ВЕСТНИК ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

научно-практический и информационный журнал № 3, 2016

Журнал представлен в информационно-справочном издании РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Журнал основан в 1997 г. Организацией содействия развитию последипломного медицинского образования, медицинской науки и практики (председатель Э. А. Баткаев).

Учредитель: Многопрофильное медицинское предприятие «Венера-Центр».

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77–50741 от 19.06.2012.

Адрес редакции — 107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 2, корп. 2, тел./факс 8 (495) 964 46–55.

Фактический адрес: 107014, г. Москва, ул. Короленко, 2/1.

Тел.: 8 (495) 964-31-46; 8 (915) 023-07-61.

Индекс по каталогу агентства «Роспечать»: 80239.

Заведующий реферативной рубрикой — И. В. Попов

Зав. отделом рекламы — А. В. Карпова: тел. 8 (916) 069-60-80; karpova1979@list.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламы.

Все публикуемые статьи рецензируются. Ответственность за достоверность приводимых в опубликованных материалах сведений несут авторы статей.

С правилами для авторов можно ознакомиться на сайте журнала www.venera-center.ru.

Полная или частичная перепечатка материалов, опубликованных в журнале, допускается только с разрешения редакции в письменном виде.

Электронная версия журнала «Вестник последипломного медицинского образования» размещена на сайте журнала www.venera-center.ru и сайте Научной Электронной библиотеки www. elibrary.ru

Главный редактор:
Э. А. Баткаев, ***заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор***

Зам. главного редактора:
Н. В. Баткаева, ***доцент кафедры клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, к. м.н., доцент***

Члены редакционного совета:
Р. М. Абдрахманов,
заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Казанского ГМУ, чл. корр. АНТ, д. м. н., профессор
И. В. Виноградов,
заведующий кафедрой андрологии ФПК МР РУДН, д. м.н., профессор
О. А. Доготарь,
заместитель директора ЦСО Медицинского института РУДН, Ученый секретарь Ученого совета факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, доцент кафедры внутренних болезней, кардиологии и клинической фармакологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, к. м.н., доцент
В. А. Иванов,
заведующий кафедрой Ультразвуковой диагностики и хирургии ФПК МР РУДН, д. м.н., профессор
А. В. Майорова,
заведующая кафедрой эстетической медицины ФПК МР РУДН, кмн, доцент ФПК МР РУДН
П. П. Огурцов,
заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом лабораторной диагностики, директор Центра изучения печени РУДН. Руководитель отделения соматической реабилитации Национального научного центра наркологии МЗСР РФ. Член рабочей группы Общественной палаты РФ по совершенствованию антинаркотической политики и реформе системы наркологической помощи. Профессор, д. м.н.
Ю. Ф. Сахно,
заведующий кафедрой функциональной диагностики РУДН, д. м.н.
Т. А. Славянская,
доктор медицинских наук, профессор кафедры аллергологии и иммунологии РУДН. Член экспертного совета ВАК.
Н. С. Татаурщикова,
доктор медицинских наук, профессор кафедры аллергологии и иммунологии РУДН
М. Б. Хамошина,
профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПК МР РУД, д. м.н.
И. А. Чистякова,
доцент кафедры клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, к. м.н., ст.н.с.
Д. И. Кича,
профессор, д. м.н., заведующий кафедрой организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПК МР РУДН. Профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН. Член экспертного совета ВАК.

ISSN 2221-741X

Журнал включен в Перечень, ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации материалов кандидатских докторских диссертационных исследований.

Подписано в печать 25.09.2016.
Формат 60×88 1/8. Объем 10,75 п. л.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.
Отпечатано в типографии РА-принт. Тел.: (495) 743-19-12.
Заказ Тираж 2000 экз.

POST-QUALIFYING MEDICAL EDUCATION HERALD
research-to-practice and informational magazine № 3, 2016

The magazine is introduced in inquiry and communications system RSCI (Russian Science Citation Index).

The magazine was founded in 1997 by Organization of assistance in development of post-qualifying medical education, medical science and practice (E. A. Batkaev, Chairman).

Founder: Multifaceted medical center "Venera-Center".

Accreditation certificate of mass media ПИ № ФС77–50741 от 19/06/2012.

Editorial office address — 107014, Moscow, Korolenko st. 3-2-2, tel./fax: 8 (495) 964 46-55.

Actual address: 107014, Moscow, Korolenko st. 2/1. Tel.: 8 (495) 964-31-46; 8 (915) 023-07-61.

"Rospechat" agency catalog index: 80239.

Head . abstract heading — I. V. Popov

Media director — A. V. Karpova: tel. 8 (916) 069-60-80; karpova1979@list.ru

Editorial office is not responsible for content of advertisements.

All published articles are reviewed. Reliability of information in published content is to author's responsibility.

Rules for authors are available on the website of the magazine www.venera-center.ru.

Full or partial reprint of content published in the magazine is allowed only with written permission of editorial office.

Web version of the "Post-qualifying medical education HERALD" magazine is available on the website www.venera-center.ru and the website of Science E-Library www.elibrary.ru

Managing editor:
E. A. Batkaev,
Head of the Department of clinical Mycology and Dermatovenereology Peoples' Friendship University of Russia, honored doctor of Russia, MD, Professor

Deputy chief editor:
N. V. Batkaeva,
Associate Professor in the Department of clinical Mycology and Dermatovenereology Peoples' Friendship University of Russia, PhD, associate Professor

Members of editorial team:
R. M. Abdrakhmanov,
Head of the Department of skin and venereal diseases of Kazan state medical University, corresponding member. interviewer ANT, MD, Professor
I. V. Vinogradov,
Head of the Department of andrology Peoples' Friendship University of Russia, MD, Professor
O. A. Dogotar,
Deputy Director of the CSD Medical Institute of PFUR, academic Secretary of the Academic Council of the faculty of advanced training of medical workers, peoples 'friendship University, associate Professor of the Department of internal medicine, cardiology and clinical pharmacology of the faculty of advanced training of medical workers, peoples' friendship University, PhD, associate Professor
V. A. Ivanov,
Head of Department "Ultrasonic diagnostics and surgery" Peoples' Friendship University of Russia, MD, Professor
A. V. Mayorova,
Head of chair of aesthetic medicine Peoples' Friendship University of Russia, candidate, associate Professor Peoples' Friendship University of Russia
P. P. Ogurtsov,
Head of Department of hospital therapy with course of laboratory diagnostics, Director of the Center for the study of liver PFUR. The head of the somatic rehabilitation Department of National research center narcology MHSD of the Russian Federation. Member of the working group of the Public chamber of the Russian Federation for improvement of drug policy and the reform of the system of narcological assistance. Professor, MD
Y. F. Sakhno,
Head of Department of functional diagnostics Peoples' Friendship University of Russia, MD
T. A. Slavyanskaya,
Doctor of medical Sciences, Professor of the Department of Allergology and immunology, peoples ' friendship University. Member of the expert Council of VAK.
N. S. Tataurschikova,
Doctor of medical Sciences, Professor of the Department of Allergology and immunology, peoples ' friendship University
M. B. Khamoshina,
Professor, Department of obstetrics and gynecology Peoples' Friendship University of Russia, MD
I. A. Chistyakova,
Associate Professor in the Department of clinical Mycology and Dermatovenereology Peoples' Friendship University of Russia, PhD, senior researcher
D. I. Kitcha,
professor, MD, head of Department of organization of health care, provision of medicines, medical technology and hygiene Peoples' Friendship University of Russia. Professor of the Department of public health, health and hygiene of the medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia. Member of the expert Council of VAK.

ISSN 2221-741X

The journal is included in the List, the leading reviewed scientific magazines and editions recommended to VAK of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for the publication of materials of candidate and doctor's dissertation researches.

It is sent for the press 25/09/2016.
Format 60×88 1/8. Volume is 10.75 printed page.
Offset printing. Paper offset No. 1.
It is printed in the RA-print printing house. Ph.: (495) 743-19-12.
The order Circulation is 2000 pieces.

Содержание

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ		POSTGRADUATE EDUCATION
Э. А. Баткаев, О. А. Доготарь Современная система организации непрерывного медицинского образования в косметологии и дерматовенерологии в РФ с 2016 г.	6	*E. A. Batkaev, O. A. Dogotar* Modern system of medical education from 2016
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		ORGANIZATION OF HEALTH CARE
Д. Ю. Каримова, Б. Н. Каримов, И. Э. Каримов Правовые вопросы в повышении квалификации специалистов дерматокосметологии	12	*D. Karimova, B. Karimov, I. Karimov* Legal issues in the training of specialists in dermatology
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ		DERMATOVENEROLOGY
Л. В. Силина, Ю. Е. Харахордина, Н. А. Ушаков, А. В. Карпова, В. И. Ноздри Изучение кожных проявлений и психосоматического статуса у больных псориазом при включении в комплексную т4ерапию препаратов Уродерм и Нафтадерм®	15	*L. V. Silina, Yu. E. Kharakhordina, N. A. Ushakov, A. V. Karpova, V. I. Nozdrin* Study of cutaneous manifestations and psychosomatic status in patients with psoriasis inclusion in the complex therapy of drugs Uroderm and Naphtaderm
А. В. Некипелова, В. Г. Власов Комплексная терапия больных псориазом азотно-кремнистыми термальными водами в сочетании с грязелечением	25	*A. V. Nekipelova, V. G. Vlasov* The treatment of patients with psoriasis nitrogen-silica termal waters in combination with mud baths
А. В. Карпова, В. Н. Федорова, Д. Ф. Кашеваров, Е. Е. Фаустова, Ю. Ф. Сахно Акустический метод диагностики заболеваний кожи (обзор)	31	*A. V. Karpova, V. N. Fedorova, D. F. Kashevarov, E. E. Faustova, Yu. F. Sachno* Diseases of the skin according to the acoustic method (review)
К. В. Обыденова, А. Н. Хлебникова, Т. Г. Седова Факторы, ассоциированные с актическим кератозом	37	*K. V. Obydenova, A. N. Khlebnikova, T. G. Sedova* Factors associated with actinic keratosis
ГИНЕКОЛОГИЯ		GYNECOLOGY
А. С. Попкова Особенности развития патологии у женщин в перименопаузальный период	41	*A. S. Popkova* Pathology development peculiarities in perimenopausal period
АЛЛЕРГОЛОГИЯ		
Б. Сангидорж, А. Н. Ронжина, Н. С. Татаурщикова Этиопатогенетические особенности сезонного аллергического ринита на современном этапе в Монголии	46	*B. Sangidorg, A. N. Rongine, N. S. Tataurschikova* Etiopathogenetic features seasonal allergic rhinitis at the present stage in Mongolia
ОНКОЛОГИЯ		ONCOLOGY
А. П. Дмитренко Аксиллярная лимфодиссекция II—III уровня при раке молочной железы: роль возраста больных и латеральности опухоли	52	*A. P. Dmitrenko* Axillary lymphodissection of the II—III level at the breast cancer: role of patients age and tumour laterality
ЮБИЛЕИ		ANNYVERSARY
Л. В. Белова, Н. В. Баткаева Она жила в трёх веках! Наталия Васильевна Добротворская-Кожевникова (1895—2000) и её окружение (к 120-летию со дня рождения и 15-летию со дня смерти)	57	*L. V. Belova, N. V. Batkaeva* She lived in three centuries! Natalia Vasilievna Dobrotvorskaya Kozhevnikova (1895-2000) and its environment (to the 120th anniversary of birth and the 15th anniversary of the date of death)
ТЕЗИСЫ ОСЕННЕЙ СЕССИИ XXII МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИМПОЗИУМА «НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ, АНДРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ: НАУКА И ПРАКТИКА»		ABSTRACTS OF THE AUTUMN SESSION OF THE XXI INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM "NEW IN DERMATOLOGY AND COSMETOLOGY, ANDROLOGY AND GYNECOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE"
Дерматология		*Dermatology*
О. М. Демина, Н. Н. Потекаев, А. В. Картелишев Иммунопатогенетические механизмы эффективности инновационных фототехнологий угревой болезни	65	*O. M. Demina, N. N. Potekaev, A. V. Kartelishev* Immunopathogenetic mechanisms of efficiency innovative photographic techniques acne
О. М. Демина, А. В. Картелишев, Н. Н. Потекаев Эффективность инновационной комбинации низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической терапии угревой болезни	66	*O. M. Demina, A. V. Kartelishev, N. N. Potekaev* The effectiveness of an innovative combination low-intensity laser and photodynamic therapy acne
В. В. Мордовцева., И. В. Саламова Невусы Кларка как особый вид приобретенных меланоцитарных невусов	67	*V. V. Mordovtseva, I. V. Salamova* Clark's nevi: the special type of acquired melanocytic nevi

