неэффективности терапии была максимальной и однозначной при использовании только азолов (42,4 и 41,9%). При МС с ОМ использование аллиламинов было неэффективным в 1,5 раза (46,7% против 31,8%) чаще, нафтифинов — в 2,3 раза (17,4% против 7,6%) чаще, прочих препаратов — в 1,6 раза (21% против 12,9%) чаще. Оценка частоты неэффективности предшествующей терапии с учетом типа МС (ЭС и РС) показала

отсутствие различий при лечении ТА. При применении азолов эти показатели были 36,4 и 38,2% соответственно; аллиаминами — 29,2% и 34,1%; нафтифинов 12,7% и 12,6% ( $p > 0,05$ ). Различия в 1,3 раза (21,6% против 16,4%) выявлены только для прочих препаратов. Интересные данные получены при сравнении неэффективности ТА с учетом клинической формы ЭС и РС. При лечении эксудативных форм наиболее часто неэффективность лечения ТА зарегистрирована от использования аллиаминами — дисгидротической ЭС (45,3%) и эксудативно-дисгидротической РС (43,7%) (КС 0,047). Причиной этого могло быть отсутствие предварительной противовоспалительной терапии (примочки, анилиновые красители, KMnO<sub>4</sub>) более, чем в 1/3 (37,7%) случаев. При использовании азолов эти показатели составили 26,7%, 35,2% и 34,2%; прочих препаратов — 28%, 22,5% и 28,8%; нафтифинов — 2,7%, 14,1% и 19,2%. При лечении МС с гиперкератозом наиболее часто неэффективность терапии отмечена при лечении сквамозно-гиперкератотической формы РС азолами (44,9%) (КС=0,046) и сквамозной формы ЭС аллиаминами (36,9%) (КС= 0,034) и азолами (32,3%) (КС=0,041). При этом предварительно кератолитики или ТА с ними не использовала почти половина дерматологов — 47,7%; 44,6% и 46,3% соответственно.

Выводы. ТА являются эффективными средствами лечения МС. Отсутствие эффекта от их использования почти у половины (49,9%) больных нельзя расценивать как резистентность. Это напрямую связано с нарушением традиционного подхода к ведению больных с учетом клинической формы МС, требующей предварительной подготовки к назначению ТА. Эффективность терапии азолами при ЭС и РС не зависела от минимального ОМ.

## Этиопатогенетическое обоснование применения иммуномодуляторов в терапии эритем

Сорокина Е.В., Масюкова С.А.

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва

В последние десятилетия отмечается рост частоты тяжелых, хронических, торпидных форм фигурных эритем, склонных к рецидивированию. Обобщая результаты исследований иммунопатогенеза эритем, надо отметить изменение иммунологической реактивности в роли ведущего звена патогенеза.

Цель исследования: изучить иммунологические особенности фигурных эритем и эффективность комбинированной терапии с применением иммуномодуляторов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 65 больных многоформной эксудативной эритемой (МЭЭ), 41 больной фиксированной эритемой (ФЭ), 26 больных мигрирующей эритемой Афцелиуса-Липшутца (МЭ), 15 больных кольцевидной центрорбежной эритемой Дарье (ЭКЦ). Оценку экспрессии TLRs на МЛПК и в коже осуществляли методом проточной цитометрии с применением МКА (фирмы Caltag Laboratories, США). Уровни цитокинов определяли в сыворотках/плазме больных методом твердофазного ИФА (Biosource (Австрия)). В комбинированной терапии применялась вакцина поликомпонентная Иммуновак-ВП-4 из антигенов условно-патогенных микроорганизмов, разработанная в НИИВС им. И.И. Мечникова РАМН. Результаты. Первая группа получала Иммуновак-ВП-4 на фоне базисной терапии и включала 15 больных МЭЭ, 15-ФЭ, 6 — ЭКЦ и 10-МЭ. Вторая группа получала Кагоцел на фоне базисной терапии и включала 13 больных МЭЭ и 4-ЭКЦ. Третья группа больных получала только базисную терапию и включала 14 больных МЭЭ, 14 — ФЭ,

16 — МЭ, 6 — ЭКЦ. Четвертая группа больных получала препарат Протефлазид на фоне базисной терапии и включала 12 больных МЭЭ. В пятую группу вошли 11 больных МЭЭ, которым была проведена терапия в рамках Программы нейро-сенсомоторной интеграции паттернов рефлексов NRI на базе международного института развития моторики и интеграции рефлексов (Варшава, Польша). При проведении иммунологического обследования больных МЭЭ исходно выявили высокий уровень экспрессии TLR3,9(34,9±4,8;29,7±3,6)% на МЛПК. В очагах МЭЭ выявили высокие уровни экспрессии TLR9 (29,7±3,6%). В сыворотке наблюдали повышенную продукцию цитокинов IL-1β, IFN-γ на фоне снижения IL-2, TGF-β. Терапия Иммуновак-ВП-4 способствовала повышению IFN-γ до (62,0±11,0) пкг/мл, Протефлазид-до (46,6±7,4)пкг/мл. Кагоцел повышал IL-4, IL-2 (до 15,1±0,7; 13,1±1,2)пкг/мл и снижал TGF-β и IL-12. Базисная терапия способствовала повышению IL-5 и снижению IL-6, IL-12, IFN-γ. Иммуновак способствует повышению TLR3,9 до (69,2±3,6)% и (48,4±5,5)%, Кагоцел до (47,67±8,8)% и (53±0,4)%, Флакозид до (42,5±8,3)% и (38,8±6,2)%, NRI до (41,4±3,1)% и (42,3±3,6)%. Повышение уровня TLR9 в ходе иммунотерапии может свидетельствовать о включении внутриклеточных рецепторных механизмов. NRI способствовала повышению IL-2 и IFN-γ, индуцированной продукции IFN-γ (452,7пкг/мл), спонтанной и индуцированной продукции IL-8. Иммунотерапия способствовала снижению частоты рецидивов, уменьшению клинической выраженности симптомов в 2,5—3,8 раза, базисная терапия в 1,5 раза. В результате иммунотерапии наблюдали положительную динамику клинико-лабораторных признаков активации ВПГ-инфекции. У больных ФЭ Иммуновак способствовал повышению уровня экспрессии на МЛПК TLR9,3,4. Иммуновак и Кагоцел повышали IFN-γ (34±2,9 и 25,4±3,5)пкг/мл, Иммуновак повышал IL-2,IL12. У больных ЭКЦ иммунотерапия повышала экспрессию TLR9 на МЛПК, в коже Иммуновак и Кагоцел повышали экспрессию TLR3 (20,1±3,7 и 11,7±4,4)%, Иммуновак повышал TLR2,4,9, Кагоцел — TLR7,8,9. Иммунотерапия нормализовала индуцированный IFN-γ. У больных МЭЭ Иммуновак способствовал более быстрому регрессу высыпаний, что коррелировало с нормализацией показателей врожденного и адаптивного иммунитета в виде снижения исходно значительно повышенных уровней экспрессии TLR2,4, снижения уровня сывороточных IL-4,5 на фоне повышения IFN-γ, нормализации содержания в крови лимфоцитов CD8+, HLA-DR+. Таким образом, проведение иммунокорректирующей терапии у больных эритемами способствует повышению терапевтического эффекта и нормализует кооперацию клеток в ходе иммунного ответа. С высокой долей вероятности также можно предположить, что выявленные в ходе исследования изменения реактивности организма определяют низкую эффективность традиционных методов лечения. В этой связи изучение основных закономерностей формирования патологического процесса в коже должно быть акцентировано на роли главных адаптационных систем организма.

## Подбор минимальной эритемной дозы при терапии эксимерным лазером

Сорокина О.Ю., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Эксимерный лазер с длиной ультрафиолетовой волны 308 нм обладает рядом преимуществ при лечении ограниченных форм псориаза по сравнению с другими видами терапии. Для достижения регресса псориазической бляшки применяются дозировки,

значительно превышающие минимальную эритемную дозу (МЭД), такая фототерапия получила название сверхэритемогенной (supraerythemogenic phototherapy). Высокие дозы ультрафиолета хорошо воспринимаются псориатической бляшкой, но могут вызвать ожог окружающей кожи. В связи с этим важно иметь представление о минимальной эритемной дозе при использовании эксимерного лазера и возможности ее коррекции для защиты окружающей бляшку здоровой кожи.

Цель исследования: определение МЭД для фототерапии эксимерным лазером.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 добровольцев в возрасте от 20 до 45 лет (8 мужчин, 17 женщин) с I фототипом кожи — 1 человек; II фототипом — 4; III фототипом — 17; IV фототипом — 3. На кожу ягодичной области с помощью режима «фотопроба» эксимерным лазером DEKA (Италия) наносили 3 ряда проб площадью 1 см<sup>2</sup> с излучением возрастающей интенсивности: 0,15 Дж/см<sup>2</sup>; 0,25 Дж/см<sup>2</sup>; 0,35 Дж/см<sup>2</sup>; 0,45 Дж/см<sup>2</sup>; 0,6 Дж/см<sup>2</sup>; 0,75 Дж/см<sup>2</sup>. Пробы первого ряда проводили на интактную кожу, второго ряда — после нанесения фотозащитного крема (Ladival, STADA) с SPF 20, третьего ряда — фотозащитного крема (Ladival, STADA) с SPF 50. Результаты фотопроб оценивали через 24 часа.

Результаты. Во всех случаях первый ряд фотопроб проявился полностью, не завися от фототипа кожи — первая доза фотопробы 0,15 Дж/см<sup>2</sup> вызывала развитие эритемы. Применение фотозащитного крема с SPF 20 привело к увеличению МЭД при I фототипе кожи до 0,35 Дж/см<sup>2</sup>; II фототипе — до 0,46 ± 0,2 Дж/см<sup>2</sup>; III фототипе — до 0,45 ± 0,2 Дж/см<sup>2</sup>; IV фототипе — до 0,37 ± 0,1 Дж/см<sup>2</sup>. Нанесение фотозащитного крема с SPF 50 увеличивало МЭД при I фототипе кожи до 0,45 Дж/см<sup>2</sup>; II фототипе — 0,52 ± 0,2 Дж/см<sup>2</sup>; III фототипе — до 0,51 ± 0,2 Дж/см<sup>2</sup>; IV фототипе — до 0,43 ± 0,1 Дж/см<sup>2</sup>. Выводы: минимальная эритемная доза эксимерного лазера соответствует минимальной дозе воздействия в режиме «фотопроба» и не зависит от фототипа кожи. Применение фотозащитных кремов с SPF 20 и 50 увеличивает МЭД в 2 и 3 раза соответственно. Увеличение МЭД определяется степенью SPF, и также не зависит от фототипа кожи.

### **Сравнительная оценка эффективности лечения больных поздними формами сифилиса цефтриаксоном и бензилпенициллина натриевой солью**

Стрибук П.В., Ельцова Н.В., Юдакова В.М., Лосева О.К.

Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

Введение. В последнее десятилетие в практике сифилидологии все более расширяется применение цефтриаксона. Это, прежде всего, связано с удобством его введения (1 раз в сутки), что позволяет использовать как стационарный, так и амбулаторный варианты лечения. По поводу эффективности этого препарата при ранних формах сифилиса имеются отечественные литературные данные. Однако, он остается препаратом резерва, рекомендуемым при аллергии на препараты пенициллина. Он не входит в зарубежные схемы терапии сифилиса. В отечественной же практической сифилидологии его применение все расширяется, охватывая и поздние формы сифилиса, хотя по поводу эффективности его при поздних формах заболевания литературные данные отсутствуют. Цель исследования:

1. Изучить эффективность лечения поздних форм сифилиса (поздний скрытый, поздний нейросифилис, поздний кардиоваскулярный сифилис) препаратами цефтриаксона.

Задачи исследования:

1. Изучить катамнез группы больных поздними формами сифилиса (поздний скрытый, поздний нейро- и кардиоваскулярный сифилис), получавших лечение цефтриаксоном.
2. Изучить катамнез контрольной группы пациентов с поздними формами сифилиса, получавших лечение препаратами пенициллина.
3. Определить критерии эффективности лечения.
4. Провести сравнительный анализ полученных результатов в основной и контрольной группах.

Результаты. В основную группу вошли 60 пациентов с поздними формами сифилиса, которым диагноз был установлен в период с 2007 по 2010 г. — 30 мужчин и 30 женщин.

С диагнозом сифилис скрытый поздний было 47 человек (22 мужчины и 25 женщин), поздний нейросифилис с симптомами — 8 человек (6 мужчин и 2 женщины). Поздний асимптомный нейросифилис был диагностирован у 5 человек (2 мужчин и 3 женщины).

Средний возраст составил 44,5 лет в группе мужчин и 44,3 года в группе женщин.

Контрольная группа включала 30 больных (15 женщин и 15 мужчин) с поздними формами сифилиса, получавших лечение бензилпенициллина натриевой солью.

Критериями положительного эффекта лечения мы выбрали регресс клинических проявлений заболевания (если таковые наблюдались), санацию ликвора, снижение титров (или негативацию) МРП и снижение титров РПГА.

Из 60 случаев, отобранных в основную группу, в 41 (68,4%) потребовалось дополнительное лечение, в 19 (31,6%) дополнительное лечение не проводилось: это 16 человек с диагнозом сифилис скрытый поздний, 2 — с поздним асимптомным нейросифилисом, 1 — с диагнозом «поздний нейросифилис с симптомами». Лечение этих пациентов проводилось внутривенным введением цефтриаксона в дозе 2,0 в сутки, двумя курсами по 20 дней с перерывом 14 дней.

Дополнительное лечение было представлено одним, двумя или, максимально, тремя курсами (19 пациентов получали цефтриаксон, 22 пациента бензилпенициллина натриевую соль). После этого в 23 (38,3%) случаях произошла негативация реакции микропреципитации и снижение титра РПГА в 3 и более раз.

Санация ликвора произошла во всех случаях, но двум пациентам с диагнозом «поздний нейросифилис с симптомами» для этого потребовалось дополнительное лечение бензилпенициллина натриевой солью в дозе 10 млн ЕД 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 20 дней.

В контрольную группу были отобраны 30 пациентов с поздними формами сифилиса, которым диагноз был установлен в 2007 – 2010 г. Среди них было 20 случаев позднего скрытого сифилиса, 5 — позднего асимптомного нейросифилиса и 5 — позднего нейросифилиса с симптомами.

Все эти пациенты получали бензилпенициллина натриевую соль в качестве основного курса лечения, дополнительное лечение проводилось цефтриаксоном. Дополнительное лечение было проведено в 19 случаях (63,3%), в 16 из них (84,2%) отмечалась положительная динамика.

Выводы.

1. После основного курса специфического лечения по поводу позднего скрытого сифилиса бензилпенициллина натриевой солью

положительный результат наблюдался в 36,6 % случаев, при лечении цефтриаксоном - в 31,6% случаев.

2. При лечении нейросифилиса положительный эффект от основного курса лечения наблюдался в 23,07% в основной и в 10% случаев в контрольной группе.

3. Эффективность дополнительного лечения в контрольной группе оказалась значительно выше, чем в основной (84,2% и 38,3% соответственно).

4. Отсутствие негативации кардиолипинового теста в исследуемой группе наблюдалось у 18 (30%) человек, а в группе контроля у 3 человек (15,8%).

5. Таким образом, полученные данные не позволяют сделать однозначного вывода о сравнительной эффективности пенициллина и цефтриаксона при лечении больных поздними формами сифилиса. Для более обоснованного суждения необходимо продолжение работы.

### Динамика изменений содержания MCP-1 и VEGF у беременных с атопическим дерматитом

Судуткина Л.Н., Мосина Л.М., Байтяков В.В.  
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,  
Саранск

Успешное развитие беременности зависит от иммунологического контроля взаимоотношений матери и плода. Ростовые факторы и хемокины определяют различные стороны взаимодействия клеток плаценты друг с другом, отвечают за процессы инвазии трофобласта и построения сосудистой сети, играют роль ингибиторов цитотоксического иммунного ответа материнского организма против плода. При беременности под воздействием прогестерона индуцируется продукция фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) клетками стромы эндометрия. Плацентарные макрофаги за счет секреции цитокинов могут не только изменять цитокиновый баланс, действуя на клетки микроокружения эндотелиальных клеток, но и самостоятельно активно влиять на все этапы ангиогенеза и развития плаценты. Макрофаги являются одним из основных источников VEGF в плаценте в первом триместре беременности.