А. В. Молочков, А. Н. Хлебникова, С. А. Румянцев, Е. В. Селезнева Особенности экспрессии е-кадгерина в базалиоме	68	*A. V. Molochkov, A. N. Khlebnikova, S. A. Rumyantsev, E. V. Selezneva* Expression of e-cadherin in basal cell carcinoma
А. Н. Хлебникова. С. А. Румянцев, Е. В. Селезнева Пролиферативная активность клеток в базальноклеточном раке	69	*A. N. Khlebnikova, S. A. Rumyantsev, E. V. Selezneva* Cell proliferative activity in the basal cell carcinoma
Т. Г. Седова, А. Н. Хлебникова, В. Д. Елькин, Е. А. Копытова Себорейный кератоз. Клинико-морфологические особенности	70	*T. G. Sedova, A. N. Khlebnikova, V. D. Elkin, E. A. Kopytova* Seborrheic keratosis. Clinical and morphological special aspects
Т. Г. Седова, В. Д. Елькин, А. Н. Хлебникова, Е. А. Копытова Болезнь Педжета (ретроспективный анализ 85 случаев)	72	*T. G. Sedova, A. N. Khlebnikova, V. D. Elkin, E. A. Kopytova* Paget's disease (retrospective analysis of 85 cases)
Т. А. Славянская Возможно ли прогнозирование инфекционных осложнений при атопическом дерматите?	74	*T. A. Slavyanskaya* Possible prediction infectious complications of atopic dermatitis?
Г. А. Алиева, С. А. Масюкова, Э. Г. Санакоева, И. В. Ильина, С. С. Землякова, Д. В. Гребенюк Антибиотикотерапия гнойного гидраденита (acne inversa)	75	*G. A. Aliyeva, S. A. Masyukova, E. G. Sanakoeva, I. V. Ilyina, S. S. Zemlyakova, V. D. Grebenyuk* Antibiotic treatmentof suppurative hidradenitis (acne inversa)
И. В. Саламова., В. В. Мордовцева., И. А. Ламоткин Дерматоскопические предикторы дисплазии в клинически атипичных невусах	76	*I. V. Salamova, V. V. Mordovtseva, I. A. Lamotkin* Dermatoscopic predictors of histologic dysplasia in clinically atypical melanocytic nevi
Э. А. Баткаев, И. В. Попов Снижение батериальной обсеменённости кожи, как метод лечения атопического дерматита	77	*E. A. Batkaev, I. V Popov* Reduction materialnoy contamination of the skin as a method of treatment of atopic dermatitis
Т. А. Гайдина, С. А. Хейдар, П. А. Скрипкина Применение интенсивного светового излучения после удаления глубоких дермальных образований CO2-лазером для профилактики образования гипертрофических рубцов	79	*T. A. Gagina, S. A. Haydar, P. A. Skripkina* The Application of intense light radiation after removal of deep dermal formations of CO2 laser for the prevention the formation of hypertrophic scars
И. В. Хамаганова, А. Н. Беличков Последовательное применение различных системных антимикотиков в лечении онихомикозов	80	*I. V. Khamaganova, A. N. Belichkov* Consecutive application of different systemic antimycotics in the treatment of onychomycoses
Т. И. Василенко, К. Б. Ольховская Терапия хронического аногенитального зуда у женщин	81	*T. I. Vasilenko, K. B. Olkhovskaya* Therapy chronic anogenital pruritus in women
Е. В. Селезнева, А. Н. Хлебникова, Л. А. Белова Ультрасонографические особенности базальноклеточного рака кожи	82	*E. V. Selezneva, A. N. Khlebnikova, L. A. Belova* Ultrasonographic features of basal cell carcinoma
Т. И. Василенко Эпидемиология дерматозов с локализацией в аногенитальной области	83	*T. I. Vasilenko* Epidemiology of dermatosis localized to the anogenital region
Н. В. Баткаева, Т. В. Коротаева, Э. А. Баткаев Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных тяжелыми формами псориаза	84	*N. V. Batkaeva, T. V. Korotaeva, E. A. Batkaev* The structure of diseases of the gastrointestinal tract patients with severe forms of psoriasis
Е. В. Герасимчук, М. Ю. Герасимчук Психосоматодерматологический профиль микологических больных — актуальная тенденция современной медицины	85	*E. V. Gerasimchuk, M. Y. Gerasimchuk* Psycho-somato-dermatological profile of patients with mycotic infections: actual problem of modern medicine
Венерология		*Venerology*
О. В. Галачиев, А. И. Будаев, З. Е. Константинова, А. А. Бараева, С. В. Булгакова, Р. Э. Кузнецов, С. В. Мураков, С. А. Попков К вопросу о новом аспекте в диагностике микоплазмоза	86	*O. V. Galachiev, A. I. Budaev, Z. E. Konstantinova, A. A. Baraeva, S. V. Bulgakova, R. E. Kuznetsov, S. V. Murakov, S. A. Popkov* To the question of a new aspect in the diagnosis of mycoplasmosis
О. В. Галачиев, Б. А. Гуревич, А. А. Бараева, Р. Э. Кузнецов, В. А. Цаголов, С. В. Булгакова, С. В. Мураков, С. А. Попков Новый аспект в изучении патологии цилиндрического эпителия шейки матки	88	*O. V. Galachiev, B. A. Gurevich, A. A. Baraeva,, R. E. Kuznetsov, V.A. TSagolov, S. V. Bulgakova, S. V. Murakov, S. A. Popkov* A new aspect in the study of the endocervical columnar epithelium pathology
А. С. Попкова К вопросу о состоянии гемостаза у женщин в перименопаузальный период	90	*A. S. Popkova* To the question of hemostasis condition in perimenopausal women

А. С. Попкова Оптимизация тактики ведения женщин с коморбидной патологией в климактерии	93	*A. S. Popkova* Policy management optimization for women with polypathia in climacteric
Р. А. Садретдинов, Н. Г. Короткий Активность местного воспаления у больных хроническим простатитом в зависимости от наличия инфекций, передающихся половым путем	96	*R. A. Sadretdinov, N. G. Korotkiy* The activity of local inflammation in patients with chronic prostatitis depending on the presence of sexually transmitted infections
О. К. Лосева, Г. Н. Квижинадзе Клинический случай сочетания сифилитической аневризмы аорты с аневризмами крупных сосудов	98	*O. Loseva, G. Kvizhinadze* Clinical case of a combination of syphilitic aortic aneurysm with aneurysms of large vessels
Инфекционные болезни		*Infectious diseases*
М. А. Иванова, О. В. Романова Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в период с 2006 по 2015 гг.	100	*M. A. Ivanova, O. V. Romanova* The incidence of syphilis in the Russian Federation in the period from 2006 to 2015
ИНФОРМАЦИЯ		INFORMATION
Правила для авторов	101	Rules for authors

СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КОСМЕТОЛОГИИ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В РФ С 2016 Г.

Э. А. Баткаев, О. А. Доготарь
Российский Университет Дружбы Народов

Резюме В настоящее время назрела необходимость пересмотра организации учебного процесса и форм постдипломного медицинского образования. Принципиальные отличия новой системы медицинского образования это: объективная оценка практического уровня подготовленности в соответствии с профессиональными стандартами деятельности В перспективе, разработка новой модели НМО позволит шире использовать современные формы обучения врачей (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий). Учитываться будут такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами; самостоятельная работа с электронными интерактивными образовательными модулями, чтение профессиональной литературы и т. д.

Ключевые слова:

MODERN SYSTEM OF MEDICAL EDUCATION FROM 2016

E. A. Batkaev, O. A. Dogotar
RUDN University

Summary Currently, there is a need to review the organization of the educational process and forms for postgraduate medical education. The fundamental differences of the new system of medical education is: an objective assessment of the practical level of preparedness in accordance with professional standards In the future, the development of a new model of CME will allow for greater use of modern forms of training (including using distance education and simulation technologies). Will take into account such new types of educational activities as attending conferences and seminars conducted by the companies; independent work with the electronic interactive educational modules, reading professional literature, etc.

Key words:

В практикующей еще в настоящее время и действующей вплоть до 2021 г.системе непрерывного профессионального образования врачей (НПО) выделяют три периода образования: додипломное, послевузовское и дополнительное (таблица 1).

Непрерывное профессиональное образование означает период образования или подготовки врачей, начинающееся после завершения базового и последипломного медицинского образования, продолжающееся в течение всей профессиональной жизни врача (Всемирная Федерация медицинского образования (ВФМО, 2003 г.).

В соответствии с приказом МЗ РФ № 415-н от 07.07.2009 г. впервые в РФ создана легитимная правовая база непрерывного образования врачей косметологов [2]. В послевузовском периоде образование осуществляется в ординатуре (интернатуре) по базовой специальности «Дерматовенерология» с последующим дополнительным образованием по специальности «Косметология» на цикле профессиональной переподготовки (576 ч.). В дальнейшем, в течение всей последующей профессиональной жизни врач-косметолог должен проходить обучение каждые 5 лет на циклах общего усовершенствования (сертификационных циклах) по косметологии (таблица 2).

Особенностью современной медицины является увеличение объемов и скорости обновления медицинской информации, что требует создания системы непрерывного (ежедневного) обучения врачей на рабочих местах и скорейшего получения ими научно-обоснованной достоверной информации по новым методам лечения и диагностики заболеваний, в том числе с применением дистанционных электронных технологий. Эти технологии позволят приблизить высококачественные образовательные мероприятия к рабочему месту врача и повысить эффективность расходов на образование. Вместе с тем имеются факторы, снижающие мотивацию врача к повышению своей квалификации, такие как: отсутствие адекватной оценки уровня профессионализма; парадоксальная невостребованность высококвалифицированных специалистов и др. (таблица 3).

В настоящее время назрела необходимость пересмотра организации учебного процесса и форм постдипломного медицинского образования. И уже предприняты первые шаги для её решения. Приказом Минздрава России от 18 февраля 2013 года № 82 был создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования, основной задачей которого является осуществление модернизации системы дополнительного профессионального образования. В сентябре 2013 г. в рамках IV Международной конференции «Инновационные обучающие технологии в медицине» на открытом заседании Координационного совета был обсужден план внедрения и проект методических рекомендаций новой модели НМО. Основными изменениями в системе медицинского образования будут внедрение профессиональных стандартов, непрерывного медицинского образования (НМО) и аккредитация специалистов (таблица 4).

Таблица 1. Непрерывная подготовка врачей-специалистов

Додипломное образование	Послевузовское образование	Дополнительное образование
ВУЗ	Ординатура Интернатура	Ординатура (3456 — 2 года), профессиональная переподготовка (576 ч.), общее усовершенствование (144 ч.), тематическое усовершенствование (72 ч.), стажировка
Диплом	Сертификат	Сертификат
Специальности — 9	Основные специальности — 33	Основные специальности — 33 Дополнительные специальности — 64

Таблица 2. Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (пр. МЗ и СР РФ от 23.04.09)

Специальность, полученная в вузе	Основная специальность	Специальность, требующая дополнительной подготовки
1	2	3
Лечебное дело Педиатрия	Дерматовенерология	Клиническая микология* Косметология

*Приказ МЗ и СР РФ от 7июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» признан утратившими силу и специальность клиническая микология выведена из реестра.

Таблица 3. Факторы, снижающие мотивацию врача к повышению своей квалификации

• Отсутствие адекватной оценки уровня профессионализма
• Парадоксальная невостребованность высококвалифицированных специалистов
• Низкий уровень государственного финансирования специалистов, желающих повысить свою квалификацию
• Устаревшая нормативная база, регулирующая внедрение современных разработок в практику

Таблица 4. Основные изменения в системе медицинского образования

Внедрение профессиональных стандартов
Новая процедура допуска к профессии — аккредитация
Внедрение непрерывного медицинского образования — НМО

В Российской Федерации с 2016 г. в соответствии с приказами МЗ РФ № 837 от 11.11.2013 г. и № 328 от 09.062015 г. [1, 3, 4] начинается внедрение новой формы повышения квалификации медицинских работников — непрерывное медицинское образование. НМО отличает непрерывность, использование инновационных технологий (дистанционные, электронные, симуляционные технологии), а также возможность выстраивания персональной траектории обучения, что обеспечивает получение знаний, умений, навыков и компетенций, соответствующих потребностям специалистов. В рамках развития системы НМО Минздравом России совместно с профессиональными НКО (некоммерческие организации) запущена модель отработки основных принципов непрерывного медицинского образования.

Начиная с 2016 года организация системы медицинского образования претерпит некоторые изменения. По завершению разных этапов медицинского образования будет проводиться аккредитация — «экзамен» врача на соответствие профессиональным стандартам (знаний, умений и навыков). Так, после выполнения программы высшего медицинского образования будет проводиться первичная аккредитация; после выполнения учебного плана ординатуры и циклов профессиональной переподготовки — первичная специализированная; а для всех специалистов не реже 1 раза в 5 лет — реаккредитация (рис. 1, таблица 5).

Таблица 5. Виды аккредитации

Первичная	После выполнения учебного плана ВПО или СПО. Проводится образовательными организациями самостоятельно по банку заданий ФАЦ
Первичная специализированная	После выполнения учебного плана ординатуры и циклов профессиональной переподготовки
Периодическая	После выполнения учебного плана ДПО (Реаккредитация) Начиная с 2021 года

Система оценивания будет включать: тестирование, решение ситуационных задач, демонстрацию практических навыков в стандартизированных симулированных условиях и анализ портфолио обучающегося. Следует отметить, что в предложенной модели предусматривается обучение работника (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий) в течение всех 5 лет, путем прохождения отдельных мероприятий в государственных образовательных учреждениях и в профессиональных некоммерческих организациях по специальностям. За один час участия в образовательном мероприятии врачу будет вручаться один кредит. При этом расширятся объемы самостоятельного обучения, предоставляющие возможность выбора учебных мероприятий.

Такая форма обучения с возможностью суммирования краткосрочных циклов обучения, когда врач за пять лет накапливает необходимое число образовательных кредитов, позволила бы воплотить в жизнь принцип непрерывности медицинского образования. А привычное повышение квалификации перестало бы носить символический характер, что особенно важно при современной тенденции к увеличению скорости обновления медицинской ин-

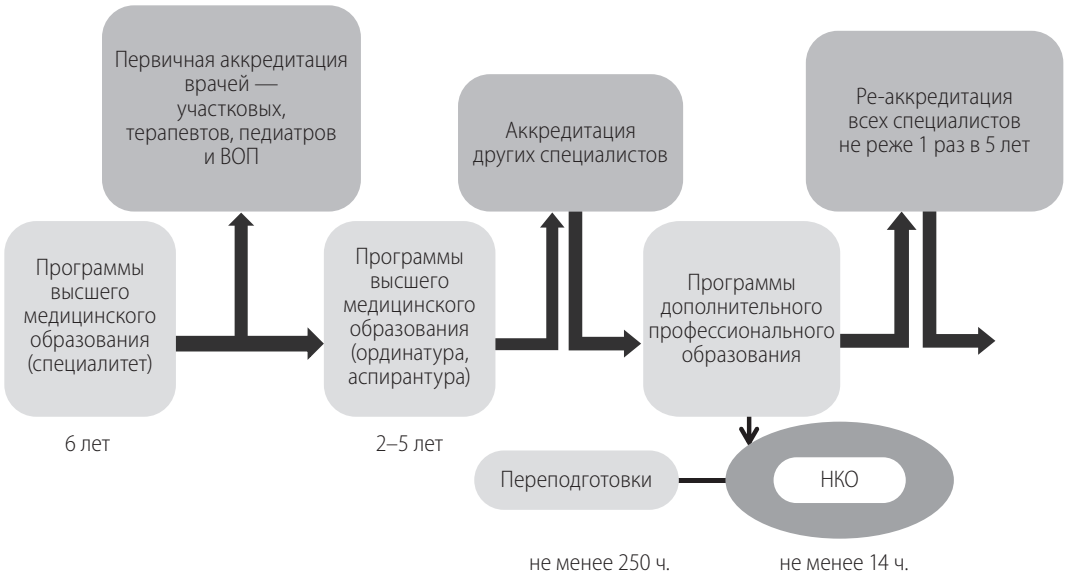

Рис. 1. Организация системы медицинского образования с 2016 г. ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (в ред. Федеральных законов от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

формации, а также использованию в повседневной работе современных медицинских технологий, срок «жизни» которых составляет в среднем 4—5 лет.

Принципиальные отличия новой системы медицинского образования это: объективная оценка практического уровня подготовленности в соответствии с профессиональными стандартами деятельности; организация части испытания на получение аккредитации с использованием симуляционных технологий и методов современного медицинского образования; наличие единых заданий и единых дат проведения экзаменов на всей территории РФ (по принципу ЕГЭ для выпускников школ); наделение врача правом самостоятельной деятельности в конкретной сфере, а не просто для занимания должности. Переход на новую систему всех специалистов планируется завершить к 2025 году. Весь этот период действующие специалисты будут проходить ресертификацию в привычном режиме, но с подключением к системе НМО (портфолио, повышение квалификации).

В перспективе разработка новой модели НМО позволит шире использовать современные формы обучения врачей косметологов (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий). Учитываться будут такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами; самостоятельная работа с электронными интерактивными образовательными модулями, чтение профессиональной литературы и т. д.

Система повышения квалификации в рамках НМО предусматривает следующие варианты:

- обучение по программам дополнительного профессионального образования образовательных организаций:
  - очное обучение (практические занятия, лекции, семинары и обсуждения и т. д.) с итоговой экзаменацией;
  - самостоятельное обучение с использованием ДОТ (интернет-сессии, вебинары, электронные учебные модули и т. д.) с итоговым контрольным тестированием;
- обучение на мероприятиях и по учебным материалам медицинских профессиональных некоммерческих организаций:
  - очное обучение (конференции, семинары, мастер-классы, клинические разборы и т. д.) с итоговым контрольным тестированием;
  - самостоятельное обучение с использованием ДОТ (интернет-сессии, вебинары, электронные учебные модули и т. д.) и с итоговым контрольным тестированием.

В рамках реализации модели обработки основных принципов НМО в 2016 году специалисту с высшим медицинским образованием предлагается на добровольной основе пройти дополнительное профессиональное обучение по программе не менее 144 часов: не менее 108 часов — по программе образовательной организации, и не менее 36 часов — на учебных мероприятиях и по учебным материалам (в т. ч. 16 часов участия в учебных мероприятиях: конференциях, семинарах, мастер-классах и т. д. — и 20 часов самостоятельного обучения по электронным учебным модулям в сети Интернет) (таблица 6).

Таблица 6. Современные технологии в обучении дерматовенерологов и косметологов

• Дистанционные электронные технологии
• Компьютерные технологии (обучающие программы)
• Интернет-ресурсы
• Интерактивные атласы
• Учебные модули
• Лекция-визуализация
• Видео- и мультимедиа ресурсы
• Телемедицина (проведение мастер-классов

Помимо использования традиционных методов обучения в новой системе учитываются стажировки, участие в различных видах мероприятий: конференциях, семинарах, занятиях в симуляционных центрах, а также электронное обучение с применением модулей (электронных образовательных материалов с тестовым контролем).

Участие в модели отработки основных принципов НМО дает врачу возможность самостоятельно выбирать программу дополнительного профессионального образования (ДПО), тематику учебных мероприятий и электронных образовательных модулей.

Программы ДПО образовательных организаций размещены на сайте www.edu.rosminzdrav.ru (доступны после регистрации). Перечень учебных мероприятий и электронных учебных модулей, прошедших оценку на соответствие установленным требованиям к учебным мероприятиям и материалам для НМО и обеспеченных кредитами, размещен в разделах сайта «Мероприятия» и «Модули» соответственно.

НМО призвано постепенно заменить систему цикличного повышения квалификации. Электронные учебные модули — это учебные материалы, предназначенные для самостоятельного изучения и размещенные на образовательных интернет-сайтах. Они представляют собой особый формат электронного издания, содержащий текстовую информацию, иллюстрации, видео- и аудиоряд и механизмы для контроля полученных знаний.