Цель исследования: исследовать динамику содержания хемокина — MCP-1 (моноцитарный хемотактический протеин-1) и ростового фактора — VEGF у беременных с атопическим дерматитом ограниченной формы на разных сроках беременности. Материалы и методы. В обследование были включены 65 беременных женщин в возрасте 21—30 лет с атопическим дерматитом ограниченной формы, у которых на сроках 6—13 нед., 14—26 нед., 27—39 нед. производилось определение сывороточной концентрации MCP-1 и VEGF иммуноферментным методом. Контрольную группу составили беременные женщины, сопоставимые по срокам гестации с физиологическим течением беременности.

Результаты. При исследовании было выявлено, что при атопическом дерматите уровень MCP-1 достоверно увеличивался (по сравнению с данными контрольной группы) в 1 и во 2 триместрах на 43% и 113% соответственно, а в 3 триместре отмечалось его снижение на 15% ( $p < 0,001$ ). Содержание VEGF в 1 триместре повышалось на 46,6% ( $p < 0,001$ ), во 2 триместре наблюдалось снижение показателя на 13%. В 3 триместре VEGF не имеет статистически значимых отличий от контрольных показателей, однако наблюдается тенденция к его повышению на 5%.

Выводы. Данные изменения содержания MCP-1 и VEGF могут свидетельствовать об активном участии макрофагов, а также эндотелиальных клеток в компенсаторных механизмах по стабилизации состояния сосудистого русла в условиях имеющейся эндотелиальной дисфункции и возможном риске развития гестоза у беременных с атопическим дерматитом.

### Клинический случай коинфекции геноварами e и g Chlamydia trachomatis пациентки с хронической урогенитальной инфекцией

Султанахмедов Э.С., Федорова В.А., Салтыков Ю.В., Полянина Т.И., Зайцев С.С., Утц С.Р., Мотин В.Л.  
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратовский научно-исследовательский ветеринарный институт Россельхозакадемии, Саратовский государственный аграрный университет им. Н.И. Вавилова, Университет Техаса, Саратов, Галвестон (США)

Хламидийная инфекция является одной из самых распространенных инфекций, передаваемой половым путем (ИППП) и вместе с этим сложной в диагностическом плане и в терапевтическом аспекте (Попов с соавт., 2013). По статистике в мире ежегодно регистрируется более 90 млн новых случаев инфицирования *Chlamydia trachomatis* (Плахова с соавт., 2010). В Российской Федерации в течение последних лет заболеваемость урогенитальной хламидийной инфекцией вышла на лидирующее место среди ИППП, уступая по распространенности только трихомониазу (Фриго с соавт., 2011). Урогенитальный хламидиоз (УГХ) поражает мужчин и женщин преимущественно молодого возраста, то есть наиболее сексуально активных людей, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций (Лоран и Сегал, 2002; Schaeffer et al., 2003; Nickel, 2003). В связи с этим крайне важным является не только медицинское, но и социальное значение проблемы повышения эффективности диагностики хламидийной инфекции. Вместе с тем, неоднократно отмечались трудности детекции возбудителя УГХ, *C. trachomatis*, в клиническом материале, полученном из генитальных сайтов пациентов (Плахова с соавт., 2012). Недавно рядом исследователей было доказано, что *C. trachomatis* эффективнее выявлять в экстрагенитальных сайтах больных с хронической формой УГХ — в сыворотках крови (Зигангирова с соавт., 2007; Пашко с соавт., 2010) и других — конъюнктиве, фаринге (Федорова с соавт., 2013). Причем коинфекция разными сероварами хламидий может иметь важное патогенетическое значение (Lima et al., 2007). Ниже приводим клинический случай идентификации *C. trachomatis* в генитальных и экстрагенитальных (кровь, конъюнктив, фаринг) сайтах. Для этого изолированную из данных сайтов тотальную ДНК тестировали в ПЦР как показано ранее (Федорова с соавт., 2011, 2013). Генотипирование клинических изолятов *C. trachomatis* проводили по вариабельному региону VD2 гена *omp1* (Quint et al., 2007). Секвенирование специфических хламидийных ампликонов выполняли в компании «Евроген». Расшифрованные нуклеотидные последовательности сравнивали с депонированными в геномном банке последовательностями гена *omp1* клинических изолятов *C. trachomatis* (Harris et al., 2012). Соскобный материал из генитальных сайтов также исследовали методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) с применением набора «ХламиСкан» (БТК ЛАБдиагностика). Больная К., 25 лет, обратилась в Клинику кожных и венерических болезней Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского для обследования на ИППП по направлению гинеколога в связи с планируемыми

инвазивными гинекологическими манипуляциями по поводу бесплодия (ЭКО). На момент осмотра жалоб не предъявляла. При осмотре слизистая оболочка зева и полости рта без признаков воспаления. Наружные половые органы сформированы правильно. Губки уретры гиперемированы, отечны, уретра при пальпации мягкая, безболезненная, после массажа отмечается слизистое отделяемое. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, гиперемирован, выделения из зева скудные, слизистые. В заднем своде влагалища умеренные выделения слизистого характера. Нормальный гинекологический и эндокринологический статус пациентки, отсутствие беременности на протяжении многих лет, фертильность супруга определила тактику глубокого и всестороннего обследования на хламидийную инфекцию. Первоначально при лабораторном исследовании клинического материала, полученного из уретры и цервикального канала, хламидии удалось выявить только ПИФ. Однако исследование образцов из экстрагенитальных сайтов показало наличие в каждом из них специфической ДНК *S. trachomatis*. При этом в крови пациентки детектированы хламидии геновара E, в других сайтах — в дополнение бактерии геновара G. Таким образом, установлено наличие у пациентки генерализованной хламидийной инфекции, обусловленной коинфекцией хламидиями, по крайней мере, двух геноваров. Влияние этого феномена на клинические проявления УГХ изучается. Работа выполнена при частичной поддержке проектов NIH/NIH/ISTC #3846, ФЦП (соглашение № 14.В37.21.0563), № 19747 FASIE

## Влияние стандартной терапии на различные подсистемы организма больных розацеа

Ткачева О.Ю., Сирина Л.В., Бобынцев И.И., Шварц Н.Е.  
Курский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии, Курск

Целью исследования явилось определение нарушений функций разного биологического качества у пациентов, страдающих розацеа. В работе приняли участие 113 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 60 лет. Все респонденты получали терапию в соответствии с «Клиническими рекомендациями РОДВ — Дерматовенерология 2010», группу сравнения составили 40 человек. В процессе исследования применялась шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР), определялось содержание билирубина, АСАТ, АЛАТ, щелочной фосфатазы, показателей ПОЛ (малонового диальдегида, ацилгидроперекиси, каталазы, супероксиддисмутаза, общей антиоксидантной активности). Отмечалось увеличение щелочной фосфатазы (ЩФ) у больных папулезно-пустулезной формой розацеа ( $p < 0,001$ ) по сравнению с показателями у больных эритематозно-папулезной формой. Обильные полиморфные эфлоресценции розацеа фациальной локализации развивались на фоне интенсификации процессов оксидантного стресса в тканях и избыточного накопления вторичных токсических продуктов в организме, о чем свидетельствовало достоверное увеличение концентрации малонового диальдегида в периферической крови обследованных лиц до  $4,12 \pm 0,06$  мкмоль/л;  $p < 0,05$  (в группе доноров —  $2,15 \pm 0,11$  мкмоль/л). По мере увеличения числа высыпных элементов и нарастания степени тяжести клинического течения розовых угрей констатировано дальнейшее усиление выраженности реакций свободнорадикального окисления в виде умеренно выраженного повышения содержания МДА в

кровенном русле ( $p < 0,05$ ). Максимальные изменения уровня МДА ( $4,36 \pm 0,08$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) отмечены у пациентов с пустулезной формой розацеа, причем при оценке степени клинических проявлений заболевания индекс ШДОР составил  $9,7 \pm 1,4$  ( $p < 0,01$ ). При ремиссии наблюдалось снижение показателей активности МДА в сыворотке крови, не достигавшей значений контрольной группы. При исследовании АГП отмечалось достоверное увеличение АГП у больных папуло-пустулезной формой розацеа до лечения ( $0,93 \pm 0,007$  усл.ед) при максимальном значении индекса ШДОР. После стандартного лечения отмечалось снижение показателей АГП до  $0,51 \pm 0,004$  усл.ед., приближающихся к показателям контрольной группы, количественные значения индекса ШДОР находились в прямой корреляционной зависимости с концентрацией МДА ( $r = +0,72$ ;  $p < 0,005$ ). По мере нарастания степени выраженности эндогенной интоксикации в организме больных увеличивалась величина ШДОР, клинические проявления розацеа манифестировали и присутствовали в виде комплекса симптомов (общей интоксикации при папуло-пустулезной форме, полиморфные высыпания, зуд, жжение, эксфолиация кожи). Сыпь развивалась на фоне интенсификации процессов ПОЛ в тканях и избыточного накопления вторичных токсических продуктов в организме, о чем свидетельствовало достоверное увеличение концентрации МДА до  $4,36 \pm 0,08$  мкмоль/л;  $p < 0,05$  (в группе доноров —  $2,76 \pm 0,21$  мкмоль/л). По мере увеличения распространенности и нарастания степени тяжести клинического течения констатировано дальнейшее усиление выраженности реакций свободнорадикального окисления в виде прогрессирующего повышения содержания МДА в кровяном русле ( $p < 0,05$ ). При ремиссии, наступавшей после стандартного лечения, наблюдалось снижение активности МДА и АГП на 21% в сыворотке крови, не достигавшей значений контрольной группы. В кровяном русле у больных активность ключевых компонентов антиоксидительного пула — каталазы, СОД и общей антиоксидительной активности была существенно ниже значений в контроле (СОД —  $3,12 \pm 0,05$  У.е/мл, в контрольной группе —  $5,1 \pm 0,06$  У.е/мл;  $p < 0,025$ ). После стандартного лечения у больных розацеа как дерматоза фациальной локализации интенсивность зуда и жжения кожи уменьшились на 85% ( $p < 0,05$ ), выраженность эритемы — на 69% ( $p < 0,05$ ), эксфолиация — на 72% ( $p < 0,01$ ) и инфильтрация — на 60% ( $p < 0,01$ ), значение индекса ШДОР составило  $3,7 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ). Таким образом, применение стандартной фармакотерапии розовых угрей позволяет достичь улучшения клинических проявлений болезни и добиться клинической ремиссии процесса но, что следует отметить, недостаточно эффективно и быстро, то же касается и нормализации показателей перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты.

## Опыт использования дерматоскопии в диагностике кожных образований

Толстихина Н.Б., Кузнецов С.Р.  
Институт медицинской косметологии, Красноярск

В основе контактной СИАскопии лежит метод спектрофотометрического интрадермального анализа изображения определенного участка кожи или кожного новообразования, полученного специальным сканером. Сканирование осуществляется при помощи светового пучка. Данные мультиспектральные изображения, полученные

СИАсканером, переносятся в компьютер, где, пройдя специальную математическую обработку, формируется цветная дерматоскопическая картина сканированной области, а также 4 СИАграфа — изображения, которые отражают распределение и концентрацию меланина, гемоглобина и коллагена в эпидермисе и папиллярном слое дермы на глубине до 2—3 мм в коже. Это позволяет получить информацию о микроархитектуре кожи, распространении и концентрации общего меланина, дермального меланина, состояния кровеносных сосудов (гемоглобина) и коллагена. Изображения можно архивировать и при необходимости использовать при динамическом контроле за кожными новообразованиями.

Кожные новообразования не только представляют собой косметические проблемы, но и могут быть опасными для жизни и здоровья человека. При этом вопрос об их удалении всегда представляет значительные трудности. До последнего времени диагностика кожных новообразований основывалась только на визуальном осмотре, что часто приводило к ошибкам, ненужным хирургическим удалениям или несвоевременному удалению образования. Особенно актуально это было связано с диагностикой и лечением меланомы. Меланома кожи — агрессивная опухоль, происходящая из меланоцитов кожи, клеток, обеспечивающих нам способность защищаться от ультрафиолетового излучения. Меланоциты синтезируют защитный пигмент меланин при стимуляции солнечным излучением. Их задача заключается в насыщении меланином эпидермальных клеток кожи. Результатом этого процесса является формирование загара. В норме этот процесс строго регламентирован и генетически детерминирован (различные фототипы кожи обладают разной устойчивостью к ультрафиолетовому спектру). Избыточная инсоляция или генетический полиморфизм могут вызывать повреждения и самих меланоцитов с возникновением их повреждений и мутаций, следствием которых будет формирование злокачественной опухоли — меланомы. Внедрение в практику метода дерматоскопии позволило значительно облегчить диагностику меланомы и других кожных новообразований. Однако, по данным литературы, процент выявляемости меланомы на ранних стадиях дерматоскопическим методом составляет около 60%. Эффективность лечения и прогноз течения меланомы напрямую зависит от раннего ее выявления. Поэтому вопросы диагностики меланомы именно на ее ранней стадии остаются на сегодняшний день по-прежнему важными и актуальными. С 2011 г. мы в своей работе стали использовать диагностический комплекс СИАскоп, разработанный учеными Кембриджского университета. С помощью этого метода можно быстро и безболезненно отобразить микрообласти как кожи, так и кожных новообразования, наглядно освещая патологические характеристики, связанные с заболеваниями кожи.

За это время проведено 4220 исследований различных кожных новообразований методом контактной СИАскопии. Программное обеспечение этого метода включает в себя клинически апробированную систему распознавания и оценки кожных образований, а также большой электронный атлас, что позволяет быстро и качественно поставить правильный диагноз. Нами было установлено, что метод контактной СИАскопии позволил диагностировать и проводить динамический контроль за различными видами невусов, в том числе за атипичным меланоцитарным невусом, голубым невусом, себорейным кератозом, гемангиомой, ангиокератомой, дерматофибромой. Особенно важно подчеркнуть, что методом контактной СИАскопии были выявлены у пациентов на ранних стадиях различные виды рака кожи: поверхностно-распространяющаяся меланома, узловая меланома, лентигино-меланома, акральная меланома, а также базально-клеточный рак кожи, с их последующим динамическим контролем после хирургического лечения. Анализируя данные гистологических

исследований удаленных кожных новообразований и результаты контактной СИАскопии, был установлен высокий процент совпадений в диагнозе.

В среднем он составил 94%. Важно отметить, что диагностика меланомы на ранних стадиях с помощью данного метода составила 87%, что значительно превосходит процент точности диагностики этого вида рака кожи с помощью обычного дерматоскопа.

## **Диспансеризация, паспорт здоровья как фундамент успеха программы коррекции возрастных изменений кожи**

Труханов А.И., Мазница Д.А.

Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

Диспансерное обследование и наблюдение, выполненное на основе современных представлений о состоянии здоровья человека, позволяет на самых ранних этапах устанавливать даже незначительную патологию, рекомендовать способы коррекции.

Совокупность лабораторных, инструментальных и клинических данных ложится в основу создания паспорта здоровья — документа, отражающего состояния организма, фиксирующего динамику этого состояния. Паспорт здоровья обязательно включает в себя данные клинических и биохимических анализов крови, осмотр профильных специалистов, функциональные тесты, генетическое исследование. По результатам диагностики, составляется программа профилактики. По существующим сегодня представлениям anti-age медицины, ведущими причинами в старении организма являются: атеросклероз, сахарный диабет и метаболический синдром, онкологическая патология, возрастная саркопения.

В проведенной нами работе все сотрудники Института красоты, прошедшие диспансерное обследование (148 человек), были разделены по этим основным группам риска.

Для каждой из ведущих групп риска составлен план осмотра профильными специалистами, план дополнительных лабораторных исследований, результаты которого вносятся в паспорт здоровья. Динамическое наблюдение позволяет выявить динамику процесса. Возрастные изменения свойственны всем системам органов человека. По доказанной теории, основные патологические каскады возрастных изменений происходят в сосудах (атеросклероз), мышцах (старческая саркопения), головном мозге (деменция), коже (возрастные изменения). Коррекция возрастных изменений кожи прежде всего лежит в поле нормализации показателей лабораторных анализов в соответствии с паспортом здоровья. Большую роль в профилактике старения играет генетическое тестирование по аллелям генов, ответственных за коллагеногенез и репарацию. Исходя из данных паспорта здоровья, принадлежности к определенной группе риска и результатов генетического исследования возможно, составление программы профилактики возрастных изменений кожи и других патологий.

## **Применение превентивных и восстановительных медицинских технологий в клинике активного долголетия при дистрофических изменениях опорно-двигательной системы**

Труханов А.И., Банк В.Л.

Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

Распространение дистрофических изменений опорно-двигательной системы среди населения развитых стран, по ряду статистических данных, достигает 17%. Характерной особенностью является рост анатомо-морфологических и клинических проявлений по мере старения организма. Пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 60 лет. Высокие показатели утраты работоспособности в этом возрасте делают проблему социально-экономической значимой. Также прослеживается тенденция к росту обращений за медицинской помощью, показаний для проведения затратных высокотехнологических хирургических вмешательств.