Раньше необходимо было пройти раз в пять лет сертификационный цикл длительностью 144 часа с отрывом или без отрыва от производства. В новой системе врачу необходимо будет потратить 50 часов в год на повышение собственной квалификации, то есть 1 час в неделю. У врача появится дополнительная мотивация к обучению. А именно, учет активности, связанной с НМО: получив свидетельство о накоплении 50 часов ежегодно (250 часов за 5 лет), специалист допускается к аккредитации. Активность участия в программах НМО может также учитывать-

ся при начислении заработной платы с использованием эффективного контракта. Наконец, наличие свидетельства о сертификации, а в ближайшем будущем — об аккредитации у врачей, необходимо медицинской организации при лицензировании.

По окончании обучения врач представляет в образовательную организацию отчет об образовательной активности в рамках НМО.

Чтобы все участники системы здравоохранения могли комфортно перейти к новой системе НМО и системе аккредитации, вводится переходный период, который будет длиться достаточно долго (2016—2021 годы). С 2016 года все, кто завершает обучение по программе дополнительного профессионального образования по старой либо новой модели, должны будут сразу после окончания обучения приступить к накоплению баллов на сайте edu.rosminzdrav.ru и после прохождении 5 лет в 2021 году впервые прийти на повторную аккредитацию.

Кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН в соответствии Приказом МЗ РФ № 837 от 11.11.2013г и № 328 от 09.062015 г. с 2016 года в рамках реализации отработки основных принципов НМО проводится обучение дерматовенерологов и косметологов (сертификационный цикл) по новой программе с использованием современных образовательных технологий.

В медицинскую практику внедряются новые сложные медицинские диагностические и лечебные технологии, применение которых требует от врачей дополнительных знаний и практических умений для обеспечения безопасности пациентов. Соответственно требуются новые технологии обучения, в том числе симуляционные, которые позволяют значительно улучшить результаты лечения и повысить безопасность пациентов. Обучающиеся, освоившие практические навыки при помощи имитаторов, манекенов, тренажеров и виртуальных симуляторов, значительно быстрее и увереннее переходят к настоящим исследованиям и вмешательствам, а их дальнейшие реальные результаты становятся более профессиональными. Это снижает потенциальный риск для пациентов и повышает качество медицинской помощи. Симуляционные курсы «набирают обороты» в системе современного постдипломного образования. С каждым годом увеличивается количество и качество компьютерных тренажеров-симуляторов, программ планирования и управления учебным процессом, открываются новые центры по симуляционному обучению. В настоящее время в РУДН уже проводится симуляционное обучение студентов и в системе постдипломного образования, в том числе, внедряется она и в подготовку дерматовенерологов и косметологов.

Еще на первом заседании Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования 3 апреля 2013 г. **было** определено, что дополнительное профессиональное образование или непрерывное медицинское образования (НМО) должно быть персонифицированным, доступным для медицинских работников, высококачественным. Оно должно стать интересным и удобным для медицинских работников, с возможностью обучаться на рабочем месте. В перспективе, новая модель НМО позволит шире использовать современные формы обучения врачей косметологов и дерматовенерологов (в том числе, с применением дистанционных и симуляционных образовательных технологий).

Литература

1. Балкизов З. А. У врача появится мотивация к обучению. Медицинский вестник. № 3,2016 (724).
2. Баткаев Э. А., Доготарь О. А. Непрерывное образование врачей косметологов. Нормативная база. Вестник последипломного медицинского образования № 2.2014 г. С. 3—7.
3. Приказ МЗ РФ от 9 июня 2015 г. № 328 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г.».
4. Приказ МЗ РФ № 837 от 11.11. 2013 г. «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ

Д. Ю. Каримова, Б. Н. Каримов, И. Э. Каримов
ФГБУ ГНЦ «ФМБЦ им. А. И. Бурназяна» ФМБА России

Резюме Статья посвящена особенностям защиты прав пациента в дерматокосметологии с позиций его конституционных прав и свобод. Рассматривается методология информированного добровольного согласия на вмешательство косметолога. Все эти вопросы должны получить своё освещение в программах повышения квалификации дерматокосметологов.

Ключевые слова: защита прав пациента, информированное согласие на лечение в дерматокосметологии.

LEGAL ISSUES IN THE TRAINING OF SPECIALISTS IN DERMATOLOGY

D. Karimova, B. Karimov, I. Karimov
Federal Medical Biophysical Center Federal Medical Biological Agency Russian Federation

Summary The article is devoted to peculiarities of the protection of the rights of the patient in dermatology from the standpoint of his constitutional rights and freedoms. In the article discusses the methodology of informed voluntary consent for the intervention of a cosmetologist. All these issues must receive their coverage in the training programs of dermatocosmetologists.

Key words: protection of patients rights, informed consent to treatment in dermatology.

Введение. В рамках формирования правового государства вообще, и реформирования здравоохранения, в частности, на передний план выступают вопросы соблюдения прав человека и этических ценностей. Это накладывает определенные требования к современному врачу-специалисту и диктует необходимость правовых знаний.

Материалы и методы. Нами представлен сугубо аналитический материал, основанный на изучении опросным методом особенностей и специфики круга вопросов, которые ставят специалисты дерматокосметологии на наших обзорных лекциях по медицинскому праву.

Результаты. Этот анализ позволил выявить пробелы в юридических знаниях, позволил выработать программу лекционного курса для дерматокосметологов и обосновать доктрину информированного согласия на косметологическое вмешательство. Слушатели демонстрировали формальное понимание понятия информированное согласие на лечение, его особенностей в дерматокосметологии. Требовали присутствия родителей и их согласия на косметологические процедуры у лиц старше 15 лет, в то время как ч. 2 статьи 54 ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает им полное право на информированное добровольное согласие на лечение. В то же время юные пациенты беспрепятственно получали процедуры в солярии без предоставления им информации о последствиях. Между тем в ряде зарубежных стран в законодательном порядке запрещены сеансы в солярии для лиц моложе 21 года. Не было понимания алгоритма действий в работе с поставщиками недоброкачественной косметологической продукции. Слушатели задавались вопросом как противостоять потребительскому терроризму. Да, в юридической литературе, да и в судебной практике появился такой термин — потребительский терроризм. Не было знаний о формах и методах досудебного решения конфликта. Обсуждался также целый ряд других общих и частных вопросов.

Заключение. Проведенный анализ показал необходимость расширения объема лекций по медицинскому праву в курсах повышения квалификации дерматокосметологов, позволил выработать программу лекционного курса, адаптированного к данной специальности, и включающую в себя также конфликтологию, обозначить особенности доктрины информированного добровольного согласия на косметологическое вмешательство. Это — документ, юридически подтверждающий факт реализации врачом прав пациента на информацию (ст. 24 Конституции РФ), права на физическую, психологическую неприкосновенность (ст. 22, 23 Конституции).

Таким образом, с позиций соблюдения конституционных прав и свобод человека и гражданина, согласие пациента необходимо оформлять на любое вмешательство. Конечно, в п. 8 ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится, что форма добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство утверждается уполномоченным органом исполнительной власти. По большому счету, документ должен составлять врач на каждый вид вмешательства в дерматокосметологии, каждую нозологию, если это больной, и содержать информацию, которую врач должен довести до сведения пациента. Это, прежде всего, суть предстоящей процедуры. В дерматокосметологии — особое требование: продемонстрировать ампулу, чьё производство, сроки годности, отразить это в документации. Довести до сведения пациента какие существуют альтернативные методы, охарактеризовать риски, и, наоборот, ожидаемый эффект. Отразить вероятные трудности, длительность периода реабилитации и сроки полного восстановления облика пациента. В косметологии информированное согласие на лечение — это, как правило, целая подборка со схемами, фотоснимками, рекомендациями дальнейшего ухода за собой. С правовой точки зрения эта доктрина увеличивает степень самостоятельного участия пациента в принятии решения и при этом повышается его обоснованность и доверие к врачу.

ИЗУЧЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОВ УРОДЕРМ И НАФТАДЕРМ®

Л. В. Силина[1], Ю. Е. Харахордина[1], Н. А. Ушаков[1], А. В. Карпова[2], В. И. Ноздрин[2]
[1]ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ; [2]Закрытое акционерное общество Фармацевтическое научно-производственное предприятие «Ретиноиды»,

Резюме

Актуальность. Представление о псориазе как о системном заболевании с превалированием поражений на коже и частыми нарушениями со стороны нервной системы диктует необходимость разработки эффективных, комплаентных методик лечения, обеспечивающих пролонгированный эффект терапии.

Цель. Изучение кожных проявлений и психосоматического статуса у больных псориазом при включении в комплексную терапию препаратов «Уродерм» и «Нафтадерм®».

Дизайн исследования включал установление психологического профиля пациентов, оценку клинических симптомов с акцентом на начало и окончание медикаментозной терапии; анализ результатов психологического тестирования.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 больных с диагнозом «Распространенный псориаз», включенные в контрольную (40 человек) и исследуемую (40 человек) группы с учетом рандомизации. Все больные получали одинаковую системную терапию в соответствии со «Стандартом медицинской помощи больным псориазом». Пациенты контрольной группы получали только местную терапию, указанную в «Стандарте». Пациенты исследуемой группы — в качестве местной терапии получали «Уродерм» — утром и «Нафтадерм®» — вечером. Были исследованы клинический и психологический аспекты псориаза на фоне лечения.

Результаты. Разрешение клинической картины и нормализация психического статуса происходит быстрее, полнее и устойчивее при назначении терапии с включением мазей «Уродерм» и «Нафтодерм®».

Заключение. Использование в комплексной терапии псориаза препаратов «Уродерм» и «Нафтадерм®» позволяет сократить время восстановления кожного покрова и улучшить психический статус больных.

Ключевые слова: псориаз, Уродерм, Нафтадерм®, новые методики лечения.

STUDY OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS AND PSYCHOSOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH PSORIASIS INCLUSION IN THE COMPLEX THERAPY OF DRUGS URODERM AND NAPHTADERM

L. V. Silina[1], Yu. E. Kharakhordina[1], N. A. Ushakov[1], A. V. Karpova[2], V. I. Nozdrin[2]
[1]Kursk State Medical University; [2]Joint Stock Company Pharmaceutical Enterprise «Retinoids»

Summary

Relevance. The view of psoriasis as a systemic disease with a predominance of lesions on the skin and common disorders of the nervous system dictates the need for an effective, budget, kompletnych treatment methods, providing a prolonged effect of therapy.

Goal. Study of cutaneous manifestations and psychosomatic status in patients with psoriasis inclusion in the complex therapy drugs «Uroderm» and «Naftaderm®».

Design studies included the establishment of a psychological profile of the patients; assessment of clinical symptoms by the doctor a dermatologist with a focus on the beginning and end of drug therapy; evaluation of results of psychological testing.

Materials and methods. Under our observation, there were 80 patients with a diagnosis of Common psoriasis, included in the control (40 people) and test (40 people) groups according to the randomization. All patients received the same systemic therapy, in accordance with the «Standard of care for patients with psoriasis». The control group patients received local therapy indicated in the «Standard of care to patients with psoriasis». Patients of the study group — as a local therapy received «Uroderm» — morning and «Naphtaderm®» — in the evening. Were investigated epidemiological, clinical and psychological aspects of psoriasis with treatment.

Results. It is well established that resolution of the clinical picture and normalization of mental status is faster, better and more stable in the appointment of the recommended therapy.