Полиморфизм клинических проявлений, растущий арсенал лечебно-оздоровительных технологий диктует необходимость совершенствования методологии, повышения эффективности профилактики и лечения дистрофических изменений позвоночника, суставов, мышц и сухожилий. Предлагаемая концепция предусматривает научно-теоретическое обоснование алгоритма диагностических и лечебно-оздоровительных технологий, организационные формы реализации реабилитационных программ. Теоретическим базисом являются: 1) иммуно-регуляторная теория старения, в частности, механизмы дистрофических изменений соматических тканей вследствие токсического поражения продуктами метаболизма (системное «загрязнение»), накопления повреждений и деформаций структур и функций, нарушения регуляции пролиферации и клеточного обновления (Донцов В.И., Крутько В.Н., Труханов А.И, 2010 г.); 2) принципы восстановления функциональных резервов организма в результате комплексного использования неинвазивных технологий с учетом аддитивности и потенцирования эффектов, биоритма корректирующих параметров, индивидуальной чувствительности, восполнения субстратного дефицита (Бобровницкий И.П., Разумов А.Н., 2000 г.). Практические рекомендации включают: 1. Оценку состояния на основании анамнеза, данных осмотра, анализа лабораторных и аппаратных исследований, мануальной и дифференциальной диагностики. 2. Выбор факторов лечебно-оздоровительного воздействия, способных оказывать влияние на реституцию и регенерацию тканей, стимулировать регуляцию клеточной пролиферации на фоне активной анальгетической и противовоспалительной терапии. 3. Соответствие алгоритма воздействия биологическому ритму и состоянию ткани, исключение повреждения биоструктуры из-за «тепло-шокового эффекта» вследствие превышения энергетического порога. 4. Использование современных технологий диагностики и лечения, предусматривающих микропроцессорное управление мониторинга состояния тканей с целью динамической коррекции дозированного воздействия на объект. Нами разработаны программы восстановительного лечения пациентов, сочетающие высокоэнергетическое лазерное, ударно-волновое, низкочастотное магнитное лечение, электродный фармакофорез, ультрафонофорез, массаж и постизометрическую релаксационную гимнастику. Применение реабилитационных программ с соблюдением вышеописанных концептуальных принципов позволило повысить эффективность, сократить сроки лечения пациентов с остеохондрозами, деформирующими спондилезами, осложненными межпозвоночными протрузиями, радикулопатиями, артрозами, кальцифицированными миотендинозами. При этом анальгетический эффект при «умеренно значимом» / по шкале NRS / болевом синдроме достигался к третьей процедуре, при «существенно значимом» — к пятой. В результате лечения достигнут регенеративно-реституционный эффект при протрузиях межпозвоночных дисков в 68%, при артрозах крупных суставов 60%, при кальцифицированных тендинозах в 80%, подошвенных фасциитах («шпорах») в 98% случаев.

Выводы. Применение лечебно-оздоровительных технологий при

дистрофических поражениях опорно-двигательной системы в условиях клиники активного долголетия с соблюдением предложенных концептуальных положений эффективно и может быть рекомендовано для введения в практику.

## Коррекции слезной борозды с анатомическим обоснованием безопасных зон

Трушин А.Н., Шиянов Г.А.  
ООО «СОЧИ БЬЮТИ», Сочи

Цель: дать оценку безопасной инъекции в подглазничной области. В эстетической медицине пациенты ждут результата по улучшению контуров лица, разглаживанию морщин, укреплению мягких тканей. Не следует забывать положения миологии лица: мимические мышцы имеют крепление одним концом к костной ткани, а второй вплетается тонкими пучками в кожу и слизистую. В связи с этим у них нет фасции. При сокращении мышцы приводят кожу в движение. Зная экспрессию двигательных единиц (система кодирования), разработанную Полом Экманом и Уоллесом Фризенном, и формулу тканей лица, предложенную А.Белосусовым, можно с полным пониманием производить инъекции филлеров и токсинов. Термин «слезная борозда» был введен Флауэрсом в 1969 г. для обозначения подглазничной депрессии. Кожа нижнего века тонкая, через нее просвечиваются волокна круговой мышцы глаза. Темный оттенок *m.Orbicularis* придает коже пигментацию. Основная причина образования борозды — отсутствие суборбитальной клетчатки (SOOF). При коррекции этой области основными являются опасные образования: угловая артерия, подглазничный нерв, лицевой нерв. Но при всем при этом область слезной борозды отличается небольшим риском повреждения. Гиалуроновая кислота вводится через боковое отверстие на обратном ходу канюли между костью и волокнами круговой мышцы глаза филлерами средней и низкой плотности, при предварительном обезболивании. Из хирургической тактики при коррекции данной области применяется латеральная кантопексия и миопексия.

Заключение: Перечисленные методы коррекции слезной борозды позволяют достичь хорошего эстетического результата.

## Физиотерапевтические методы в лечении больных венозными трофическими язвами

Тупиченков Н.И., Шарапова Е.Н., Жукова О.В., Круглова Л.С., Панина А.Н.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Язва представляет собой дефект тканей с малой тенденцией к заживлению, возникший на фоне нарушенной реактивности тканей вследствие внешних или внутренних причин, которые по своей интенсивности выходят за пределы адаптационных возможностей организма. Исходя из предложенного определения, становится ясным, что образование трофической язвы является следствием системных патологических изменений в самом организме и усугубляется воздействием внешних факторов. К этому могут приводить различные заболевания, сопровождающиеся локальным нарушением гемодинамики артериальной, венозной и лимфатической систем, в том числе и на микроциркуляторном уровне. Кроме того, играют роль травмы кожи, мягких тканей, периферических нервов. Наиболее часто в медицинской практике встречаются трофические язвы, причиной которых является

хроническая венозная недостаточность (ХВН). Лечение больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей является весьма актуальной проблемой, как в медицинском, так и социально-экономическом плане. Большинство пациентов с трофическими язвами венозной этиологии лечатся в амбулаторных условиях. Меньшая часть госпитализируется, чаще всего вследствие отсутствия эффекта от лечения. Однако, по данным зарубежных авторов большинство язв рецидивирует в течение двух месяцев после выписки из стационара, причем, рецидивирование не зависит от метода лечения и причины изъязвления.

Современная программа лечения трофических язв венозной этиологии базируется на принципе этапности и рационального сочетания компрессионного, хирургического, медикаментозного и физиотерапевтического лечения с учетом стадии ХВН, преобладающего синдрома и наличия осложнений. Так, первоочередной задачей является закрытие язвенного дефекта, а в последующем хирургические или терапевтические мероприятия, направленные на профилактику рецидива и стабилизацию патологического процесса. Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с диагностированными трофическими венозными язвами (ТВЯ) нижних конечностей в возрасте от 52 до 68 лет (средний возраст составил  $61,4 \pm 3,2$  года). Среди них 14 мужчин (53,8%) и 12 женщин (46,2%). Длительность заболевания варьировалась от 5 месяцев до 1,5 лет. У всех пациентов отмечалась III стадия ТВЯ. Клинически процесс был представлен язвами, размерами от 0,5 до 2,5 см в диаметре с чистым дном и скудным серозным отделяемым. Всем пациентам было назначено комплексное лечение, включающее: ИК НЛИ с раствором гиалуроната цинка, частота следования импульсов 1500 Гц по 3 мин на поле, ежедневно № 15 и УЗ-терапию по ходу лимфотока, область воздействия — голень, мощность — 0,6 Вт/см<sup>2</sup>, по 5 мин на поле, ежедневно, № 15. В результате комплексного лечения у 61,5% было достигнуто значительное улучшение (полная эпителизация язвенного дефекта) и у 38,5% отмечалось улучшение процесса. Этим пациентам через 2 месяца были проведены повторные курсы УЗТ и ИК НЛИ, по окончании которых было достигнуто значительное улучшение. Таким образом, высокая эффективность, безопасность и простота применения позволяют рекомендовать разработанный метод для широкого применения в клинической практике.

### **Гипергидроз как маркер тревожных расстройств у подростков в дерматологической практике**

Устинов М.В.

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, кафедра дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, Москва

Состояние тревоги обычно обозначают как эмоциональное переживание, характеризующееся дискомфортом от неопределенности перспективы и имеющее запрограммированный биологический смысл: мобилизацию ресурсов организма, обеспечивающих поведение в экстремальных состояниях. Это достаточно распространенная патология и по данным различных исследователей, частота встречаемости тревожных расстройств в первичном звене здравоохранения составляет от 25 до 45%. Подростки в силу встречаемости с жизнеопределяющими выборами в этом отношении — одна из незащищенных частей общества. Именно в этой возрастной категории из-за множественности выбора

тревога может начать доминировать в сознании, нарушать принятие конструктивных решений, при этом она не связана с реальной угрозой и зачастую неадекватна значимости ситуации. То есть из нормальной адаптивной тревога становится патологической, дезадаптивной. Гранью между этими видами тревог является появление устойчивых клинических симптомов, которые делятся на вегетативные, когнитивные и двигательные. Дерматологически значимые синдромы и состояния определяются именно вегетативными нарушениями: гипергидрозом, феноменом Рейно и акроцианозом, а также различными, чаще локализованными, видами зуда. Среди первичных обращений на подростковом приеме в нашей практике как повод для обращения к дерматологу гипергидроз, как проявление тревожного расстройства, преобладал. Поэтому, любое обращение с этим синдромом требует консультации невролога и/или психотерапевта, а дерматолог должен владеть минимумом знаний семиотики тревожных расстройств. За период 2009—2013 гг. мы наблюдали 32 пациента в возрасте от 16 до 18 лет причиной первичного обращения которых стали различные проявления потливости. Характерно, что юношей (21) на прием часто приводили родители (9), а девушки (11) чаще обращались самостоятельно (9), что также свидетельствует о гендерных поведенческих различиях по отношению к данному состоянию.

Цель исследования: оценить вероятность развития гипергидроза как клинического проявления тревожного расстройства у подростков и выбор патогенетического средства для эффективной коррекции гипергидроза в комплексной терапии тревожного расстройства.

Методы. Исследование проводилось в условиях амбулаторно-поликлинического приема в кожно-венерологическом диспансере № 30 УЗ ЗелАО города Москвы (позднее филиал «Зеленоградский» МНПЦДК ДЗМ). Верификация диагноза проводилась по клинической картине и анамнестически, с табличной оценкой общих тревожных симптомов психических и вегетативных, проводилась консультация невролога и/или психотерапевта, терапевта. Больным рекомендовался рациональный режим труда и отдыха и гигиенический режим. Предложенная схема дерматологической составляющей комплексной терапии включала использование косметического лосьона, уменьшающего потоотделение, а также пероральный прием официального комбинированного препарата для терапии вегетозов (состав: алкалоиды красавки 0,0001 + эрготамина тартрат 0,0003 + фенотарбитал 0,02) по 1 таблетке 2 или 3 раза в сутки (в зависимости от эффективности и степени седации, так как все пациенты — учащиеся). Лечение проводили до минимализации клинических проявлений гипергидроза.

Результаты. При оценке качественных (описание типичных симптомов) и количественных (сколько из этих симптомов одновременно присутствовало, как часто они возникали и как долго длились) критериев DSM-IV из 32 пациентов клинически сформированные тревожные расстройства выявлены у 28 пациентов (87,5%), у которых впоследствии выявлены и другие соматические проявления тревожных расстройств. Дерматологическая составляющая комплексной терапии была более эффективна и давала более стойкий эффект у пациентов с тревожными расстройствами, чем у 4 пациентов с повышенной потливостью, у которых гипергидроз был обусловлен другими причинами.

Закключение. Гипергидроз у подростка — повод комплексного обследования у невролога/психотерапевта/терапевта с целью выявления тревожных расстройств и их своевременной коррекции. Комбинация алкалоидов красавки 0,0001 + эрготамина тартрата 0,0003 + фенотарбитал 0,02 показала себя высокоэффективным патогенетическим препаратом в комплексном курсовом лечении гипергидроза различной этиологии.

## Анализ причин рецидивов акне после курсов системной терапии изотретиноином

Устинов М.В.

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, кафедра дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации, Москва

С появлением первого дженерика системного изотретиноина выпущенного к тому же на базе технологии улучшающей всасывание Lidose®, в значительной мере подстегнуло профессиональное сообщество к довольно широкому использованию в практике этого системного ретиноида при акне. Безусловно, экономическая составляющая лечения дженериками играет в этом немаловажную роль как для пациентов, так и вторично для врачей с накоплением их личного опыта использования этой группы препаратов, что не может быть не признано положительным фактором. Однако страх нежелательных явлений нередко деформирует рекомендованные производителями дозовые режимы в пользу заметного уменьшения. Необходимо понимать, что системный изотретиноин для сальных желез себорейных зон с учетом их типа секреции является цитостатическим препаратом, и как для любого цитостатического препарата расчет дозового режима в принципе в отношении минимальной получаемой дозы должен быть строго регламентирован именно для профилактической эффективности (желаемое отсутствие рецидива после лечения), как, собственно, и для цитостатиков, используемых в онкологии. Фиксация жалоб пациентов на рецидивы после лечения всеми доступными на рынке препаратами системного изотретиноина, обращающихся на сайт [www.lechenie-ugrei.ru](http://www.lechenie-ugrei.ru), дает четкую тенденцию, что широкое использование схем малых курсовых доз, перерывы в лечении и другие нарушения дозовых режимов приводят к более частым рецидивам акне. Надо понимать, что лица, у которых возникли рецидивы после лечения системным изотретиноином с нарушением дозового режима, впоследствии почти никогда не обращаются к врачу, проведему первый курс неполноценного лечения. И опасность заключается в том, что у такого врача при отсутствии обратной связи формируется ложное представление об эффективности малых курсовых доз, и он ставит такой метод терапии на поток. Больные же, получив рецидив, а это в основном молодежь, часто обращаются за решением своей проблемы на профильные сайты, вместо врачебного приема. Мы начали фиксацию таких случаев для полноценного анализа.

Цель исследования: выявить основную причину отсроченных рецидивов акне при лечении системным изотретиноином.

Методы. Проведен анализ жалоб на рецидивы после лечения изотретиноином по 20 случаям обращений с такой проблемой в конце 2013 — начале 2014 г. на вышеупомянутый сайт, отобранных ретроградно, подряд, без исключений, до получения искомой выборки. Оценивались в жалобах следующие параметры: используемый препарат, масса больного, ориентировочная полученная суммарная доза, наличие перерывов в терапии, срок возникновения рецидива после курса терапии и его тяжесть.

Результаты. Ввиду малой выборки мы не будем говорить о точной статистике, подчеркнем лишь очевидные тенденции. В оцениваемых случаях возникновения рецидива преобладал оригинальный препарат как самый используемый. Соответствие полученных курсовых доз пациентами их массе для стандартного режима

дозирования установлено лишь в одном случае, при котором использована минимальная из возможных рекомендованных курсовых доз. В остальных случаях курсовые дозы были ниже рекомендуемых производителями. Трое из пациентов сами или по указанию врача прерывали курсы терапии более чем на неделю по разным причинам. Отмечается нелинейная, обратная зависимость скорости наступления рецидива и степени его тяжести по сравнению с первичным обращением от величины непрерывно полученной курсовой дозы, то есть чем доза меньше, тем выше скорость наступления рецидива и степень его тяжести.

Заключение. Даваемая оценка нуждается в более глубоком осмыслении на большей выборке, однако первоначальный вывод очевиден: профилактическая эффективность системного изотретиноина в отношении акне при терапии малыми курсовыми дозами недостаточна для признания ее удовлетворительной.

## Позитивная психотерапия как способ коррекции психогенных обострений дерматозов у военнослужащих по призыву

Устинов М.В., Деревянко Р.В.

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, кафедра дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации, Оленегорская центральная городская больница, Москва, Мурманская область, Оленегорск

Психогении у военнослужащих срочной службы в первые после призыва месяцы для дерматологов наиболее часто проявляются в развитии атопического дерматита (АД) и псориаза (ПС). При этом, конечно, надо отметить, что дерматозы как проявление дезадаптационных психогений не занимают лидирующих позиций в их структуре по сравнению с другими психосоматическими расстройствами. Провоцирующими факторами, помимо отрыва от семьи и привычного образа жизни, являются климатогеографические особенности региона и факторы военного труда, а также психосоциальная дезадаптация при формировании нового коллектива. Актуальность проблемы обусловлена ограничением к военной службе военнослужащих по призыву с последующим увольнением в запас. И, тем не менее, такие больные до реализации решений по их увольнению часто находятся на лечении у дерматологов ЛПУ МО РФ. В связи с этим встает вопрос о необходимости психодерматологической коррекции этих пациентов.