Conclusion. Use in the treatment of psoriasis of the drugs Uroderm and Naphtaderm® psoriasis allows to reduce the recovery time of the skin and normalization of mental status.

Key words: psoriasis, «Uroderm», «Naphtaderm®», a new treatment methods.

Введение

Псориаз — распространённое заболевание мультифакториальной природы; в разных странах им страдает от 2 до 7% населения, а частота его встречаемости у пациентов дерматологических стационаров составляет около 15—20%. В настоящее время среди населения земного шара зарегистрировано около 130 миллионов пациентов с этим заболеванием, из них на территории Российской Федерации — порядка 3 миллионов. В последнее время абсолютное большинство исследователей рассматривают псориаз не как изолированное кожное заболевание, а как системную «псориатическую болезнь» с превалирующими проявлениями на коже, что подтверждается данными о системных иммунных изменениях генетической природы, о выраженных психо-эмоциональных нарушениях и частом вовлечении в процесс опорно-двигательного аппарата, а иногда — и внутренних органов [7].

Несмотря на то, что псориаз редко непосредственно угрожает жизни пациента, он является причиной и поводом для возникновения серьёзных психологических проблем, т. к. у больных развивается состояние тяжёлого эмоционального стресса [11]. Снижение качества жизни у пациентов с чешуйчатым лишаем сопоставимо со многими тяжёлыми соматическими заболеваниями, такими как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, тяжёлая патология почек и печени, хронические заболевания дыхательных путей.

Течение псориатической болезни невозможно предсказать; псориаз — это «болезнь-спутник» человека на всю его жизнь [12]. Наличие обширного патологического процесса на коже, сопровождающегося зудом различной интенсивности, поражением суставов, ощущением неизбежного появления новых псориатических высыпаний, — всё это способствует разбалансированию психоэмоционального статуса пациентов, появлению тревожных мыслей, ощущений, невротических и депрессивных симптомов. Патологический процесс потенцирует лабильность психоэмоциональной сферы. Почти постоянное наличие на коже косметического обезображивающего дефекта, нередко занимающего значительную поверхность кожного покрова, не улучшает общее состояние больных, и вынуждает их прибегать к корректирующим мероприятиям различного рода. У таких пациентов отмечаются чувство неполноценности, заниженная самооценка [2].

При обострении процесса возникает тяжёлый психологический стресс, сопровождающийся социальным дискомфортом и соответственно — существенным снижением качества жизни больных. Превращение стресс-реакции из звена адаптации в звено патогенеза является основным примером перехода адаптационной реакции в реакцию патологическую. Важной составной частью комплексной терапии псориатической болезни является рациональная фармакотерапия [3].

Ограниченность ассортимента лекарственных средств, используемых в комплексной терапии псориаза, обладающих способностью корректировать психоэмоциональный статус пациента и, как следствие, — состояние его кожи, приводит к замедлению процесса выздоровления. Поэтому применение новых, патогенетически обоснованных и эффективных, методов топической терапии чешуйчатого лишая вселяет во врачей-дерматовенерологов определённую надежду на достижение положительных результатов лечения больных различными формами этого тяжёлого дерматоза [5]. При этом, с учётом возможности появления побочных эффектов от применения большого количества лекарственных средств, необходимо минимизировать и оптимизировать их одновременное назначение для коррекции постадийных клинических проявлений чешуйчатого лишая.

Целью нашего исследования явилось изучение кожных проявлений и психосоматического статуса у больных псориазом при включении в комплексную терапию препаратов «Уродерм» и «Нафтадерм®».

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 80 больных обоего пола в возрасте от 25 до 55 лет с установленным диагнозом «Распространённый псориаз, инфильтративная форма. Зимний тип. Прогрессирующая стадия», имеющих стаж болезни от 1 года до 15 лет. Больные с чешуйчатым лишаем были включены в исследование с учётом критериев включения и исключения.

Критерии включения в исследование:

Возраст исследуемых — от 25 до 55 лет. Длительность болезни — от 1 года до 15 лет. Распространённый характер псориаза в стадии обострения заболевания. Отсутствие у пациентов вредных привычек и обострений соматических и психических заболеваний. Готовность пациентов соблюдать рекомендации врача, касающиеся назначенной терапии.

Все пациенты находились на амбулаторном лечении в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2016 году. Перед началом исследования больные заполняли письменное информированное согласие на участие в нём и на неразглашение результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте (с предшествующим разъяснением сути вопроса, важности и значения проводимого исследования при условии полной дееспособности пациента).

Все пациенты, прошедшие отбор и сформировавшие исследуемую выборку, после начала лечения и до момента выписки ежедневно проходили осмотр у дерматолога. После выписки, в течение двух недель, пациенты проходили курс восстановительной амбулаторной терапии и приходили на прием для визуализации и оценки состояния один раз в пять дней.

Последний визит на консультативный прием приходился на пятнадцатый день после выписки и являлся первым днем без медикаментозного лечения. С целью получения наиболее значимых результатов в своем исследовании мы отразили данные дерматологического осмотра и психологического тестирования до начала лечения в сравнении с данными, полученными после окончания медикаментозной терапии.

Больные были разделены на две исследуемые группы, рандомизированные по полу, возрасту, течению заболевания, наличию сопутствующей патологии. Первую группу (40 человек) составили пациенты которым проводили традиционное лечение в соответствии со «Стандартом медицинской помощи больным псориазом» (приказ МЗ и СР РФ от 30.05.2006 г., № 433). Схема традиционного лечения включала десенсибилизирующие средства (натрия тиосульфат), антигистаминные препараты (лоратадин), седативные препараты (экстракт валерианы в таблетках), витамины группы В, аевит, наружные лекарственные формы с салициловой кислотой, серой. Вторую группу составили пациенты (40 человек), получавшие, наряду со стандартной схемой системной терапии, мази Уродерм и Нафтадерм® по схеме: в течение 2 недель нахождения в стационаре Уродерм — утром, Нафтадерм® — вечером, после выписки — Нафтадерм® 2 раза в день в течение 2 недель. Различие медикаментозной терапии заключалось в следующем: пациенты первой группы в качестве системной терапии получали десенсибилизирующие, антигистаминные, седативные препараты и витамины; в качестве местной — препараты с салициловой кислотой и серой. Пациенты второй группы в качестве системной терапии получали десенсибилизирующие, антигистаминные, седативные препараты и витамины; в качестве местной — Уродерм — утром, Нафтадерм® — вечером.

Препарат Уродерм обладает кератолитическим действием, которое весьма востребовано в прогрессирующей и стационарной стадиях псориатической болезни. При его применении происходит мягкая и стойкая эксфолиация, которая позволяет другим препаратам наружной терапии оказывать противовоспалительное действие. Помимо основного кератолитического действия «Уродерм» смягчает и увлажняет кожу, восстанавливая физиологические барьеры кожного анализатора. Ежедневное в течение двух недель применение препарата «Уродерм» в качестве наружного средства в комплексной терапии псориаза легко переносится больными, и характеризуется хорошим профилем безопасности.

Препарат Нафтадерм® оказывает противовоспалительное, антисептическое, обезболивающее и регенерирующее действие. За счёт расширения сосудов препарат оказывает рассасывающее действие, способствуя быстрому разрешению очагов инфильтрации. Противовоспалительный эффект поддерживается способностью препарата стимулировать выработку глюкокортикоидов корой надпочечников.

Применение «Нафтадерма®» в комплексной терапии псориаза позволяет отказаться от топической терапии кортикостероидными мазями, которые обладают хорошим противовоспалительным эффектом, но приводят к серьёзным нежелательным явлениям. Так, при длительном использовании они вызывают атрофию кожи.

Для оценки проводимого лечения использовали индекс PASI и индекс ДИКЖ [1]. Индекс тяжести поражения псориазом PASI (the Psoriasis Area and Severity Index) — наиболее часто используемый инструмент измерения тяжести и активности псориатического процесса. Критерии расчета индекса были предложены в 1979 г. и в основе своей остаются неизменными по настоящее время. С его помощью определяют тактику и стратегию ведения пациентов с псориазом, ну и, конечно же, эффективность (адекватность) проводимой у них терапии. В PASI комбинируются количественные оценки степени выраженности основных клинических проявлений (инфильтрация, зуд, утолщение кожи, отек, гиперемия, шелушение) с оценкой площади поражения по простой линейной шкале. Значения PASI от 0 (нет кожных проявлений болезни) до 10 баллов, расцениваются как легкое течение заболевания; до 20—30 баллов — средняя тяжесть процесса; от 30 баллов до 72 (максимально выраженные кожные проявления) — тяжелое течение псориаза.

Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) применяется дерматологами для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом. Индекс был разработан специалистами Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992). Индекс ДИКЖ может использоваться как критерий оценки эффективности лечения дерматологического заболевания.

Анкета для определения индекса ДИКЖ предназначена для пациентов старше 16 лет. Вопросы анкеты ДИКЖ адресованы непосредственно пациенту, поэтому отвечать на них должен он сам. Однако для облегчения работы больного желательно присутствие специалиста-дерматолога.

Цифровой показатель, который получают в результате анализа ответов пациента, отражает уровень негативного воздействия заболевания на качество жизни пациента.

Обследование пациентов включало осмотр дерматолога и, по показаниям, — консультацию психотерапевта. Было проведено анкетирование всех пациентов на предмет определения психических и соматических симптомов тревоги, наиболее часто встречающихся в клинической практике. Психическое состояние пациентов исследовали методом психодиагностического тестирования (тест Айзенка [9], тест Спилберга-Ханина [4, 10] и тест Тейлора [8]).

Достоверность полученных результатов определялась по парному и непарному t-критерию Стьюдента и методу линейной корреляции Пирсона.

В качестве базовых параметров были использованы возрастные характеристики пациентов, стаж заболевания, частота обострений, сопутствующая патология. Такой выбор мотивирован неоднократно отмечаемой в литературе зависимостью выраженности патологического процесса от названных выше параметров и, как следствие, — взаимосвязью психоэмоциональной сферы пациента и течения псориатической болезни.

Результаты

Статистическая обработка клинико-анамнестических данных позволила установить следующее распределение пациентов по возрастным группам. Большинство больных принадлежало возрастной группе 31—35 лет (32 человека — 40%). В возрасте от 25 до 30 лет за медицинской помощью обратилось 16 человек (20%). В группу 36—40 лет входило 12 пациентов (15%). В следующих возрастных группах (41—45 и 46—50 лет) количество больных было одинаковым (по 8 человек, т.е. по 10%). Самая малочисленная группа насчитывала 4 человека (5%) и была представлена лицами в возрасте 51—55 лет (рис. 1).

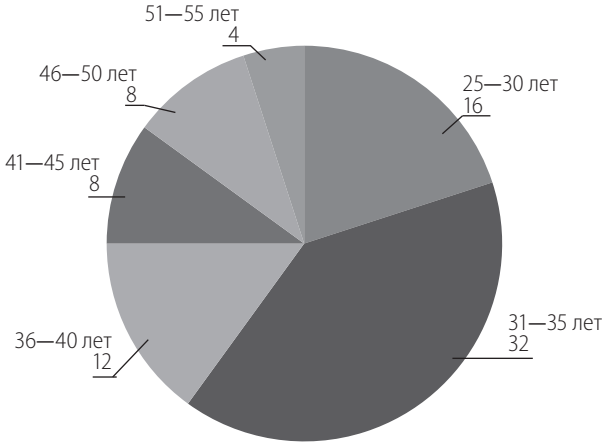

Рис. 1. Распределение больных псориазом по возрастным группам

Полученные данные сопоставимы с аналогичными показателями заболеваемости псориазом в Российской Федерации. По нашему мнению, высокий процент пациентов трудоспособного возраста в значительной степени обусловлен профессиональными, бытовыми и личными стрессорными факторами.

Следующим показателем, которому мы уделили внимание, был стаж псориатической болезни. По нашему мнению, длительность патологического процесса существенно влияет на ряд аспектов заболевания. В первую очередь, это касается настроя пациента, его реакции на проводимую терапию и прогноз заболевания. Все пациенты, обратившиеся за медицинской помощью по поводу псориаза, в зависимости от длительности патологического процесса, были распределены в несколько групп с шагом в 5 лет (табл. 1).

Таблица 1. Распределение пациентов, страдающих чешуйчатым лишаем, в зависимости от длительности течения заболевания

Возрастные группы	Число пациентов		
	От 1 года до 5 лет	От 6 до 10 лет	От 11 до 15 лет
25—30 лет	10	6	0
31—35 лет	9	14	10
36—40 лет	2	6	4
41—45 лет	2	2	4
46—50 лет	0	4	4
51—55 лет	0	0	4
Σ	22	32	26

В первой возрастной группе (от 25 до 30 лет), 10 пациентов (12,5%) отмечали менее чем 5-летний стаж патологического процесса. На продолжительность заболевания от 6 до 10 лет указывали 6 человек (7,5%). В следующей возрастной группе (от 31 до 35 лет) большинство больных — 14 человек (7,5%) — говорили, что стаж их заболевания составляет 6—10 лет. На втором месте по количеству обратившихся в этой возрастной группе — 10 человек (12,5%) — была продолжительность заболевания в пределах 11—15 лет. Последнее место занимал минимальный стаж заболевания (1—5 лет), такой срок назвали 8 человек (10%). Аналогичная тенденция сохранялась и в следующей возрастной группе (36—40) лет.

Максимальное количество обратившихся больных (6 человек — 7,5%) говорили о 6—10-летнем стаже патологического процесса. Длительность заболевания от 11 до 15 лет отмечали 4 человека (5%).

Наименьшее количество пациентов — 2 человека (2,5%) — говорили о менее чем 5-летнем стаже псориатической болезни. Несколько иная закономерность была отмечена при анализе соответствующих показателей в следующей возрастной группе (от 41 до 45 лет).

Большинство больных (4 человека — 5%) отметили максимальную продолжительность заболевания — от 11 до 15 лет. О стаже псориатической болезни от 6 до 10 лет говорили 2 пациента (2,5%). Длительность заболевания менее 5 лет в этой возрастной группе отмечена не была. В возрасте 46—50 лет количество пациентов, имеющих стаж заболевания 11—15 лет, совпало с числом больных, страдающих псориазом 6—10 лет (по 4 человека, т.е. по 5%). Лиц этого возраста, имеющих стаж патологического процесса до 10 лет, не было. К старшей возрастной группе относилось наименьшее количество человек (5%), и все они имели продолжительность заболевания в пределах 11—15 лет.

Согласно полученным данным, имеет место определённая взаимосвязь возраста и стажа заболевания. В более молодых возрастных группах отмечалась меньшая продолжительность патологического про-

цесса. Напротив, в старшей возрастной группе большинство пациентов говорили о длительном течении заболевания. На наш взгляд, данная закономерность является косвенным свидетельством «омоложения» псориатической болезни.

Изменение возрастных рамок заболевания является не единственной выявленной нами закономерностью. Следующим аспектом псориатической болезни, вызвавшим наш интерес, была частота обострений патологического процесса. Распределение больных псориазом в зависимости от этого признака представлено на рисунке 2.

В литературе, посвящённой псориазу, часто отмечаются преимущественно ежегодные обострения патологического процесса. Наши результаты выявили несколько иную тенденцию. Ежегодные обострения отмечали 28 человек (35%). Два раза в год за медицинской помощью по поводу обострения псориатического процесса обращались 32 пациента (40%). Более частые обострения (3 и более раз в год) отмечали 12 человек (15%). Почти все больные говорили о провокации патологического процесса стрессорными факторами. Наименьшее количество пациентов — 8 человек (10%) переносили обострения псориаза гораздо реже (менее 1 раза в год); при этом представляется, на наш взгляд, интересным, что большинство этих пациентов имели спокойный, уравновешенный тип высшей нервной деятельности.

При поступлении пациенты исследуемой и контрольной групп предъявляли жалобы на наличие высыпаний и зуд. В ходе обследования у всех пациентов выявлялись зудящие ярко-розовые папулезно-бляшечные элементы округлых, овальных и фестончатых очертаний, уплощенной формы с центральным серебристо-белым шелушением и периферическим венчиком роста — ободок Пильнова. Так же все пациенты исследуемой и контрольной групп отмечали постоянное появление новых узелковых элементов розово-красного цвета и увеличение размеров уже существующих очагов поражения.

Проведение диагностических манипуляций отметило положительные псориатические феномены «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровяной росы» (триада Вирхова), а также, положительную изоморфную реакцию Кебнера.

Таким образом, согласно результатам анализа субъективных и объективных показателей всем пациентам исследуемой и контрольной групп был выставлен диагноз: «Распространенный псориаз. Прогрессирующая стадия»

К 13 дню от начала лечения папулезные элементы у пациентов исследуемой группы приобретали плоскую форму. Приблизительно в это же время начинался распад бляшек на туловище — появлялись единичные участки гиперпигментации. На 14±1 день практически у всех пациентов исчезал зуд, редуцировались новые папулы. К 15 дню начинался распад бляшек на верхних конечностях — возрастало количество гиперпигментированных участков. К 17 дню бляшки на всей пораженной поверхности полностью фрагментировались на отдельные узелковые эффлоресценции, наблюдались множественные гиперпигментированные высыпания

К 18 дню у всех пациентов исследуемой группы сыпь, приобретавшая пятнистый характер, а также другие объективные и субъективные параметры свидетельствовали о наступлении регрессирующей стадии псориатического процесса.

В отличие от пациентов исследуемой группы у пациентов группы контрольного исследования уплощение папул началось только к 15 дню от начала пребывания в стационаре. Фрагментация бляшек на туловище начинала формироваться к 17 дню от начала пребывания пациентов в стационаре. Изменение бляшечных экзантем на верхних конечностях — к 19 дню стандартной терапии. На нижних конечностях бляшки начали фрагментироваться только в районе 21 суток от начала терапевтических манипуляций.

К 20—21 день от начала лечения у пациентов исследуемой группы наблюдались единичные гиперпигментированные пятна в области верхних конечностей и туловища и множественные участки гиперпигментации и цианотично-красные пятна в области нижних конечностей.

Через 20—21 день от начала лечения у пациентов контрольной группы при осмотре визуализировались единичные плоские бледно-красные папулы в области верхних конечностей. В области нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях голеней с захватом коленных суставов

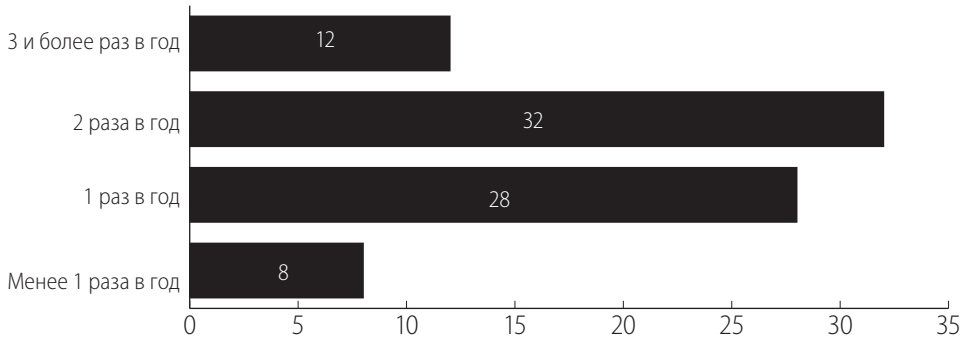

Рис. 2. Частота обострений псориатического процесса у больных псориазом

определялись многочисленные плоские цианотично-красные узелки.

У всех пациентов контрольной и исследуемой групп отсутствовали перманентные субъективные ощущения в виде зуда и жжения, хотя пациенты контрольной группы отмечали периодически возникающее ощущение зуда после того как удаляли мази с кожного покрова. По нашему мнению, подобный феномен можно объяснить с позиций дистрофических изменений кожи на фоне интенсивного применения кортикостериодных мазей.

Также в контрольной и исследуемой группах было отмечено отсутствие новых папулезно-бляшечных эффлоресценций, изменение цвета уже существующих экзантем, их уплощение вплоть до полного регресса, появление вторичных пигментаций.

Пациенты были выписаны из стационара и продолжили курс медикаментозной терапии в амбулаторных условиях. По условиям исследования один раз в пять дней они приходили на консультативный прием. Через две недели после выписки на контрольном приеме нами были визуализированы выраженная сухость кожи и пигментации у пациентов контрольной группы исследования, также больные предъявляли жалобы на перманентный зуд кожи от слабой до умеренной интенсивности. У пациентов контрольной группы определены регессирующие очаги пигментации при удовлетворительном уровне тургора, эластичности и влажности кожного покрова.

Одним из наиболее оптимальных и адекватных способов оценивания совокупных параметров клинической картины чешуйчатого лишая является индекс PASI. Мы проводили анализ показателей вышеуказанного индекса до начала лечения и после полного курса медикаментозной терапии с применением стандартного и рекомендованного комплексов системной и местной терапии.

К концу курса лечения мы с целью оптимизации совокупных признаков псориатической болезни уделили повышенное внимание динамике заявленных индексов (табл. 2).

Индекс PASI в группе больных, получавших в рамках комплексной терапии лечение мазями Уродерм и Нафтадерм®, уменьшился на 61%, а в группе пациентов, лечившихся традиционно, — на 18%. Аналогичная динамика наблюдалась и в изменении индекса ДИКЖ. Так, использование Уродерма и Нафтадерма® снижало его значения на 57%, а стандартное лечение — на 16%. Сравнение показателей изученных нами дерматологических индексов у больных, получавших стандартную и рекомендованную схемы терапии, продемонстрировало высокую эффективность применения предложенных препаратов.

Параллельно с получением совокупных данных по клинической картине псориатического процесса нами были проанализированы показатели психологических тестов, которые больные выполняли до и после медикаментозной терапии.

Двухфакторная модель личности, предложенная Г. Айзенком, позволила нам с помощью основных показателей (экстраверсия-интроверсия и нейротизм) оценить направленность личности на внутренний или внешний мир, а также выявить уровень эмоциональной тревожности (напряжённости). Эти свойства структуры личности являются генетически детерминированными, их проявление сугубо индивидуально. Данные характеристики существенно влияют на течение и прогноз псориатической болезни.