Цель исследования: сравнение эффективности лечения хронических дерматозов с использованием элементов психотерапевтической коррекции в составе комплексной терапии и без такой коррекции с использованием базовой терапии.

Методы исследования. Включено 127 мужчин, средний возраст которых составил 19,5±0,7 года, из них 89 страдающих АД, и 38 пациентов с ПС. Отобрано 38 пациентов с АД для разной выборки, группы разбиты на равные составляющие по нозоформе и по планируемой терапии с и без психокоррекции. До и после курса психотерапевтического лечения у всех пациентов проводилось по методу цветочных выборов тест Люшера и ММР/СМИЛ. Критерии отбора в группу с психотерапией были: преобладание депрессии и тревожности в психологическом портрете, достаточная внушаемость, положительный искренний настрой. Использовались позитивная психотерапия, основными направлениями работы выбраны: актуализация сферы «Тело/Ощущение» и «Фантазии/Будущее» в жизни пациентов в рамках концепции позитивной психотерапии, формирование нового отношения к образу жизни и условиям

службы, физической активности, отдыху, сну. В работе с пациентами обращалось внимание на развитие перспектив жизни после окончания службы, коррекции психоэмоционального состояния, выработке адекватной внутренней картины заболевания. Кроме того, активно отрабатывались вопросы негативного отношения пациентов к окружающим, корректировались межличностные проблемы, развивалась духовная сфера.

Результаты. В процессе психотерапии была отмечена выраженная положительная динамика как собственно психологических характеристик, так и клинической картины дерматозов. При проведении сравнительного анализа динамики показателей цветовым тестом Люшера до и после терапии было отмечено, что у пациентов, которым проводилась дополнительная психотерапевтическая коррекция, произошла смена ранжирования предпочтительных цветов. Анализ результатов тестирования выявил достоверные различия в психоэмоциональном статусе больных как АД, так и ПС с тенденцией к приближению к эталонным выборам. У пациентов, которые дополнительно сверх традиционной терапии другой помощи не получали, повторное обследование не выявило существенных изменений, самооценка обследованных оставалась неустойчивой, наблюдались элементы стеничности и повышение уровня притязаний. При исследовании личности ММРІ/СМИЛ тестом были выявлены достоверные, трактуемые как положительные, изменения большинства основных шкал, однако в подгруппах, где проводилась позитивная психотерапия, у больных с АД они были более выраженные, чем у больных с ПС. Кроме того, положительные сдвиги при этом тесте, но менее выраженные были выявлены и в подгруппах, где использовалась только стандартная терапия, без психокоррекции. Мы связываем такую тенденцию с получаемым клиническим ответом на базовое лечение и его вторичным влиянием на личность больного. Разрешение дерматозов в группах, получавших психотерапию, происходило быстрее в среднем на 15% при АД и на 10% при ПС, чем в группах без психокоррекции. Заключение. Владение основными психодерматологическими навыками, хоть и остается проявлением энтузиазма конкретных специалистов, существенно улучшает возможности комплексной терапии основных дерматозов, провоцируемых психогенными состояниями у молодых лиц.

### Уровень аутоантител у больного нейросифилисом в динамике после специфического лечения

Устьянцев Ю.Ю.

Филиал «Центральный» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Исследования, проведенные в 2012—2013 гг. показали, что уровень аутоантител к белкам нервной системы может служить дополнительным методом контроля состояния ЦНС после специфического лечения по поводу нейросифилиса. Приводимый клинический пример демонстрирует динамику изменений содержания аутоантител в сыворотке крови в процессе клинико-серологического контроля.

Больной Л., 1968 г.р., госпитализирован в неврологическое отделение по СП 01.10.2010, с жалобами на слабость в левых конечностях, головокружение, головную боль в затылочной области, шаткость при ходьбе, неловкость в левых конечностях. В анамнезе — артериальная гипертензия (А/Д до 180/100 мм рт.ст.). Сифилис в анамнезе отрицает. Неврологический статус: сознание сохранено, менингеальных знаков

нет. Горизонтальный нистагм при взгляде влево. Левосторонний гемипарез до плечии в руке, в ноге до 1,5 баллов. Сухожильные рефлексы S>D. Симптом Бабинского слева.

Серологические реакции крови 12.10.2010: РМП 4+ ¼; РИФ200/abs 4+/4+; РИБТ 60%. Ликвор от 12.10.2010: РИФц 4+; РИБТ 60%; цитоз 243/3; белок 0,034 г/л; лимф. 72%; нейтр. 27%; макр. 1%.

КТ головного мозга 30.09.2010: КТ-признаки перенесенных инфарктов в бассейне основной артерии, левой задней мозговой артерии (ЗМА). В правой и левой половине моста и четверохолмия — зоны глиозной трансформации.

Диагноз: поздний менингovasкулярный нейросифилис (от 14.10.2010). Получил с 27.09.2010 по 09.11.2010 2 курса лечения цефтриаксоном по 2,0 ежедневно по 20 дней, в 11.12.2011 — третий дополнительный курс цефтриаксона в связи с сохранявшейся патологией в ликворе (РСКка 4+, т. 1:5, белок 0,619 г/л).

Ликвор после окончания лечения (22.11.2011): МРП отриц., РСКка 4+ титр ½; РСКта 4+; цитоз 16/3; белок 0,503; РИБТ 48%.

Эли-нейро-тест 13.03.2012: значительное повышение ауто-АТ к NF-200, умеренное к GFAP и V-Ca-chan. NF-200 — специфический белок аксонов. Рост антител к нему сопровождается процессами дегенерации нервных волокон. GFAP — специфический белок филаментов астроцитов. Рост антител к нему сопровождается аномально активную пролиферацию клеток астроглии — глиоз, что может являться исходом травм и воспалительных процессов в ЦНС. Последний показатель — ауто-АТ к вольтажзависимым кальциевым каналам — характеризует нарушения нервно-мышечной проводимости.

С учетом результатов ЭЛИ-нейро-теста и иммунного статуса (поликлональная активация В-лимфоцитов) пациенту был назначен нормальный человеческий иммуноглобулин в виде курса из 3 капельных в/в вливаний 1 раз в неделю по 150 мл. Лечение проведено в июне 2012 г.

Серология крови через 4 месяца после терапии иммуноглобулином 08.10.2012: РПР 2+; РПГА 4+ 1/2560; ИФА (Ig G) обн. КП=14,7. Иммунный статус через 6 месяцев после введения иммуноглобулина: гиперплазия популяции NK-клеток. Поликлональная активация В-лимфоцитов.

Повторное исследование ЭЛИ-нейро-теста от 08.10.2013 показало нормализацию NF-200, GFAP и V-Ca-chan.

Выводы. Пациент с типичной клиникой позднего МВС (ишемический инсульт), своевременная диагностика, адекватное лечение. Хорошая клиническая динамика; медленная, но определенная тенденция к санации ликвора. Эли-Н-тест продемонстрировал: 1) существенное повышение уровня антител к белку аксонов NF-200, как указание на дегенеративные изменения аксонов, т.е. периферических нервных волокон, что совпадает с клиническим статусом (сохранение остаточных явлений правостороннего гемипареза); 2) умеренное повышение ауто-АТ к GFAP, что свидетельствует об активной пролиферации астроглии (глиоз), закономерно наблюдающейся после перенесенных повреждений нервной ткани — в данном случае ишемического инсульта, совпадает с данными КТ («зоны глиозной трансформации»); 3) умеренное повышение ауто-АТ к белку вольтажзависимых кальциевых каналов, указывающее на нарушение нервно-мышечной проводимости.

Применение нормального человеческого иммуноглобулина имело хороший клинический эффект, выразившийся в значительном улучшении общего состояния, исчезновении слабости, повышении физической активности и работоспособности — как физической, так и умственной, уменьшении локальной неврологической симптоматики (гемипареза). Снизились позитивность серологических кардиолипидных тестов. Повышенные показатели ЭЛИ-нейро-теста нормализовались.

## Уровень аутоантител к белкам нервной системы у больных различными формами сифилиса

Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К., Жиангерова О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Медицинский исследовательский центр «Иммункулюс», Москва

Введение. Естественные аутоантитела (ауто-АТ), направленные к антигенам собственного организма, синтезируются в организме человека в течение всей жизни. Сывороточное содержание ауто-АТ конкретной специфичности, участвующих в клиренсе организма от продуктов собственной жизнедеятельности, примерно одинаково у здоровых лиц, но заметно меняется при развитии различных хронических болезней задолго до их клинической манифестации. Выявление таких изменений дает шансы на раннее обнаружение формирующихся патологических изменений на начальных стадиях [А.Б. Поletaев, 2007, 2008]. Для определения отдельных ауто-АТ разработаны различные варианты ЭЛИ-тестов. Выявление начальных изменений нервной системы может быть осуществлено с помощью метода ЭЛИ-Нейро-Тест [А.Б. Поletaев, 2011].

В последние годы, на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом меняется ее структура с увеличением доли скрытых и поздних форм, в том числе нейросифилиса. Ранняя диагностика подобной патологии позволяет повысить эффективность лечения больных.

Цель исследования: выявление патологических изменений нервной системы у больных различными формами сифилиса, в том числе нейросифилиса и у пациентов с серорезистентностью, с помощью ЭЛИ-нейро-теста.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служила сыворотка крови 35 больных, из которых поздним манифестным нейросифилисом страдали 14 человек, асимптомным нейросифилисом — 3, скрытым (ранним, поздним или неуточненным) — 6; пациентов с серорезистентностью было 12. Методы: серологическое обследование с помощью НТТ и ТТ, ликворологическое обследование, определение иммунного статуса, ЭЛИ-нейро-тест.

Результаты. При исследовании ЭЛИ-нейро-теста у больных нейросифилисом чаще всего (не менее чем у 1/3 пациентов) отмечалось повышение следующих показателей: 5HT-R, beta2-GPI, dsDNA, GFAP, S100. Повышение 5HT-R указывало на патологию серотониновых рецепторов, что может быть связано с нарушениями эмоционально-мотивационной сферы, beta2-GPI и ds-DNA — указывает на присутствие аутоиммунного компонента патологического процесса. S-100 — является кальцийзависимым регулятором множества клеточных функций, в частности, трофическим фактором серотонинэргических нейронов, регулятором апоптоза. Его повышение является признаком нарушений в структурах ЦНС, регулирующих эмоциональный статус. GFAP — специфический белок филаментов астроцитов. Рост антител к нему сопровождается аномально активной пролиферацией клеток астроглии — глиоз, что является исходом травм и воспалительных процессов в ЦНС.

В группе пациентов с серорезистентностью при исследовании ЭЛИ-нейро-теста наиболее часто встречалось повышение уровня аутоАТ по следующим показателям: S-100, GFAP, V-Ca-chan, NF200, Ach-Rc и MBP. Первые три объяснены выше, они совпадали с соответствующими показателями при нейросифилисе. NF200 — специфический белок аксонов. Рост антител к нему сопровождается процессами дегенерации нервных волокон. Ach-Rc (ацетилхолиновые рецепторы) — участвуют в регуляции вегетативных функций, а также когнитивных функций, памяти.

MBP — основной белок миелина, главная функция его — быстрое проведение нервного импульса по аксонам, которые он окружает. Повреждение MBP является признаком антимиелинового процесса. Следует отметить, что повышение уровня аутоАТ у пациентов с серорезистентностью, как правило, не достигало достоверного уровня, а находилось в пределах пограничных изменений.

Выводы. 1. При исследовании ЭЛИ-нейро-теста у больных сифилисом выявлены повышенные уровни аутоантител к различным белкам нервной системы. У больных нейросифилисом они носили более выраженный характер (достоверные изменения), у пациентов с серорезистентностью были, как правило, выражены незначительно (пограничные изменения).

2. У больных нейросифилисом отмечался параллелизм изменений аутоантител с клиническими симптомами.

3. Изменения уровня аутоантител у больных нейросифилисом фиксировались после проведенного специфического лечения, что указывает на необходимость активной симптоматической и реабилитационной терапии таких больных.

4. Повышение уровня аутоантител у больных с серорезистентностью носит прогностический характер и указывает на необходимость подробного наблюдения за состоянием ЦНС у этих пациентов, включая клинические проявления (наблюдение невролога) и ликворологическое обследование.

5. Исследование ЭЛИ-нейро-теста может служить дополнительным методом мониторинга состояния нервной системы у больных сифилисом.

## Оптическая когерентная томография эпидермиса in vitro

Утц С.Р., Галкина Е.М., Зимняков Д.А., Ювченко С.А., Решетникова Е.М.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, клиника и кафедра кожных и венерических болезней, Саратовский государственный технический университет им. Ю.А. Гагарина, кафедра «Физика», Саратов

Целью данной работы являлось изучение информативности применения поверхностной биопсии эпидермиса (ПБЭ) в дифференциальной диагностике эритематозно-сквамозных дерматозов, псориаза, дерматомикозов, дрожжевых и бактериальных инфекций, паразитарных заболеваний.

Материалы и методы. Для получения образцов ПБЭ применяли медицинский нетоксичный аутостерильный клей «Сульфакрилат», обладающий способностью прочно связывать предметное стекло и поверхность исследуемого участка эпидермиса, а после выполнения отрыва прочно фиксировать на стекле фрагмент эпидермиса. Методика ПБЭ производилась в амбулаторных и стационарных условиях у больных с инфекционными (чесотка, демодекоз) и неинфекционными заболеваниями кожи (псориаз, дискоидная красная волчанка, экзема, красный плоский лишай и др.) и у практически здоровых лиц. Возраст пациентов — от 14 до 60 лет. ПБЭ выполнялись неоднократно на одном и том же участке кожного покрова, обладающем максимально ровной поверхностью, необходимой для обеспечения равномерного соприкосновения стекла с эпидермисом. На кожу наносилась капля клея, затем накладывалось и плотно прижималось предметное стекло толщиной 1—1,5 мм и размером 2 x 7 см, предварительно обезжиренное в смеси спирт-эфир (1:1). Через 30 секунд стекло аккуратно удаляли. ПБЭ выполняли вплоть до появления точечного кровотечения. Для изучения структурной организации образцов ПБЭ

нами использовалась методика оптической когерентной томографии (ОКТ) на аппарате OCS1300SS (производство Thorlabs Inc, США), в котором в качестве источника зондирующего излучения используется суперлюминесцентный диод с центральной длиной волны 1325 нм и шириной спектра на уровне половины от максимального значения, превышающей 100 нм, что соответствует длине когерентности зондирующего излучения, равной 6 мм. Максимальная глубина зондирования образцов биотканей составляла 3 мм. Выполнялась 1-, 2- и 3-D визуализация исследуемых объектов.

Результаты. Нами были получены 1-, 2- и 3-D картины, показывающие структурную организацию различных слоев эпидермиса видимо неизменной кожи внутренней поверхности предплечья (отчетливо определялись микробороздки), первичного элемента при красном плоском лишае. При исследовании очага дискоидной красной волчанки хорошо выявлялось проникновение гиперкератотических разрастаний в глубь эпидермиса. При инфекционных заболеваниях кожи в роговом слое визуализировались чесоточные ходы и клещи (*Demodex folliculorum*). На 3D-картине ПБЭ в очаге экзематозного процесса отлично различались микровезикулы на фоне пропитанного эксудатом эпидермиса.

Заключение. Данная методика позволяет не только проводить неинвазивные высокоточные измерения структуры различных слоев эпидермиса и визуализировать проходящие в нем патологические процессы, но и оценивать участие клеточных слоев в трансэпидермальной потере воды, оценивать степень проникновения и равномерности распределения в роговом слое различных субстанций, исследовать кинетику взаимодействия тканей с различными физико-химическими агентами. Также с помощью ПБЭ могут быть выявлены различия между злокачественными и доброкачественными новообразованиями кожи меланоцитарного и немеланоцитарного происхождения.

## Оценка влияния УФ-света на слабосвязанные белки волос пациентов с алопецией

Федоркова М.В., Смолина Н.В., Михальчик Е.В., Волкова Г.М., Ибрагимова Г.А.

Научно-исследовательский институт физико-химической медицины, Москва

Качество волос зависит от состояния основных структурных компонентов стержня, в первую очередь белков. Под действием химической завивки, отбеливания, ультрафиолетового излучения происходит частичное разрушение связей между белками и возрастает риск вымывания их из волоса в водной среде. Основной вклад в эти процессы вносит повреждение молекул цистина, входящих в состав белков-кератинов. В результате образуются продукты восстановления, содержащие свободные сульфгидрильные группы (в том числе в составе цистеина). Ранее мы показали, что ослабление межбелковых связей в стержне волоса может проявляться и под действием внутренних факторов, а именно при андрогензависимой алопеции. Разработка условий оценки влияния УФ-излучения на слабосвязанные белки волос позволила количественно оценить рост вымывания белков из стержня волоса здоровых добровольцев.

Целью настоящего исследования явился анализ влияния УФ-света на белки волос пациентов с ослабленной структурой волос, т.е. при алопеции.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись волосы пациентов с алопецией (телогеновым выпадением (n=7) и с андрогензависимым выпадением (n=3). Для исследования были

отобраны образцы волос из зоны темени с повышенным уровнем вымывания белка относительно здоровых добровольцев. Контролем служили волосы здоровых добровольцев (n=7). Обработку волос УФ-светом проводили в стандартных лабораторных условиях, используя бактерицидную лампу BLM-12, Medico, время обработки составляло 6 часов. Подвергшиеся действию УФ и исходные образцы волос помещали в 0,1 М карбонатный буферный раствор для экстракции белка. Выход белка оценивали по изменению оптического поглощения при 240 нм. Параллельно в экстрактах измеряли содержание сульфгидрильных групп методом Элмана и собственную флуоресценцию триптофана. Результаты. Уровень содержания слабосвязанных белков в образцах волос пациентов с алопецией до воздействия УФ достоверно превышал показатели для здоровых добровольцев (53 мг/г и 34 мг/г веса волоса соответственно). Под действием УФ-света вымывание белка усиливалось в 1,7 раза у здоровых добровольцев и в 2,2 раза у пациентов с алопецией. В итоге после облучения волос пациентов УФ-светом вымывание белка превышало нормальные показатели в 3 раза. Одновременно было обнаружено повышенное содержание сульфгидрильных групп в экстракте белка у пациентов (в 3 раза относительно здоровых добровольцев). Воздействие УФ-света вызывало рост показателя в волосах пациентов и здоровых добровольцев. В итоге у пациентов после воздействия УФ показатель превышал нормальный уровень в 9 раз. Выход продуктов фотоокисления триптофана из волос под действием УФ увеличился в 2,2 раза у пациентов по сравнению со здоровыми лицами.

Заключение. Выявлены достоверно повышенный уровень вымывания слабосвязанных белков и содержащих сульфгидрильные группы молекул из волос здоровых добровольцев и пациентов с алопецией и усиление этих показателей под действием УФ. Суммарный эффект внутренних и внешних (УФ-свет) факторов может значительно ослаблять структуру волос пациентов с алопецией.

## Диагностика псевдолимфомы кожи

Федосеев А.С.

Клинический санаторий «Барвиха», Московская область

Псевдолимфомы кожи — реактивно возникающие доброкачественные дерматозы, в патогенезе которых определяющим патогномоничным фактором является пролиферация лимфоидных клеток, гистологически похожих на лимфому кожи. В зависимости от определяемой лимфоцитарной принадлежности различают Т-клеточные и В-клеточные псевдолимфомы кожи. Т-клеточные псевдолимфомы представляют собой достаточно широкую неоднородную группу заболеваний, в которую входит в том числе и истинная псевдолимфома, которую Н.С. Потеев и Ю.В. Сергеев определяют как заболевание, имеющее наибольшее патоморфологическое и клиническое сходство со злокачественными лимфомами. Группа В-клеточных псевдолимфом кожи представлена практически доброкачественной лимфоплазией кожи. Несмотря на комплекс диагностических (анамнестических, гистологических иммунологических и иммуногистохимических исследований), постановка диагноза вызывает большие затруднения. Так, при постановке диагноза пациентке К., 58 лет, при обращении имел место узелковый несколько зудящий элемент на коже левого виска, появление которого с конкретными провоцирующими агентами она не связывала («может быть, кто-то укусил»). При осмотре папулезное образование, с микрокорочкой в центре, с неяркой розоватой гиперемией и выраженной перифокальной инфильтрацией. На фоне лечения как инсектной дерматит регресса образования не отмечено. При дерматоскопии сохранялась микро crusta и периферический валик

с элементами по типу жемчужных зерен. По данным микроскопического исследования элементы клеща не найдены. По данным цитологического исследования — в большом количестве скопления клеток базалиомы. В общем анализе крови нерезкая абс. и отн. эозинофилия, лимфоцитоз. С клиническим диагнозом «базально-клеточный рак кожи левой височной области» было проведено иссечение данного образования. По данным биопсийного исследования: необходимо исключить лимфому кожи. При контрольном пересмотре препаратов биопсии базалиомы не выявлено. В дерме воспалительный инфильтрат. Кроме того, выявляются скопления лимфоидных клеток, что позволяет думать о псевдолимфоме. Для исключения диагноза лимфомы необходимо определить клональность и каппа- и лямбда-цепи. Материал направлен для дообследования в лабораторию электронной микроскопии и иммуногистохимии.

Заключение: морфологическая картина и иммунофенотип характеризуют неопухольевый дерматоз/дерматит. На основании последнего заключения, пациентке были даны рекомендации продолжить наблюдение у дерматолога в поликлинике по месту постоянного прикрепления с диагнозом: «Псевдолимфома кожи левой височной области (иссечение) возможно инсектного генеза». Через полтора года данных о рецидиве псевдолимфомы и лимфомы кожи не получено.

## Профилактика и лечение отрубевидного лишая на санаторно-курортном этапе

Федосеев А.С.

Клинический санаторий «Барвиха», Московская область

Курортная медицина — раздел восстановительной медицины, направленный на укрепление здоровья на основе природных лечебных факторов. Одной из важнейших задач, стоящих перед медиками, в том числе санаторно-курортных учреждений, является предотвращение распространения грибковых заболеваний кожи, в том числе такого поверхностного микоза, как отрубевидный лишай. Заболевание вызывается дрожжеподобным грибом *Malassezia furfur*, на одной из стадий развития идентифицируемым как *pitryosporium ovale*, которое не сопровождается субъективными ощущениями. Как известно, отсутствие раздражающих проявлений не всегда приводит больных к мысли о наличии заболевания и о необходимости лечения, а инфицированность грибом переводит этих людей в ранг источника инфекции. В отличие от таких микозов, как микроспория и трихофития, отрубевидный лишай не является острозаразной инфекцией. Но в то же время, как показывает проведенный опрос пациентов, особо неприятные психоэмоциональные ощущения доставляют больным клинические проявления микоза — различные по интенсивности окраски пятна цвета «кофе с молоком» с локализацией преимущественно на коже шеи, груди и спины. По данным, полученным в нашем учреждении в 2008—2013 гг., количество пациентов, страдающих отрубевидным лишаем, стабильно составляет 7,9% от обратившихся за дерматологической помощью. Отрубевидным лишаем чаще всего болеют лица, страдающие различными эндокринопатиями (гипертиреозом, сахарным диабетом, ожирением); обильно потеющие (имеющие гипергидроз, занимающиеся активным физическим трудом, спортом) и вегетативно-лабильные люди. Этот микоз чаще встречается у отдыхающих, прибывших из регионов с теплым влажным климатом. Обсеменение кожи патогенными грибами чаще всего происходит при посещении бань, саун, душевых, плавательных бассейнов, спортивных залов, а также водных оздоровительных процедур. Как показывает практика,

для медицинских работников санаторно-курортных учреждений наиболее проблемными как раз являются вопросы принятия решения о направлении таких пациентов для посещения водных процедур (физиотерапевтического и лечебно-физкультурного комплексов, бассейна, сауны и т.п.). Вот почему одной из задач лечащего врача санаторно-курортного учреждения является проведение тщательного осмотра пациента, что позволяет вовремя заметить изменения кожи. Такого пациента следует направить для верификации диагноза к дерматологу. На наш взгляд, больной с активными проявлениями микотического процесса, без проведения соответствующего лечения не должен посещать общественные сауну, душевую, бассейн и т.п. Учитывая личный опыт и рекомендации специалистов-микологов, с целью лечения отрубевидного лишая в условиях санатория можно рекомендовать применение препаратов, содержащих Selenium sulfide (Selsun sulfide), а также хорошо зарекомендовавшие себя шампуни Сульсена, Себозол и Низорал. Они наносятся на кожу «сверху вниз» и через 5—7 минут смываются под душем. Курс лечения составляет 5—7 дней, с последующим применением лечебных средств 1 раз в неделю, до разрешения активных проявлений микотического процесса. Лечение отрубевидного лишая требует много времени, а при несистематическом лечении отмечаются рецидивы. При длительном упорном течении возможно применение системного антимикотика Орунгал. Больному, прошедшему полноценный курс лечения, даже при исчезновении клинических проявлений микоза за несколько недель перед поступлением в санаторий следует обратиться к дерматологу и обследоваться на предмет наличия гриба и необходимости проведения противорецидивного лечения.

## Особенности лечения суппуративного гидраденита подмышечных областей

Федюкина М.Ю.

Центр глубоких микозов, Городская клиническая больница № 81, Москва

В классификации угревой болезни в особую группу выделены инверстные угри или суппуративный гидраденит (*Hidradenitis suppurativa*). Инверстные угри отличаются от вульгарных угрей по патогенезу, клинической картине и подходам к лечению. Суппуративный гидраденит имеет характерные черты: локализуется не на лице, шее, груди и спине, как вульгарные угри, а в подмышечных и паховых областях. Заболевание, как правило, начинается не с фолликулярного гиперкератоза сальных желез, а с воспаления потовых желез, однако не исключено одновременное вовлечение сальных желез, развитие перифолликулита, переход воспалительного процесса на окружающие ткани, абсцедирование, формирование свищей. Нередко при присоединении актиномикотической инфекции у больных суппуративным гидраденитом развивается близкий по симптоматике вторичный актиномикоз указанных локализаций. Отдифференцировать эти заболевания возможно по результатам многократных культуральных исследований гноя (желательно из «свежих» свищей или закрытых гнойных очагов), а также по формированию плотных инфильтратов, «валикообразных» складок, ороговевших эпителиальных синусов, гранулем и др. Для актиномикоза характерна стадийность течения заболевания: образование плотного инфильтрата, затем абсцедирование с последующим вскрытием свищей и формирование свищевых ходов. Гнойный гидраденит и вторичный актиномикоз — это бактериальные инфекции, которые подлежат лечению по сходным схемам.

Показаны антибиотикотерапия, наружные средства, промывание свищей, вскрытие и дренирование абсцедирующих участков и радикальное иссечение очагов поражения после максимального снятия воспалительного процесса.

В Центре глубоких микозов разработаны и внедрены алгоритмы комплексного консервативного и хирургического лечения этих заболеваний с использованием иммуномодулятора — актинолизата. Актинолизат — иммуномодулятор с противовоспалительным действием, широко применяется в клинической практике с 1948 г., о применении актинолизата опубликовано более 200 работ, защищено 15 диссертаций, получены клинические заключения по эффективности и безопасности препарата при лечении более 120 000 больных челюстно-лицевым и висцеральным актиномикозом, гнойно-воспалительными заболеваниями кожи, мягких тканей, костных структур, ЛОР-органов, генитальной сферы и других локализаций. При этом доказано отсутствие необходимости антибиотикотерапии. Однако в некоторых клиниках из-за неосведомленности врачей в этом вопросе актинолизатотерапия игнорируется. Клиницисты используют неадекватно длительную непрерывную антибиотикотерапию, которая сама по себе дает тяжелые осложнения и не вызывает желаемого клинического эффекта.

Актинолизат представляет собой свежеприготовленный стабилизированный фильтрат культуральной жидкости самолизирующихся актиномицет, является естественным для организма веществом, не токсичен и высокоэффективен. В эксперименте на животных показано, что на 2-е сутки после введения препарата вокруг бактерий в очаге поражения появляется зона пролиферативных лейкоцитов, на второй неделе отмечается активация фагоцитарной способности макрофагов и многоядерных гигантских клеток. При этом иммунные реакции не ограничиваются ролью макрофагальной системы, определенную значимость имеет и гуморальный ответ, который формируется на самых ранних стадиях лечения актинолизатом.

Целью настоящего исследования являлось сравнение клинической эффективности двух схем лечения суппуративного гидраденита: с применением актинолизата и без актинолизатотерапии.

Были подобраны односторонние больные, сравнимые по диагнозу, тяжести заболевания и распространенности процесса, с целью получения более достоверных и объективных данных.

Больные опытной группы (n=23) в предоперационном периоде получали актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю, 20—25 инъекций, длительность курса составляла 2—3 месяца, и одновременно 2 курса антибиотиков по чувствительности флоры по 7—10 дней.

Больные контрольной группы (n=9) получали только антибиотики.

По признаку снижения островоспалительных явлений в подмышечной области под влиянием лечения выявлена следующая ситуация: в 1-й группе, где применялся актинолизат острое воспаление закономерно снизилось после 1 месяца лечения у 20 (86,9%) больных, в отличие от 2-й группы без актинолизата, где через 1 месяц этот показатель был у 2 (22,2%) больных.

В данном исследовании под влиянием лечения в группах четко просматривалась более высокая эффективность подготовки к операции в опытной группе. За 1—1,5 месяца в группе, где применяли актинолизат, подготовлены и радикально прооперированы 18 (78,3%), а во 2-й группе — 2 (22,2%) больных.

Таким образом, у больных, где применяли актинолизат, по сравнению с контрольной группой без актинолизата, эффективность лечения была в 3—4 раза выше, что еще раз доказывает необходимость применения актинолизата для лечения больных суппуративным гидраденитом и другими гнойными заболеваниями кожи, мягких и костных тканей.

## Локальная ПУВА-терапия в лечении псориазической ониходистрофии

Финешина В.И., Круглова Л.С., Шахнович А.А., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Бебякина Л.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Поликлиника № 5 Управления делами президента РФ, Москва

В последнее время в дерматологические учреждения все чаще обращаются пациенты с жалобами на изменение ногтевых пластинок при псориазе. Известно, что наряду с высыпаниями на гладкой коже у больных псориазом наблюдаются поражения ногтей, что является одним из частых и характерных проявлений заболевания, а в ряде случаев и предиктором псориазического артрита. По данным различных авторов псориазическая ониходистрофия возникает у 30—70% больных псориазом. Так как в основном приоритеты при лечении псориаза направлены в сторону устранения кожных симптомов болезни, лечения ногтей, на наш взгляд, уделяется неоправданно мало внимания, а исследования в этом направлении являются весьма актуальными. Среди аппаратных физиотерапевтических методов, применяемых в дерматологии, основное место занимает фототерапия. На сегодняшний день одним из наиболее эффективных методов лечения псориаза является метод ПУВА-терапии (фотохимиотерапии). В амбулаторных условиях под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с диагностированным псориазом с вовлечением в процесс ногтевых пластинок в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст  $28,7 \pm 4,2$  года) и длительностью заболевания (псориазическая ониходистрофия) —  $1,7 \pm 1,1$  года. Из них у 12 (45,5%) пациентов отмечалось изолированное поражение ногтевых пластинок пальцев кистей, у 8 (20%) — изменение ногтей пальцев стоп и 10 (34,5%) пациентов имели сочетанное поражение ногтевых пластинок пальцев кистей и стоп. С целью исключения грибковой инфекции ногтевых пластинок были проведены микроскопические и бактериологические (культуральные) методы исследования. Все наблюдаемые пациенты при отсутствии установленных противопоказаний к назначению ФХТ принимали пероральное фотосенсибилизирующее средство растительного происхождения — аммифури. Препарат назначался внутрь, после еды, за один прием в дозе 0,6—0,8 мг на 1 кг массы тела за 1,5—2 часа до облучения УФ — светом длиной волны 380 — 400 нм (UVA). Курсовая доза составляет 2—3 г препарата (100—150 таблеток аммифурина. Начальная UVA составила 0,4—0,6 Дж/см<sup>2</sup>, разовую дозу увеличивали на 0,4 Дж/см<sup>2</sup> через процедуру. Процедуры фототерапии проводились 3 раза в неделю, на курс — 20. Суммарная доза облучения в среднем составила  $60,45 \pm 3,25$  Дж/см<sup>2</sup> при максимальной разовой дозе  $5,15 \pm 0,25$  Дж/см<sup>2</sup>. Для оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у наблюдаемых пациентов использовался индекс NAPSI и индекс качества жизни пациента ДИКЖ. Данные показатели оценивались до лечения и через 4, 6, 8 месяцев от начала комплексной терапии. До лечения индекс NAPSI, отражающий степень тяжести поражения ногтевых пластинок, у большинства пациентов составил  $56,3 \pm 5,9$  балла. Индекс качества жизни — ДИКЖ — в среднем по группе составил  $20,4 \pm 2,1$  балла. У пациентов с изолированным поражением ногтевых пластинок кистей через 4 месяца индекс NAPSI снизился на 32,5% и составил в среднем  $29,3 \pm 3,6$  балла. При сочетанной локализации и поражении ногтей стоп индекс снизился на 37,2% ( $27,5 \pm 2,4$  балла). Через 6 месяцев от начала комплексного лечения индекс NAPSI в среднем по группе больных составил  $20,7 \pm 2,6$  балла

(снижение на 55,7%), а через 8 месяцев снизился на 78,3%. Общая эффективность комплексного метода лечения составила 83,5%. В соответствии с показателями, отражающими клиническое течение заболевания, улучшалось качество жизни пациентов, так, ДИКЖ через 4 месяца снизился на 30,1% и составил 13,7±1,8 балла, а через 6 и 8 месяцев 10,9±2,5 и 8,7±1,4 баллов соответственно. Таким образом, комплексное лечение псориазической ониходистрофии, включающее локальную ПУВА-терапию, положительно влияет на качество жизни больных псориазом и может быть рекомендовано как метод выбора при назначении терапии у данной категории больных.