Результаты анализа информации, полученной при обработке опросников Айзенка, представлены в таблице 3.

Следует сказать, что у всех пациентов регистрировался высокий уровень нейротизма (более 19). Полученные результаты характеризовали неустойчивость (эмоциональную нестабильность) пациентов, причём, известно, что нейротизм, по некоторым данным, связан с показателями лабильности нервной системы. Визуализация шкалы психотизма, сформированной при прохождении теста Айзенка, говорила нам

Таблица 2. Изменение индексов PASI и ДИКЖ в группах больных распространённым псориазом (M±m)

Группы	Значения индексов, усл. ед.			
	PASI		ДИКЖ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Стандартное лечение (n=40)	17,43±1,65	14,92±1,03	19,49±1,21	16,22±1,73
Лечение с применением препаратов «Уродерм» и «Нафтадерм®» (n=40)	18,02±0,99	7,15±0,3	21,15±0,38	9,13±0,51

Таблица 3. Психотипологические особенности больных, страдающих чешуйчатым лишаем, в зависимости от стажа заболевания

Стаж заболевания	Психотипологические особенности больных, человек			
	Экстраверт	Интраверт	Нейротизм	Психотизм
0—5 лет	16	7	6	0
6—10 лет	10	18	24	2
11—15 лет	4	25	20	8
Всего	30	50	40	10

о склонности пациентов к асоциальному поведению, вычурности, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности, неконтактности, эгоцентричности, эгоистичности, равнодушию.

При интерпретации показателей, полученных при обработке теста Тейлора и Спилберга-Ханина, нами были использованы следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая, 31—44 балла — умеренная; 45 и более баллов — высокая.

Анализ данных, полученных при анкетировании больных по шкале самооценки тревожности, сформированных при анализе результатов, Спилберга-Ханина, позволил выявить наличие у пациентов с распространённым псориазом умеренной личностной и реактивной тревожности (табл. 4).

Также, помимо наличия тревожности, мы рассматривали степень выраженности тревожного настроя у больных, страдающих псориатической болезнью (табл. 5). Уровень тревожного настроя, по нашему мнению., совпадающему с литературными данными, отражающими механизмы развития псориатической болезни, существенно влияет на динамику и продолжительность ремиссий псориатического процесса [3, 7].

При исследовании данных, полученных нами после проведения анализа шкал, сформированных в результате психодиагностического тестирования с использованием тестов Спилберга-Ханина и Тейлора, обращал на себя внимание факт выраженного снижения показателей как реактивной, так и личностной тревожности. Цифровое значение показателя реактивной тревожности снизилось на 55% в первой группе пациентов и на 60% во второй группе, а личностной — соответственно на 60 и 68%.

Полученные данные свидетельствуют, что комплексная терапия в обеих группах положительно влияла на состояние кожи у больных псориазом и, как следствие, стабилизировала психологический фон.

Однако из представленных в таблицах данных видно, что стандартная терапия нивелировала выраженность психических симптомов тревоги не так интенсивно, как терапия с использованием препаратов Уродерм и Нафтадерм®.

Вероятнее всего лучшая динамика эффлоресценций при рекомендованной терапии формировала более оптимистичный настрой у больных исследуемой группы.

Обсуждение

Псориатическая болезнь насчитывает много веков своего существования, проявляется значительными изменениями со стороны кожного покрова, формирует существенные анатомо-физиологические нарушения опорно-двигательного аппарата, влияет на функциональную реактивность внутренних органов и систем организма. Этиология с полной достоверностью не установлена, звенья патогенеза находятся в процессе активного изучения. Болезнь изменяет показатели психосоциального статуса пациентов, что влияет на динамику псориатического процесса и создает своеобразный «порочный круг». В свете вышеизложенного, актуальность поиска новых методик и комбинаций медикаментозной терапии не вызывает сомнений.

Результаты клинического исследования продемонстрировали высокую эффективность препаратов Уродерм и Нафтадерм® в комплексном лечении чешуйчатого лишая. Сравнение результатов терапии распространённого псориаза, выполненной в соответствии со стандартным лечением, и проведённой

Таблица 4. Показатели, отражающие психическое состояние и качество жизни пациентов, страдающих псориазом

№	Тесты	Показатели,%		
		до лечения	после стандартной терапии	после рекомендованной терапии
1.	Реактивная тревога по тесту Спилберга	31,2±0,82	15,1+0,67	13,0+0,49
2.	Личностная тревога по тесту Спилберга	43,7±0,84	17,2±0,76	12,5±0,91
3.	Тест Тейлора	31,7±0,97	20,2±0,85	15,1±0,69

Таблица 5. Степень выраженности психических симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения заболевания

№	Психические симптомы тревоги	Показатели,%		
		до лечения	при стандартной терапии	при рекомендованной терапии
1.	Раздражительность (Р)	65,4+0,02	63,2+0,03	60,1+0,03
2.	Нарушение сна (НС)	60,2+0,07	57,1+0,08	54,6+0,06
3.	Внутреннее напряжение (ВН)	45,4+0,03	43,6+0,03	38,6+0,05
4.	Страх и мрачные предчувствия (СМ)	43,7+0,05	40,7+0,07	37,1+0,04
5.	Нарушение концентрации (НК)	45,7+0,03	42,5+0,05	39,0+0,04
6.	Повышенная сенситивность к соматическим ощущениям (склонность к ипохондрии) (ПСС)	34,2+0,08	33,1+0,06	29,8+0,06
7.	Повышение старт-ответа (импульсный, раздражённый ответ) (ПСО)	18,4+0,06	16,9+0,08	15,1+0,07

с использованием мазей для наружного применения Уродерм и Нафтадерм®, позволило выявить определённые преимущества метода, описанного в представленной статье. Первое, что обращает на себя внимание, — это достоверные различия динамики основных клинических признаков псориатической болезни. Были зафиксированы более быстрое уплощение и побледнение псориатических бляшек, уменьшение инфильрации, исчезновение шелушения при использовании рекомендованной схемы терапии.

С практической точки зрения наиболее интересными стали данные полученные при анализе клинических показателей — это статистически значимые различия индексов PASI и ДИКЖ, рассчитанных для обеих исследованных групп пациентов по окончании лечения и позволяющих оценить выраженность и распространённость эритемы, инфильтрации и интенсивность шелушения. Оба варианта терапии существенно снижали величину этого показателя в конце курса, но степень этого снижения была значительно сильнее при применении мазей Уродерм и Нафтадерм®. Та же закономерность наблюдалась и в отношении ДИКЖ.

Использование стандартной и рекомендованной схем медикаментозного лечения формировали тенденцию к снижению показателей тревожного состояния и тревожной готовности, но при использовании препаратов Уродерм и Нафтадерм® эта тенденция была выражена сильнее. Безусловно, мы не ожидали кардинальных изменений психического статуса пациентов в отношении симптомов тревоги у больных исследуемых групп, так как пациенты не получали сугубо специфического лечения, включающего применение транквилизаторов и антидепрессантов. Однако полученные результаты мы рассматриваем как весьма обнадеживающие. На фоне быстрого и спокойного разрешения кожных проявлений заболевания опосредованно, по типу «обратной связи», психоэмоциональный статус пациентов стабилизируется, и таким образом, блокируется одно из важнейших звеньев патогенеза чешуйчатого лишая.

Уродерм и Нафтадерм® — не являются психотропными препаратами, они не вызывают привыкания и безвредны. При этом нельзя исключить и возможность многостороннего положительного, как прямого, так и опосредованного, воздействия на разные органы и системы организма со стороны препарата Нафтадерм®, поскольку в литературе есть сведения о разнообразных системных эффектах при наружном применении нафталанской нефти [5, 13].

Выводы

1. У больных, страдающих распространённым псориазом, отмечается снижение качества жизни, причём степень изменения показателей качества жизни находится в тесной взаимосвязи с возрастом больных и длительностью болезни.
2. Оптимизация качества жизни больных чешуйчатым лишаем должна строиться индивидуально и комплексно с учётом физических и психо-эмоциональных данных каждого пациента.
3. Выявленные факты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору фармакопрепаратов, корректирующих максимально возможное количество клинических и патогенетических параметров больных псориазом.
4. Кожные проявления псориатической болезни у пациентов, получавших в составе комплексной терапии «Уродерм» и «Нафтадерм®» характеризовались более быстрым уплощением и побледнением псориатических бляшек, уменьшением инфильрации, исчезновеним шелушения и восстановлением физиологических и эстетических параметров кожного покрова.
5. Психосоматический статус у больных псориазом, получавших в составе комплексной терапии «Уродерм» и «Нафтадерм®» характеризовался более быстрым и полным снижением показателей тревожного состояния и тревожной готовности. Отмечалась стабилизация психоэмоционального статуса пациентов, что приводит к выключению одного из важнейших звеньев патогенеза чешуйчатого лишая
6. Комбинированная наружная терапия, включающая нанесение «Уродерма» утром и «Нафтадерма®» вечером позволяет оптимизировать и сбалансировать противовоспалительные и восстановительные процессы в коже и способствует более быстрому восстановлению некоторых анатомо-физиологических параметров организма.

Литература

1. Адаскевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. — М.: Медицинская книга, 2004.— 165 с.
2. Касимова Л. Н., Китаева И. И., Григорьева В. Н., Никулин Н. К. Особенности психической сферы у больных псориазом // Нижегородский медицинский журнал.— 2004.— № 1. — С. 8—12.
3. Касимова Л. Н., Китаева И. И. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных, страдающих псориазом. // Психические расстройства в общей медицине.— 2008.— № 1. — С. 18—22.
4. Китаева И. И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом: автореф. дис… канд. мед. наук / И. И. Китаева. — Н. Новгород, 2003.— 27 с.
5. Нафтадерм®. Применение в дерматологии. ЗАО «Ретиноиды». Тверь «Тверская городская типография» 17с.
6. Павлова О. В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол.— 2005.— № 6. — С. 36—39.
7. Павлова О. В., Скрипкин Ю. К. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия // Российский журнал кожных и венерических болезней — 2007.— № 3. — С. 9—11.
8. Практическая психодиагностика. Райгородский Д. Я. (редактор-составитель). Издательский: Дом «БАХРАХ—М» Самара 2001

9. Психологическая диагностика: Учебное пособие / Под ред. К. М. Гуревича и Е. М. Борисовой. — М.: Изд-во УРАО, 1997.— 304 с.
10. Психологические аспекты качества жизни у больных псориазом / Т. В. Раева [и др.] // Рос. журн. кожных и венерических болезней.— 2006.— № 4. — С. 32—35.
11. Раева Т. В., Ишутина Н. П., Матусевич С. Л., Котельникова А. Б. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней.— 2006.— № 4. — С. 32—35. Раева Т. В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): Автореф. дис…докт. мед. наук. — Томск, 2006—50 с.
12. Уродерм (мазь с мочевиной 30%) / под общей редакцией проф. В. И. Ноздрина. — М.: ЗАО «Ретиноиды», 2015.— 184с.: илл.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ АЗОТНО-КРЕМНИСТЫМИ ТЕРМАЛЬНЫМИ ВОДАМИ В СОЧЕТАНИИ С ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕМ

А. В. Некипелова, В. Г. Власов
КГБ ОУ ДПО Институт Повышения Квалификации Специалистов Здравоохранения, МЗ Хабаровского края; Специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды», с. «Аннинские Минеральные Воды» Ульчского района Хабаровского края.