## К вопросу реабилитации после перенесенных половых инфекций

Хабижанов А.Б., Шортанбаева Ж.А., Сагидолдина Л.К.  
Казахский национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, Алма-Ата

В целях реабилитации пациентов после перенесенных ИППП (инфекции, передаваемые половым путем) представлен опыт применения препарата Левитра (Варденафил) для лечения психогенной эректильной дисфункции у 20 мужчин. Перенесенные половые инфекции являются причиной развития психогенной эректильной дисфункции у мужчин. Психогенная реакция обуславливает сексуальные нарушения, что является причиной эмоционального беспокойства мужчин по поводу половой состоятельности.

Целью проведенного исследования являлось восстановление полноценной сексуальной активности пациентов путем использования фармакологической стимуляции. Исследование проводилось у 20 мужчин, прошедших курс лечения по поводу половой инфекции, в возрасте 21—40 лет. Спектр перенесенных инфекций: 4 пациента — гонорея в виде моноинфекции, 10 — гонорея/трихомониаз, 6 — гонорея/трихомониаз/хламидиоз. Все пациенты были излечены, что подтвердилось контрольными клиническими и лабораторными исследованиями, включающими микроскопию, культуральный посев и ПЦР (полимеразная цепная реакция). Основная жалоба мужчин перед исследованием — слабая эрекция и, как следствие, сексуальная неудовлетворенность. Указанные жалобы появились после перенесенной инфекции и беспокоят в течение 4—6 месяцев. Пациентов беспокоила опасность повторного заражения какой-либо венерической болезнью, что приводило к резкому снижению числа сексуальных контактов, появилось беспокойство по поводу собственной несостоятельности в сексуальном отношении. Все пациенты предварительно были обследованы по различным медицинским профилям. Данных о воспалительных процессах в урогенитальном тракте, в т.ч. инфекционного и неинфекционного генеза, нет (в 5 случаях по данным УЗИ признаки хронического простатита вне стадии обострения). Половые органы без анатомических изменений. Данные о гипогонадизме отрицательные (уровень тестостерона в пределах возрастных нормативов). Диагноз: «Психогенная эректильная дисфункция». Для решения задачи был выбран препарат Левитра (Варденафил), который назначался внутрь по 1 таблетке за 1 час до полового контакта 1 раз в сутки. После первого использования препарата 15 мужчин оценили произошедший половой контакт на отлично и хорошо, 2 — как удовлетворительный, еще 2 не смогли определиться с оценкой. Из проводимого исследования был выведен один пациент 33 лет по причине выраженного ухудшения самочувствия после приема препарата (выраженная слабость, обильное потоотделение, головная боль и боль в груди, учащенное сердцебиение — симптомы

регрессировали в течение 3—6 часов. В следующие 2 недели пациенты принимали Левитру перед каждым половым контактом. Заинтересованность терапией и производимым препаратом эффектом значительно увеличила число совокуплений. За указанный срок пациенты использовали Левитру от 3 до 6 раз в неделю. В последующие три недели препарат выдавался пациентам от 1 до 3 таблеток в неделю. За данный период число половых контактов (большинство из них происходило без применения препарата) за неделю несколько уменьшилось, но продолжало оставаться на сравнительно высоком уровне — от 2 до 5 в неделю. Исследование в целом происходило в течение 6 недель. К концу исследования у всех 19 мужчин отмечался стойкий терапевтический эффект — полноценная продолжительная повторяющаяся эрекция и, как следствие, нормальный половой акт, исчез страх перед сексуальным контактом, появилось адекватное его желание. Через 6—9 месяцев 15 мужчин доложили о нормальной регулярной половой жизни, продолжительность полового акта и психоэмоциональная окраска сексуальных контактов сравнима с таковыми до факта перенесенной инфекции и возникшей в последующем эректильной дисфункции, симптомов последней ими более не отмечалось. Контакт с еще 4 пациентами был утерян. Для психологической реабилитации после перенесенной половой инфекции в случае развития эректильной дисфункции психогенного характера может быть рекомендована фармакологическая стимуляция.

## Тетрагидроксиглюкопиранозилксантен в комплексной терапии прурито

Хамаганова И.В., Померанцев О.Н., Новожилова О.Л.  
Фиалил «Вешняковский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Тетрагидроксиглюкопиранозилксантен — препарат, полученный из травы копеечника альпийского, копеечника желтеющего семейства бобовых или технического мангиферина, получаемого из листьев манго семейства сумачовых.

Препарат обладает противовирусной активностью, оказывает умеренное бактериостатическое действие в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, простейших и микобактерий туберкулеза, известно его противовоспалительное действие. В терапии аллергодерматозов для достижения выраженного терапевтического эффекта после курса топических глюкокортикоидов требуется назначение нестероидных противовоспалительных средств. Целью настоящего исследования было изучение эффективности и безопасности тетрагидроксиглюкопиранозилксантена в виде 2%-ной мази при прурито.

Материал и методы. Под наблюдением находился 21 пациент с прурито в стадии неполной ремиссии после применения топических глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов внутрь. 2%-ную мазь тетрагидроксиглюкопиранозилксантена применяли наружно 2 раза в день, в течение 14 дней.

Результаты. Лечение все пациенты переносили хорошо, без побочных реакций, какого — либо негативного влияния терапии на показатели периферической крови, экскретируемой мочи отмечено не было. Все пациенты отметили субъективное улучшение (полное исчезновение зуда, жжения, покалывания). По окончании курса у всех отмечен регресс высыпаний. Представленные нами результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения 2%-ной мази тетрагидроксиглюкопиранозилксантена в терапии прурито.

## Ударно-волновая терапия у пациентов с хроническим простатитом

Ходырева Л.А., Дударева А.А., Камалов А.А., Мудрая И.С., Ревенко С.В., Кумачев К.В.

Научно-исследовательский институт урологии, Москва

Лечение хронического простатита до настоящего времени продолжает оставаться трудной задачей. Это объясняют склонностью заболевания к длительному и упорному течению. Необходимость применения комплекса медикаментозных и физиотерапевтических воздействий при лечении хронического простатита является очевидной.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность ударно-волновой терапии (УВТ) у пациентов с хроническим простатитом.

Материалы и методы. Всего в исследование было включено 29 пациентов. Аппликатором фокусированные волны направляли на проекцию предстательной железы. Частота механических импульсов составляла 3—5 Гц. Плотность энергии импульсов составлял 0,09—0,45 мДж/мм<sup>2</sup>. Количество импульсов за сеанс составляло от 1500 до 3000 на одну зону воздействия с суммарной энергией не выше 60 Дж. Аппликатор перемещали через каждые 300—500 импульсов. Курс УВТ составлял от 5—10 сеансов. Эффект УВТ оценивали по шкалам IPSS, QoL, МИЭФ и ВАШ.

Результаты. После первых двух сеансов терапии болевой синдром усилился у 2 (22%) пациентов, купировался у 44% пациентов, а у остальных — после 4-го сеанса. После полного курса терапии IPSS уменьшился с 15,0±2,2 до 7,0±1,1 баллов. Качество жизни улучшилось, количество баллов QoL уменьшилось с 4,8±0,5 до 3,6±0,8. Средний балл МИЭФ увеличился с 22±2,1 до 24±1,3.

Выводы. Применение УВТ показал положительную клиническую эффективность у пациентов с хроническим простатитом. После курсового лечения отмечено купирование болевого синдрома и симптомов накопления, опорожнения мочевого пузыря, а также улучшение качества жизни пациентов.

## Цитомегаловирусная инфекция уrogenитального тракта у женщин

Чернова Н.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность изучения цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена высокой частотой инфицирования населения, возможностью реактивации у иммунонекомпетентных лиц, патологии беременности, плода и новорожденного. В течение последних лет отмечается значительный рост ЦМВИ уrogenитального тракта у женщин с сопутствующими инфекциями, обусловленными патогенными и условно-патогенными возбудителями.

Целью исследования являлось изучение форм течения цитомегаловирусной инфекции уrogenитального тракта у сексуально активных женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 356 пациенток с выявленной цитомегаловирусной инфекцией уrogenитального тракта, группу сравнения составили 120 женщин соответствующего возраста без лабораторных признаков данной инфекции и ИППП. Объем исследований состоял из сбора анамнеза, проведения бактериологического, молекулярно-генетического, вирусологического обследования.

Результаты исследования. При оценке сексуального анамнеза было констатировано, что у женщин с ЦМВИ достоверно чаще отмечалось раннее начало половой жизни, наличие от 2х и более половых партнеров одновременно, широкая практика оро— и аногенитальных незащищенных половых контактов. При анализе результатов обследования была установлена высокая частота обнаружения Анти-CMV IgG (356/100%), Анти-CMV IgM были выявлены у 89/25,00%. При исследовании материала, полученного из уrogenитального тракта при помощи ПЦР, ДНК CMV обнаружена у 208 женщин (58,43%). Обнаружение ЦМВ на культуре фибробластов легкого человека при исследовании крови констатировано у 93/26,12% женщин, мочи — у 199/55,90%, слюны — у 204/57,30% больных, влагалищного отделяемого — у 225/63,20%, из цервикального канала — у 268/75,28%. В целом ЦМВ был обнаружен у 268 пациенток (75,28%). На основании проведенных исследований определены варианты течения ЦМВИ у сексуально активных женщин. Латентная форма ЦМВИ отмечалась у 92/25,84% пациенток, при которой положительные результаты при ИФА крови (Анти-CMV IgG) сочетались с обнаружением CMV в генитальном тракте и в некоторых случаях других биологических жидкостях. Реактивированная форма цитомегаловирусной инфекции была зарегистрирована у 176/49,44% пациенток и характеризовалась наличием в крови как Анти-CMV IgG, так и Анти-CMV IgM в сочетании с обнаружением ЦМВ в генитальном тракте и других биологических жидкостях. Персистирующая форма ЦМВИ диагностирована у 88/24,72% больных, которая характеризовалась наличием Анти-CMV IgG.

Вывод. Установлены основные клинико-лабораторные характеристики различных форм цитомегаловирусной инфекции уrogenитального тракта, что позволяет оптимизировать диагностику и терапевтическую тактику при ведении данной категории больных.

## Совершенствование терапии тяжелых форм псориаза

Шарапова Е.Н., Жукова О.В., Круглова Л.С., Бебякина Л.В., Финешина В.И., Финешина Е.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

На сегодняшний день лечение псориаза является одной из самых актуальных проблем дерматологии, что обусловлено широкой распространенностью дерматоза с неуклонным ростом заболеваемости, особенно среди молодых людей, увеличением развития тяжелых форм, значительным отрицательным влиянием на качество жизни пациентов. Современные возможности лечения включают четыре направления: наружная терапия, системное лечение, физиотерапевтические воздействия и использование антицитокиновых биологических препаратов. В этой связи актуальны разработка и использование новых методов, в том числе комбинированных фармако-физиотерапевтических, действие которых направлено на подавление пролиферативных процессов в эпидермисе. Принципиальный выбор метода и объема терапевтических мероприятий при псориазе зависит, прежде всего, от тяжести процесса. «Золотым» стандартом лечения распространенных форм вульгарного псориаза является UVB-311 нм-фототерапия. На основании критериев доказательной медицины метотрексат относится к эффективным препаратам «второй линии» при средне-тяжелом и тяжелом псориазе. Под нашим наблюдением находилось 118 пациентов — 64 женщины и 54 мужчины в возрасте от 29 до 60 лет с диагнозом: вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, тяжелое течение: индекс PASI в среднем

по группе составил  $34,6 \pm 6,5$  балла. У всех пациентов процесс носил торпидный характер, что выражалось в отсутствии эффективности от традиционной медикаментозной терапии. Перед началом терапии все пациенты прошли тщательное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование грудной клетки, консультации смежных специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог). Комплексное лечение включало: инъекции метотрексата в дозе  $5,0—7,5$  мг/сутки 1 раз в неделю на протяжении 4—6 недель, UVB-311 нм-терапию и наружное применение адьювантных средств. Процедуры фототерапии проводились с помощью аппарата Waldmann 7002 K без определения МЭД. Начальная доза UVB составляла  $0,1—0,3$  Дж/см<sup>2</sup>, в зависимости от типа кожи. Следующая процедура проводилась, при отсутствии эритемы, на  $0,1—0,2$  Дж/см<sup>2</sup> больше, чем предшествующая при 3-разовой методике облучений. Курс составил от 15 до 20 процедур, в среднем по группе —  $18,6 \pm 2,3$  процедуры с суммарной дозой облучения —  $19,8 \pm 4,5$  Дж/см<sup>2</sup>. В результате комплексного лечения у 82 пациентов (69,5%) было достигнуто клиническое излечение — снижение индекса PASI составило 95% и более, у 36 (30,5%) — значительное улучшение — редукция индекса PASI составила 94—75%. Также была отмечена положительная динамика индекса ДИКЖ: к концу лечения ДИКЖ редуцировал на 87% с  $24,1 \pm 1,4$  до  $3,2 \pm 0,4$  баллов. Ни в одном клиническом случае в процессе мониторинга не было выявлено каких-либо побочных эффектов или осложнений от применения комбинированной методики. Комбинированный метод является высокобезопасным, о чем свидетельствует отсутствие угнетения гемопоза, нормальный уровень печеночных трансаминаз и креатинина в сыворотке крови. Отдаленные результаты наблюдения показали, что у большинства пациентов — 55,6% — период ремиссии составил один год и более, у 38,9% — более полугода. Таким образом, комбинированное применение метотрексата и UVB-311 нм-терапии в лечении больных с тяжелой формой вульгарного псориаза является высокоэффективным (83,3%), безопасным, патогенетическим методом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль над заболеванием.

## Демодекоз, сравнительная характеристика актуальных методов лечения

Шварц Н.Е., Плотникова К.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Демодекоз — это заболевание из группы акариазов, вызываемое паразитированием условно-патогенного клеща — *Demodex folliculorum*. Актуальность темы данного исследования обусловлена высокой распространенностью демодекоза и его хроническим, рецидивирующим течением, ограниченным выбором акарицидных препаратов, обладающих недостаточной эффективностью и большим числом побочных эффектов. А также в эстетическом плане демодекоз является довольно тяжелым заболеванием, поскольку локализуется, главным образом, на лице у молодых женщин, что влияет на качество жизни, социальное благополучие и психику больных. Целью исследования является изучение основных аспектов этиологии, патогенеза, клиники демодекоза, а также сравнение новых методов его лечения для нахождения путей повышения эффективности терапии. Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи: 1) для терапии демодекоза лица 1-й группы использовали схему, включающую производное нитроимидазола, антибиотик широкого спектра действия группы тетрациклина, пробиотик. 2) в лечении демодекоза лица 2-й группы применили два антибиотика

широкого спектра действия из группы пенициллина и макролидов, ингибитор протонного насоса; 3) оценили результаты терапии, изучили эффективность каждой схемы лечения и выявили наиболее актуальную.

Материалы и методы Под наблюдением находились 20 человек с комбинированной (папуло-пустулезной) формой демодекоза в возрасте от 21 до 45 лет (средний возраст 33 года) мужского и женского пола в течение 20 недель. Для лечения демодекоза у пациентов 1-й группы нами были использованы метронидазол 500 мг (по 1 таблетке 2 раза в сутки), юнидокс солютаб 200 мг (в первый день лечения 2 капсулы сразу, со 2 по 10 — по 1 капсуле 2 раза в сутки), пациенты 2-й группы принимали амоксициллин 500 мг (по 1 капсуле 3 раза в сутки), кларитромицин 500 мг (по 1 капсуле 2 раза в сутки), омега-3 20 мг (по 1 капсуле 2 раза в сутки) в течение 10 дней. Также обе группы получали бифидорм (по 2 капсулы 2 раза в сутки), наружную терапию в виде чистки лица, метрагеля, энзимно-кератолитического пилинга (6 процедур 1 раз в 10 дней), демалана. Клинико-лабораторное наблюдение проводили 5 месяцев под контролем общего, биохимического анализа крови, соскоба на *Demodex folliculorum*, определения pH кожи, ФГДС, консультации гастроэнтеролога. Результаты исследования показали, что после проведенной терапии клинический эффект в виде регрессии симптомов воспаления, купирования эритемы и разрешения папуло-пустулезных высыпаний, уменьшения зуда и жжения, улучшения текстуры и цвета кожи лица у пациентов 1-й группы отмечался уже на 9—10-й день приема препаратов, у пациентов 2-й группы — на 13—14-е сутки. Клиническое выздоровление и значительное улучшение были достигнуты у 90% пациентов 1-ой группы, у 50% 2-й группы. Частота обнаружения *Demodex folliculorum* в соскобе на 21-й день лечения по сравнению с контролем достоверно снизилась. Отдаленные наблюдения выявили отсутствие рецидивов заболевания в течение последующих 5 месяцев практически у всех пациентов. Изучение клинической эффективности 1-й схемы показало наличие легких побочных реакций у 10% больных (головная боль, общая слабость), 2-й схемы — более выраженных побочных эффектов у 30% больных в виде нарушения деятельности ЖКТ, металлического привкуса во рту, аллергических реакций, фотосенсибилизации, головной боли, зуда, лейкопении.

Выводы. Наиболее эффективной схемой оказалась схема лечения 1-й группы пациентов, так как клинический эффект достигался быстрее и более выражен, излечение от *Demodex folliculorum* произошло практически у всех пациентов; большая частота и выраженность побочных эффектов отмечались при лечении 2-й группы; рецидивы заболевания отсутствовали в течение 5 месяцев наблюдения независимо от выбора схемы.

## Криотерапия в практике врача-дерматовенеролога

Шевченко А.Н., Померанцев О.Н., Шахзадов В.В.

Фиалил «Вешняковский» Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время криотерапия широко применяется в медицинской практике врача-дерматовенеролога. Наиболее часто, как показывает практика, врачи используют не только жидкий азот в чистом виде. Благодаря современным разработкам на рынке услуг появилось множество криоаппаратов различной модификации для удаления патологически измененной ткани у пациентов. К ним относятся: криоаппараты КриоИней КИ-402, криораспылитель CryoPen.

Криодеструктор «КриоИней» — 402 считается одним из лучших криоаппаратов открытого типа с регулируемой подачей жидкого азота. Криоаппарат «КриоИней» имеет регистрационное удостоверение № АСН 2009/-4738, выданное 22.04.2009 г., производитель («Криотек», Россия). Криоаппарат «КриоИней» в 1998 г. получил бронзовую медаль и диплом Женевского салона изобретений. Он предназначен для разрушения патологически измененных тканей путем их локального замораживания до температуры жидкого азота (-196 °С). Высокотехнологичная конструкция аппарата «КриоИней» обеспечивает стабильно низкую температуру рабочей поверхности операционных наконечников при комнатной температуре корпуса аппарата, что позволяет избежать побочных эффектов.

Криохирургический аппарат «КриоИней» КИ-402 с вакуумной изоляцией корпуса относится к системам расходного типа с разомкнутым контуром циркуляции жидкого азота, что обеспечивает наибольшие показатели холодопроизводительности. Аппарат состоит из двух сборочных единиц: резервуара для жидкого азота и криозонда. Дозированная подача азота осуществляется с помощью плавного хода рукоятки. Аппарат снабжен набором сменных операционных наконечников. Два типоразмера криозонда, вариативные формы и размеры наконечников обеспечивают возможность лечения патологических очагов различной локализации.

Еще одним из новейших изобретений в криохирургии является CryoPen. CryoPen — это прибор, который предназначен для управляемого удаления патологически измененных тканей под действием очень низких температур. Тонкая струя криогенного газа под давлением способна разрушить ткань непосредственно в обрабатываемой точке, при этом достигается точность в обработке до миллиметра. Газ подается под давлением 55 бар, что не может дать ни один другой прибор. Преимущество такого давления очевидно — увеличивается скорость заморозки образования, что в свою очередь сокращает время манипуляций. При этом вероятность повреждения соседних здоровых тканей снижена до минимума. CryoPen представляет собой портативный, в виде авторучки, аппарат со сменными одноразовыми баллончиками-картриджами на 8 г.

Методика применения CryoPen: конец аппликатора должен располагаться на расстоянии 0,5—4 мм от образования; при криодеструкции рекомендуется использовать наконечники разного диаметра, что дает возможность подобрать наконечник нужного размера для данного образования, это позволяет достичь точности до миллиметра. Наконечники позволяют работать с новообразованиями от 1,0 до 10 мм.

В МНПЦДК ДЗМ филиале «Вешняковский» за период с 01.06.2012 г. по декабрь 2013 г. выполнялись криодеструкции на аппарате «КриоИней» КИ-402 и CryoPen. Эти методы применялись у 82 пациентов. Из них: 48 мужчин и 34 женщины, средний возраст пациентов — 31 год. В структуре нозологий эти методы применялись у пациентов с вирусными бородавками с локализацией на кистях рук — 53 пациента, у 29 пациентов на стопах. CryoPen применяли у 21 пациента с поражением кистей, у 8 пациентов с поражением стоп. «КриоИней» применяли у 32 пациентов с поражением кистей, у 21 пациента с поражением стоп. После первой процедуры в обоих случаях полное излечение наступило у 69,5% пациентов (20 пациентов при лечении CryoPenом и 37 пациентов при лечении «КриоИнеем»). После 2-й процедуры бородавки регрессировали у 25% пациентов (7 пациентов при лечении CryoPenом и 14 пациентов при лечении «КриоИнеем»). После 3-й процедуры полное излечение наступило у оставшихся 5,5% пациентов (5 пациентов при лечении CryoPenом и 2 пациента после лечения «КриоИнеем»). Процесс заживления после данных процедур в обоих случаях составлял в среднем около 10 дней.

Таким образом, мы видим, что применение аппаратов «КриоИней» КИ-402 и CryoPen позволяет быстро, практически безболезненно удалять патологически измененную ткань, практически не создавая неудобств для пациентов. Данные методы просты в применении, отличаются высокой лечебной эффективностью, кроме того, не оставляют косметических дефектов на коже после применения. Выбор аппарата в работе врача-дерматовенеролога остается за специалистом, мы в свою очередь рекомендуем применение данных методов криодеструкции для удаления вирусных бородавок: быстро, качественно и безболезненно, что является очень важным фактором в практике врача-дерматовенеролога, работающего не только со взрослыми пациентами, но и с детским населением.

## Особенности клинко-диагностических программ ведения пациентов с новообразованиями кожи в клинике активного долголетия

Шугина Е.А., Шугина О.И.

Клиника активного долголетия «Институт Красоты на Арбате», Москва

В настоящее время отмечается рост обращаемости пациентов по поводу доброкачественных новообразований кожи — невусов, атером, фибром, кератом, папиллом, гемангиом и других заболеваний в медицинские учреждения косметологического профиля. Это диктует необходимость совершенствования медицинской помощи этой группе больных.

В Клинике активного долголетия «Институт Красоты на Арбате» внедрен следующий пошаговый алгоритм действий врача по отношению к пациенту с новообразованиями кожи.

1 шаг: исключение злокачественности процесса — осмотр онкологом с применением дерматокпии. При необходимости — цитологическое и/или гистологическое исследование. При выявлении злокачественных опухолей кожи для лечения пациент направляется в онкологическое учреждение. Проведение в клинике активного долголетия «Институт Красоты на Арбате» генетического исследования позволяет выявить предрасположенность к развитию у данного пациента злокачественных новообразований других органов, что имеет принципиальное значение для программы ежегодного диспансерного обследования.

2 шаг: выявление меланомаопасных невусов. Иссечение голубого невуса, невуса Рида, солитарных диспластических невусов и гистологическое исследование опухоли. Составление паспорта кожи пациентов с синдромом диспластического невуса, врожденным невусом.

3 шаг: диспансерное наблюдение пациентов с множественными немеланоцитарными новообразованиями кожи с целью ранней диагностики сочетанной патологии — рака внутренних органов. Внедрение дерматоскопии в лечебную практику оптимизировало раннюю диагностику меланомы и диспансерное наблюдение пациентов группы онкориска.

Дерматоскопия — это неинвазивный метод диагностики кожи, который позволяет визуализировать внутрикожные изменения в очагах поражения, избегая травмы ткани.

При обследовании пациента с новообразованиями кожи необходимо обратить внимание на количество новообразований и их внешний вид. В норме большинство новообразований кожи у одного пациента имеют схожую клиническую картину, особо

тщательно надо исследовать новообразования, выделяющиеся среди других (синдром «гадкого утенка»).

При дерматоскопическом исследовании новообразований необходимо в первую очередь определить, является ли новообразование меланоцитарным или немеланоцитарным.

Наличие сетки, точек, гранул, полос говорит о меланоцитарном характере новообразования. При этом важно отметить, что сетка должна иметь одинаковые ячейки, перегородки сетки должны быть одной толщины, глобулы должны быть одинаковыми по цвету и размеру, наличие изменений данных элементов и появление новых дерматоскопических признаков (сине-белая вуаль, атипичные сосуды) говорит о дисплазии.

При исследовании немеланоцитарных новообразований важную роль играет характер сосудов. Так, сосуды в виде запятыя встречаются при дермальном невусе, невусе Кларка, извитые древовидные сосуды характерны для базалиом, а сосуды-шпильки чаще всего встречаются в кератоакантомах и кератомах.

Сосуды-клубочки — при меланоме, венозном застое, болезни Бовэна. Точечные сосуды (красные точки и гранулы) обнаруживают при невусе Кларка, Шпитца, меланоме, псориазе, болезни Бовэна, сквамозно-клеточной карциноме.

Молочно-розовые пятна при меланоме, невусе Кларка, Шпитца. Точечные сосуды (красные точки и гранулы) обнаруживают при невусе Кларка, Шпитца, меланоме, псориазе, болезни Бовэна, сквамозно-клеточной карциноме.

Штопорообразные сосуды. Хаотично расположенные, утолщенные, скрученные спиралью сосуды являются признаком меланомы или ее метастазирования, также как и хаотично расположенные линейно-полиморфные сосуды

Красные лакуны (хорошо отграниченные красные и красно-голубые лакуны со склонностью к группировке), соответствующие телеангиоэктазиям в сосочковом слое дермы, характерны для гемангиомы (клубничной гемангиомы) или пламенеющего невуса (винных пятен), кератоакантомы.

При дискератических изменениях кожи в дерматоскопической картине мы видим церебриформные изменения, наличие милиумподобных кист или комедоподобных отверстий. Дерматоскопическая картина кератом может напоминать картину отпечатка пальцев.

Согласно опыту зарубежных коллег бело-голубая вуаль, кляксы, черные точки, атипичная пигментная сеть и лучистость — наиболее актуальные дерматоскопические критерии меланомы *in situ*. В половине случаев в дерматоскопической картине меланомы *in situ* присутствовали коричневые глобулы, атипичная пигментная сеть, псевдоподии и депигментация. Для инвазивной меланомы характерно наличие белых рубцеподобных структур и линейных сосудов. Проведенные в Японии исследования показали, что сосуды визуализируются чаще всего при дерматоскопии меланом толщиной более 2 мм по Бреслоу.

Определенную сложность представляет диагностика беспигментной формы меланомы кожи, которая часто носит маску доброкачественных беспигментных новообразований кожи. Предположить беспигментную меланому можно на основании наличия молочно-белых пятен в дерматоскопической картине новообразования, важная роль при изучении таких новообразований отводится анамнезу и клинической картине.

Цифровая фотодерматоскопия позволила документировать полунумерным изображением историю болезни. Детальное описание дерматоскопических признаков поражений кожи дополняет клиническую картину заболевания, увеличивает эффективность

диагностики, позволяет осуществлять динамическое наблюдение. Очевидно, что роль дерматоскопии в клинической дерматологии будет возрастать по мере накопления опыта использования этого диагностического метода.

## Принципы создания персонифицированных рецептов косметических средств в клинике активного долголетия

Шугина Е.А., Щукина Е.В.

Клиника активного долголетия «Институт красоты на Арбате», Москва

Персонифицированные программы ухода за кожей лица включают индивидуальный подбор косметических средств. Состояние гидролипидной мантии кожи отражают сальность, влажность и кислотность, а также срок восстановления гидролипидной мантии после очищения кожи.

С целью исследования эффективности косметических средств, приготовленных по индивидуальным рецептурам изучена возможность использования эластина в качестве увлажняющего фактора в системе домашнего ухода за увядающей жирной кожей лица.

В косметических композициях использован гидролизат белка — эластин. Данное белковое соединение, обладает высокой гигроскопичностью и позволяют не перегружать косметическую композицию липидами, что важно для ухода за увядающей жирной кожей. На основе дисперсии эластина, произведенной ООО «Синап», была разработана серия косметических композиций: гель очищающий, увлажняющий и защитный крем для жирной увядающей кожи.

Исследовано влияние косметических средств с эластином на внешний вид кожи, сальность, кислотность и влажность. Обследованы две группы пациенток по 10 человек в каждой в возрасте от 29—52 лет, которые для домашнего ухода в течение 40 дней использовали серию косметических композиций с эластином (опытная группа) и косметические средства без эластина (контрольная группа). Как опытная, так и контрольная серия состояли из очищающего геля, увлажняющего крема и защитного крема. Результаты оценивали клинически и лабораторно. С целью лабораторной оценки эффективности средств использовался диагностический прибор «Скин-О-Мат» немецкой фирмы Cosmomed, который позволил определить сальность, влажность и кислотно-щелочное равновесие кожи лица пациентов по показателям себуметрии, корнеометрии и pH-метрии. Сальность кожи измеряли в области лба, щек, спинки носа, подбородка. Измерение влажности кожи проводили в области лба, щек, подбородка. Кислотно-щелочное состояние кожи оценивалось в области лба, щек и подбородка. Измерение проводили до начала исследования и в последующие 30 дней с 10-дневным интервалом между измерениями. За 10 минут до измерения пациентов помещали в комнату с постоянной температурой (21° С) и влажностью (40—60%). Результаты были обработаны по правилам медицинской статистики. Установлено, что влажность кожи пациентов опытной группы достоверно увеличилась на всех протестированных зонах лица в среднем на 18%. У пациентов контрольной группы через 30 дней после начала исследования влажность кожи также увеличилась, но менее значимо — на 9%. В опытной группе сальность практически не изменилась в пределах ошибки опыта. В контрольной группе лабораторно увеличение сальности было подтверждено только у

трех пациенток. Значимых колебаний pH не было отмечено в обеих группах (pH в пределах нормы). Как в опытной, так и в контрольной группе при визуальной оценке кожи раздражающее действие использованных косметических средств не отмечено. В опытной группе у пациентов отмечено восстановление микрорельефа кожи, повышение тургора и эластичности кожи, в то время как в контрольной группе ярко выраженных клинических изменений кожи не было. Субъективное ощущение сухости кожи исчезло у пациентов как опытной, так и контрольной групп после 2 недельного применения косметической серии. Эффективность косметической линии с эластином в целом сочеталась с преимуществами каждого продукта, составляющего эту линию. Так очищающий гель с эластином, наряду с хорошими очищающими свойствами не вызывал чувство стянутости кожи непосредственно после умывания, увлажняющий крем обладал более выраженными увлажняющими свойствами, лучшими органолептическими свойствами за счет того, что не вызывал ощущения сальности кожи, а защитный

крем являлся лучшей основой для макияжа, что в свою очередь выразалось в равномерном распределении средств декоративной косметики на лице, отсутствии согревающего эффекта и хорошей фиксации нанесенного грима. Эффективность трехкомпонентной системы с эластином объясняется, по-видимому, тем, что благодаря гигроскопическим свойствам данного белка повышается влажность рогового слоя кожи. Оставаясь на поверхности кожи, крем с эластином создает увлажняющую пленку, которая визуально выравнивает кожный рельеф, не препятствуя газообмену. Полученные нами результаты дают основания считать серию композиций с эластином для домашнего ухода за увядающей жирной кожей эффективной и комфортной.

Таким образом, косметические композиции, составленные с учетом функциональной активности кожи, являются патогенетически обусловленными и наиболее эффективными, о чем свидетельствует исследование эффективности косметических композиций с эластином в схеме ухода за увядающей жирной кожей.

## СОДЕРЖАНИЕ

Коррекция витаминно-минерального баланса при глоссалгии у женщин в период менопаузы Аматуни Э.А. ....	71
Динамика показателей эластичности кожи при биоревитализации Амбарцумян Л.Л. ....	71
Профилактика сифилиса в зависимости от факторов риска образа жизни Андреев С.В., Воронина Л.Г., Плакатина Н.В. ....	71
Гипоксия как универсальный фактор выживания и персистенции <i>treponema pallidum</i> spp. <i>pallidum</i> Андропова Н.В., Терёшина Е.В., Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Жиангерова О.В. ....	72
Местное лечение грибковых инфекций кожи в группах риска Бурова С.А. ....	73
Особенности лечения тяжелых форм угревой болезни Бурова С.А., Федюкина М.Ю. ....	73
Особенности развития пластической хирургии и косметологии с позиции anti-age медицины Виссарионов В.А., Виссарионова В.В. ....	74
Больные акне с коморбидной психической патологией: особенности клиники, диагностики и лечения Волкова Н.В., Глазкова Л.К. ....	74
Функция врачебной должности как основа планирования ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ Волкова С.Б., Заторская Н.Ф., Поршина О.В., Потекаев Н.Н. ....	75
Себорея псориазиформная Гаджимурадов М.Н., Асадулаева З.Г., Муслимов М.О. ....	75
Клиника ранних форм сифилиса Гаджимурадов М.Н., Дадаев М.М., Муслимов М.О. ....	76
«Просветление» кожи в целях биомедицинской диагностики и терапии Галкина Е.М., Колесникова К.Н., Утц С.Р., Тучин В.В., Каракаева А.В. ....	76
К вопросу о структуре заболеваемости папилломавирусной инфекцией взрослого населения г. Москвы Гилядов А.Д., Халдин А.А., Быханова О.Н., Исаева Д.Р., Лупашко О.В. ....	77
Влияние внутрикожного введения препаратов нуклеиновых кислот на показатели эластичности кожи Гома С.Е. ....	77
Место ИППП в инфекционном фенотипе синдрома хронической тазовой боли Гомберг М.А., Ковалык В.П. ....	78
Снижение минеральной плотности костей у больных псориазом Горина Ю.А. ....	78
Гормональный статус пациента — ключевое звено индивидуальной программы коррекции косметических недостатков в клинике активного долголетия. Интралипотерапия, липосакция и липофиллинг. Критерии выбора метода коррекции эстетических недостатков в условиях клиники активного долголетия Дергачева Л.И., Герчиков А.И. ....	78
Диагностические трудности в дерматовенерологии Доля О.В., Гребенюк В.Н., Стоянова Г.Н., Левощенко Е.П., Кулешов А.Н. ....	79

Общая окислительная способность и окисленные липопротеины низкой плотности сыворотки крови у больных псориазом с метаболической патологией Донцова Е.В. ....	80
Дерматоскопическая картина невусов в детском возрасте Древаль Д.А., Глобина У.С. ....	80
Противовоспалительный эффект крема с 4% никотинамидом при легкой степени акне Дягилева А.А., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г. ....	80
Мужская фертильность в современных условиях Евдокимов В.В., Касатонова Е.В. ....	81
Лобулярный панникулит: липодерматосклероз Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М., Пушкова О.В., Раденска-Лоповок С.Г., Карпова Ю.А. ....	81
Использование фототерапии УФВ 311нм в лечении больных пруриго Жукова О.В., Круглова Л.С., Абесадзе Г.А., Бебякина Л.В., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Стрелкович Т.И. ....	82
Опыт применения фотофореза у пациентов с веррукозной формой красного плоского лишая Жукова О.В., Круглова Л.С., Бебякина Л.В., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Финешина Е.И. ....	82
Генетический портрет — основа индивидуальной anti-age программы в клинике эстетической медицины Жученко Н.А. ....	83
Современные аспекты проблемы баланопостита Забиров К.И., Мусаков В.Ю. ....	83
Аллергодерматозы как симптом патологии кишечника Загртинова Р.М., Загртинова Р.Н., Ляшенко Н.В. ....	84
Особенности клиники и лечения псориаза у детей Загртинова Р.М., Загртинова Р.Н., Мартынова Л.М., Мельник О.И. ....	84
Инфекции мочевыводящих путей и инфекции, передаваемые половым путем, у женщин: сходство и различия, особенности диагностики и лечения Зайцев А.В. ....	84
Выявление нейросифилиса в московской области Залевская О.В., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М. ....	85
Основные направления повышения доступности и качества медицинской помощи в Московском научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии ДЗ г. Москвы Заторская Н.Ф., Поршина О.В., Волкова С.Б., Поткаев Н.Н. ....	85
Некоторые аспекты клиники, морфологии и лечения актинического кератоза Иванова М.С., Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. ....	86
Частота встречаемости подошвенных бородавок в сочетании с коморбидными патологиями и их клинические особенности Исаева Д.Р., Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Лупашко О.В. ....	87
Трансрезонансная функциональная томография в диагностике истинной экземы Каракаева А.В., Власкин С.В., Петросян В.И., Утц С.Р. ....	87
Клинический случай сочетания нейро- и кардиоваскулярного сифилиса Квижинадзе Г.Н. ....	88
Результаты ретроспективного анализа практики ведения больных урогенитальными ИППП в Московском регионе Кисина В.И., Гушин А.Е., Колиева Г.Л. ....	89

Особенности клиники акне у взрослых женщин и их комплексное лечение Ключарева С.В., Нечаева О.С., Слива Е.И. ....	89
Опыт использования лазера на парах меди (511 и 578 нм) для лечения новообразований в периорбитальной области Ключарева С.В., Павлова А.Г., Тен В.И., Пирятинская В.А. ....	90
Атопический дерматит как экзозависимое заболевание Ключникова Д.Е. ....	90
Характеристика встречаемости различных групп аллергенов Козлова А.С., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г. ....	91
Частота встречаемости фенотипов дисплазии соединительной ткани у женщин с преждевременным старением кожи Кононова Н.Ю., Чернышова Т.Е., Загртдинова Р.М. ....	91
Пути совершенствования терапии атопического дерматита у детей Константиновская Е.Е. ....	92
Применение сочетанной ультрафиолетовой терапии при лечении больных красным плоским лишаем Круглова Л.С., Жукова О.В., Бебякина Л.В., Шарапова Е.Н., Финешина В.И., Финешина Е.И. ....	92
Лазерофорез биотина при неинфекционных ониходистрофиях Круглова Л.С., Шахнович А.А., Финешина В.И., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Бебякина Л.В. ....	92
Организация системы противозидемических и профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости сифилисом и ИППП Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А., Игликов В.А., Пазина М.В., Полякова Н.В. ....	93
Основные задачи дерматовенерологии на современном этапе Кунгуров Н.В., Поткаев Н.Н. ....	94
Витилиго. Алгоритмы диагностики и лечения в современной клинике активного долголетия Ломоносов К.М., Шугинина Е.А., Константинова В.А., Ледина Г.Л. ....	96
Анализ структуры заболеваемости папилломавирусной инфекцией у детей и подростков Лупашко О.В., Халдин А.А., д.м.н., профессор, Гилядов А.Д., зав. филиалом, Быханова О.Н., Исаева Д.К. ....	97
Современные особенности характера специфической сенсibilизации у больных атопическим дерматитом Макарова Н.Г., Козлова А.С., Сергеева И.Г. ....	97
Преимущества дерматоскопии при обследовании больных чесоткой Малярчук А.П., Устобаева Т.Т. ....	98
Прогностическое значение компонентов врожденного иммунитета у больных эритемами Масюкова С.А., Сорокина Е.В. ....	99
Распределение субклассов иммуноглобулина G в зависимости от стадии развития аутоиммунной пузырчатки Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Белецкая Л.В. ....	99
Возможности плазмафереза в дерматологии Мельниченко О.О., Дорджиева О.В., Лукьянова Е.Н., Качанова Н.В., Тогоева Л.Т., Герцен А.В., Корсунская И.М. ....	100
К вопросу о дифференциальной диагностике ладонно-подошвенного пустулезного псориаза барбера и экземы с преимущественным поражением ладоней и подошв, осложненной вторичной инфекцией Мельниченко О.О., Новосельцев М.В., Померанцев О.Н., Корсунская И.М. ....	100
Клинически значимые коморбидности при псориазе Мордовцева В.В., Иволга Ю.С., Круглова Л.С. ....	101

Возможности комплексной неинвазивной диагностики меланомы кожи Неретин Е.Ю., Куколкина В.В.....	101
Возможности диагностики меланомы кожи с использованием экспертной системы при проведении цифровой дерматоскопии Неретин Е.Ю., Куколкина В.В.....	102
Микробиологические особенности раневых поверхностей у больных аутоиммунными буллезными дерматозами Нефедова Е.Д., Василькова Е.В., Махнева Н.В.....	
Предикторы развития тяжелого течения гнездной алопеции Нефедова Е.Д., Суворова К.Н., Петрова Н.В., Зинченко Р.А.....	103
Роль врача дерматолога в первичном выявлении меланомы кожи Павлова А.Г., Ключарева С.В., Новицкая Т.А.....	104
К вопросу трансформации индекса PASI у больных псориазом, принимавших терапию с мексикором Парфенова М.А., Силина Л.В., Бобынцев И.И. ....	104
Разработка методики культивирования эпителиально-мезенхимальных клеток для выявления патогенетических методов лечения врожденного буллезного пидермолиза Петерсен Е.В., Черныш Е.С., Трусова И.А., Каравацкая В., Махнева Н.В.....	105
Состояние микробиома генитального тракта и полости рта у сексуально активных лиц Петрова И.С.....	106
К вопросу об удовлетворенности пациентов дерматовенерологической помощью Померанцев О.Н., Жильцова Е.Е., Коновалов О.Е. ....	106
Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности Поршина О.В., Потехаев Н.Н., Заторская Н.Ф., Волкова С.Б. ....	107
Дерматиты, вызванные контактом с растениями Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.....	107
Клинико-патогенетические механизмы лазерной терапии вторичной гиперпигментации при акне Потекаев Н.Н., Демина О.М.....	108
Ошибки в диагностике клещевого боррелиоза Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.....	108
Экспрессия пемфигусного аутоантигена десмоглеина 3 на клетках поджелудочной железы Прохоров. А.В., Матушевская Е.В., Кажарова С.В., Свищевская Е.В.....	109
Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи Радион Е.В.....	109
Негативное влияние антропогенных факторов на здоровье населения г. Усть-Каменогорска Сагидолдина Л.К, Шортанбаева Ж.А., Хабижанов А.Б.....	109
Индивидуальные планы самоконтроля — эффективный инструмент профилактики ургентных состояний у больных наследственным ангионевротическим отеком (НАО) Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н., Босенко Ю.А., Нуртазина А.Ю., Дробик О.С., Капустина А.С.....	110
Клинико-иммунологические характеристики больных наследственным ангионевротическим отеком (НАО) — редкой формой первичного иммунодефицита — дефектом C1-ингибитора системы комплемента Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Бобрикова Е.Н., Босенко Ю.А., Нуртазина А.Ю., Миткова С.В., Капустина А.С.....	110

Динамика показателей психоэмоционального и дерматологического статусов у больных типичной формой красного плоского лишая на фоне стандартной терапии Силина Л.В., Исаенко Т.П., Анисимова Л.И. ....	111
Лазеры в коррекции искусственных пигментаций кожи Сирмайс Н.С. ....	112
Лазеры в коррекции гиперпигментаций Сирмайс Н.С. ....	112
Как повысить эффективность топического антимикотика при лечении микозов стоп? Соколова Т.В., Малярчук Т.А. ....	113
Резистентность антимикотиков при микозах стоп: миф или реальность? Соколова Т.В., Малярчук Т.А. ....	113
Этиопатогенетическое обоснование применения иммуномодуляторов в терапии эритем Сорокина Е.В., Масюкова С.А. ....	114
Подбор минимальной эритемной дозы при терапии эксимерным лазером Сорокина О.Ю., Макарова Н.Г., Сергеева И.Г. ....	114
Сравнительная оценка эффективности лечения больных поздними формами сифилиса цефтриаксоном и бензилпенициллина натриевой солью Стрибук П.В., Ельцова Н.В., Юдакова В.М., Лосева О.К. ....	115
Динамика изменений содержания MCP-1 и VEGF у беременных с atopическим дерматитом Судуткина Л.Н., Мосина Л.М., Байтяков В.В. ....	116
Клинический случай коинфекции геноварми е и g Chlamydia trachomatis пациентки с хронической урогенитальной инфекцией Султанахмедов Э.С., Федорова В.А., Салтыков Ю.В., Полянина Т.И., Зайцев С.С., Утц С.Р., Мотин В.Л. ....	116
Влияние стандартной терапии на различные subsystemы организма больных розацеа Ткачева О.Ю., Силина Л.В., Бобынцев И.И., Шварц Н.Е. ....	117
Опыт использования дерматоскопии в диагностике кожных образований Толстихина Н.Б., Кузнецов С.Р. ....	117
Диспансеризация, паспорт здоровья как фундамент успеха программы коррекции возрастных изменений кожи Труханов А.И., Мазница Д.А. ....	118
Применение превентивных и восстановительных медицинских технологий в клинике активного долголетия при дистрофических изменениях опорно-двигательной системы Труханов А.И., Банк В.Л. ....	118
Коррекции слезной борозды с анатомическим обоснованием безопасных зон Трушин А.Н., Шиянов Г.А. ....	119
Физиотерапевтические методы в лечении больных венозными трофическими язвами Тупиченков Н.И., Шарапова Е.Н., Жукова О.В., Круглова Л.С., Панина А.Н. ....	119
Гипергидроз как маркер тревожных расстройств у подростков в дерматологической практике Устинов М.В. ....	120
Анализ причин рецидивов акне после курсов системной терапии изотретиноином Устинов М.В. ....	121
Позитивная психотерапия как способ коррекции психогенных обострений дерматозов у военнослужащих по призыву Устинов М.В., Деревянко Р.В. ....	121

Уровень аутоантител у больного нейросифилисом в динамике после специфического лечения Устьянцев Ю.Ю. ....	122
Уровень аутоантител к белкам нервной системы у больных различными формами сифилиса Устьянцев Ю.Ю., Лосева О.К., Жиангерова О.В. ....	123
Оптическая когерентная томография эпидермиса in vitro Утц С.Р., Галкина Е.М., Зимняков Д.А., Ювченко С.А., Решетникова Е.М. ....	123
Оценка влияния УФ-света на слабосвязанные белки волос пациентов с алопецией Федоркова М.В., Смолина Н.В., Михальчик Е.В., Волкова Г.М., Ибрагимова Г.А. ....	124
Диагностика псевдолимфомы кожи Федосеев А.С. ....	124
Профилактика и лечение отрубевидного лишая на санаторно-курортном этапе Федосеев А.С. ....	125
Особенности лечения суппуративного гидраденита подмышечных областей Федюкина М.Ю. ....	125
Локальная ПУВА-терапия в лечении псориатической ониходистрофии Финешина В.И., Круглова Л.С., Шахнович А.А., Финешина Е.И., Шарапова Е.Н., Бебякина Л.В. ....	126
К вопросу реабилитации после перенесенных половых инфекций Хабижанов А.Б., Шортанбаева Ж.А., Сагидолдина Л.К. ....	127
Тетрагидроксиглюкопиранозилксантен в комплексной терапии пруритого Хамаганова И.В., Померанцев О.Н., Новожилова О.Л. ....	127
Ударно-волновая терапия у пациентов с хроническим простатитом Ходырева Л.А., Дударева А.А., Камалов А.А., Мудрая И.С., Ревенко С.В., Кумачев К.В. ....	128
Цитомегаловирусная инфекция урогенитального тракта у женщин Чернова Н.И. ....	128
Совершенствование терапии тяжелых форм псориаза Шарапова Е.Н., Жукова О.В., Круглова Л.С., Бебякина Л.В., Финешина В.И., Финешина Е.И. ....	128
Демодекоз, сравнительная характеристика актуальных методов лечения Шварц Н.Е., Плотникова К.О. ....	129
Криотерапия в практике врача-дерматовенеролога Шевченко А.Н., Померанцев О.Н., Шахзадов В.В. ....	129
Особенности клинико-диагностических программ ведения пациентов с новообразованиями кожи в клинике активного долголетия Шугинина Е.А., Шугинина О.И. ....	130
Принципы создания персонализированных рецептур косметических средств в клинике активного долголетия Шугинина Е.А., Щукина Е.В. ....	131

Для Заметок

VII Международный форум дерматовенерологов и косметологов. –  
М.: ООО «Бионика Медиа», 2014.—140 с.

Редактор – Лаврова Е.Р.  
Художественный редактор – М.А. Лындина  
Компьютерная верстка – Д.В. Петухов

Сдано в набор 28.02.14. Подписано в печать 5.03.2014  
Печать офсетная

© Оформление, оригинал-макет,

ООО «Бионика Медиа», 2014