Резюме Приводятся собственные данные о комплексной терапии больных псориазом азотно-кремнистыми термальными водами в сочетании с грязелечением в Специализированной больнице восстановительного лечения (СБВЛ)»Анненские Воды». Под наблюдением находилось 60 больных псориазом. Из них 32 лица женского пола и 28 — мужского от 16 до 63 лет.

Клиническая эффективность у больных псориазом оценивалась по индексу PASI. Вода СБВЛ «Анненские воды» благоприятно влияет на больных псориазом. В результате бальнеопроцедур эритема, инфильтрация и шелушение в области псориатических папул, бляшек уменьшаются в 2—3 раза. После комплексного бальнеолечения появляются депигментированные пятна вторичного характера, улучшается тургор кожи, повышается её эластичность. Высокую эффективность лечения азотно-кремнистыми термальными водами (АКТВ) в сочетании с грязелечением у больных артропатическим псориазом подтверждает снижение индекса PASI в этой группе больных более чем на 75%.

Комплексное лечение больных псориазом в СБВЛ «Анненские воды» ваннами с минеральной водой, приемом минеральной воды внутрь, аппликационным лечением иловыми грязями повышает эффективность терапии до 96,55%.

Ключевые слова: псориаз, азотно-кремнистые термальные воды, грязелечение.

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS NITROGEN-SILICA TERMAL WATERS IN COMBINATION WITH MUD BATHS

A. V. Nekipelova, V. G. Vlasov
Territory State Budget Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public health Workers» Ministry of Health of the Khabarovsk Territory; Specialized Rehabilitation Hospital «Annensky Water», Anninskiye Mineralniye Vody, Ulchi District of the Khabarovsk Territory

Summary Provides its own data on the treatment of patients with psoriasis nitrogen-siliceous thermal waters in combination with mud baths in the Specialized Hospital Rehabilitation (SBVL)»Annenskaya Water.» We observed 60 patients with psoriasis. Of 32 females and 28—16 male and 63 years.

Clinical efficacy was evaluated in patients with psoriasis index PASI. Water SBVL «Annenskaya water» has a positive effect on patients with psoriasis. As a result balneoprocedures erythema, infiltration and desquamation of psoriatic papules, plaques are reduced to 2—3 times. After a comprehensive spa treatment appear depigmented patches of secondary character, improves skin, improves its elasticity. High treatment efficiency of nitrogen-siliceous thermal waters (AKTV) combined with mud therapy in patients with psoriasis Arthropathic supports a decrease in PASI score of this group of patients more than 75%.

Complex treatment of patients with psoriasis SBVL «Annenskaya water» baths with mineral water, mineral water into the intake, treatment applicator silt mud therapy improves to 96.55%.

Key words: psoriasis, nitrogen-siliceous thermal waters, mud baths.

Актуальность

Применение грязей в терапевтических и косметологических целях имеет многовековую историю. С лечебной целью грязи применяли в Древнем Египте, Риме, Индии, Иордании о чём имеются указания историков и врачей [7, 9, 12].

В России грязи стали использовать в XIV—XVI веке на Крымском полуострове («Саки»). С XIX века началось лечебное использование грязей в Западной Европе. Применение грязей Мёртвого моря в терапевтических целях пользуется большой популярностью и сегодня [8, 11, 13].

Грязелечение считается одним из эффективнейших методов физиотерапевтического воздействия на организм, находит применение при лечении кожных болезней [1—6].

Грязелечение является мощным фактором оздоровления больных с хроническими дерматозами. Грязь обладает тепловыми качествами: теплоёмкостью, теплопроводностью, теплоудерживающей способностью. Этот процесс объясняется большим количеством минеральных веществ [10].

Особенности общего действия грязелечения обосновывают целесообразность её широкого применения для оздоровления больных с хроническими рецидивирующими дерматозами (ХРД), в патогенезе которых важную роль играют: изменённая иммунологическая реактивность организма, функциональные нарушения нервной системы и обмена веществ.

В Хабаровском крае имеются запасы лечебных грязей, которые используются в комплексной терапии больных ХРД в Специализированной больнице восстановительного лечения (СБВЛ)»Анненские Воды». СБВЛ «Анненские воды» — старейшее медицинское учреждение для реабилитации дерматологических больных. Основные запасы лечебной грязи добывают из о. Гавань, расположенного в четырёх километрах от СБВЛ «Анненские воды».

Цель исследования: изучить клиническую эффективность комплексного применения природных лечебных факторов Хабаровского края: минеральной воды Анненского месторождения (МВАМ) в сочетании с грязелечением и обосновать показания к их применению в терапии больных псориазом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 60 больных псориазом, получающих грязелечение. Из них 32 лица женского пола и 28 — мужского. В группе обследованных число женщин было в 1,14 раза больше, чем мужчин и равнялось соответственно 53,33% и 46,67%. Больных обыкновенным псориазом было 45 (75,00%) в 3 раза больше, чем артропатическим (рис. 1).

Средние показатели по возрасту у больных обыкновенным псориазом, имеющих сопутствующие заболевания (остеохондроз и артралгии), получаюших грязелечение составили у женщин 39,86±0,04 лет, а у мужчин 41,46±0,08 лет. У 11 человек (24,44%) из 45 больных обыкновенным псориазом сопутствующим заболеванием был остеохондроз и поэтому пациенты охотно принимали грязелечение по поводу сопутствующих заболеваний.

В СБВЛ «Анненские воды» для лечения деформирующих артрозов, артрозо-артритов, используются глинистые илы о. Гавань в виде аппликаций. Грязелечение в первую очередь назначается больным с поражением суставов [1].

Наблюдали 15 больных артропатическим псориазом. Средние показатели по возрасту у больных артропатическим псориазом, получаюших грязелечение были несколько выше (у женщин 44,66±0,67, а у мужчин 46,00±0,73 лет). Больные артропатическим псориазом, кроме кожных проявлений, имели поражения суставов. Чаще всего поражались мелкие суставы кистей и коленные суставы. Изменения со стороны суставов были подтверждены рентгенологическими исследованиями по месту жительства.

При артропатическом псориазе поражаются суставы, преимущественно межфаланговые кистей и стоп, реже — крупные суставы. У больных появляются болевые ощущения, затем отмечается припухание суставов и ограничение их подвижности как результат инфильтрации и уплотнения околосуставных тканей (параартрит).

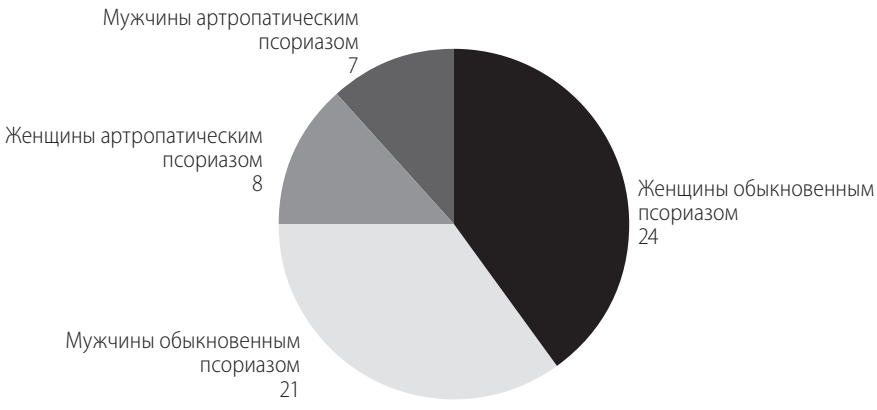

Рис. 1. Соотношение больных обыкновенным и артропатическим псориазом

Основными лечебными факторами СБВЛ «Анненские Воды» в комплексной терапии больных псориазом являются МВАМ и грязь о. Гавань (рис. 2, 3).

Рис. 2. Ванна с минеральной водой

Рис. 3.—Грязелечение

МВАМ — азотно-термальная, слабоминерализованная, сульфатно-гидрокарбонатно-натриевая, кремнистая с содержанием метакремниевой кислоты более 50 мг/дм^3, с повышенным содержанием фтора, щелочной реакции среды.

$$H_2SiO_3\ 108мг/л;\ F\ 2{,}5мг/л;\ M\ 0{,}39\frac{(HCO_3+CO_3)60\ SO_4\ 22}{(Na+K)\ 88}\ pH=9{,}1;\ t+52^{\circ}C$$

Формула 1. Химический состав минеральной воды Анненского месторождения по Курлову

Микроэлементный состав включает калий, магний, кальций, бром и другие микроэлементы. По температуре относится к группе высокотермальных вод. Содержание биологически активной кремниевой кислоты достигает 84—108 мг/дм^3.

Грязь о. Гавань Ульчского района Хабаровского края, относится к низкоминерализованной, слабосульфидной иловой грязи (Палкинская разновидность) лечебные свойства которых обусловлены главным образом их тепловыми показателями, высокой адсорбционной способностью и относительно высоким содержанием органического вещества. Ближайшим известным аналогом их являются грязи курорта Хаапсалу (Эстония).

Грязелечение (пелоидотерапия) назначалась по следующей методике: грязевые аппликации грязи озера Гавань по общей методике, толщиной лепешки 3—3,5 см, температурой 42—44 °С, 2 дня подряд и 1 день перерыв, на курс 8—10 процедур.

Больные получали комплексное лечение (по показаниям):

- Общие ванны с минеральной водой № 8—12
- Души (циркулярный № 6, нисходящий № 6)
- Гидромассаж № 6
- Физиолечение (УФО; лазеротерапию; электролечение — электросон, Д 'Арсонваль, амплипульс; аэрофитотерапию)
- Массаж
- Больным артропатическим псориазом назначали грязелечение (грязь озера Гавань — 20 минут на область поражённых суставов).

Результаты и обсуждение

Клиническая эффективность у больных псориазом оценивалась по индексу PASI. Вода СБВЛ «Анненские воды» благоприятно влияет на больных псориазом. В результате бальнеопроцедур эритема, инфильтрация и шелушение в области псориатических папул, бляшек уменьшаются в 2—3 раза, наблюдали снижение индекса PASI.

После комплексного бальнеолечения появляются депигментированные пятна вторичного характера, улучшается тургор кожи, повышается её эластичность. Высокую эффективность лечения азотно-кремнистыми термальными водами (АКТВ) в сочетании с грязелечением у больных артропатическим псориазом подтверждает снижение индекса PASI в этой группе больных более чем на 75%.

Показатели общего анализа крови, выполненные непосредственно на источнике, позволяют оценить эффективность бальнеопроцедур. Интервал между забором крови до и после лечения процедур не велик (7—10 дней). Но несмотря на это наблюдается определённая динамика (рис. 4).

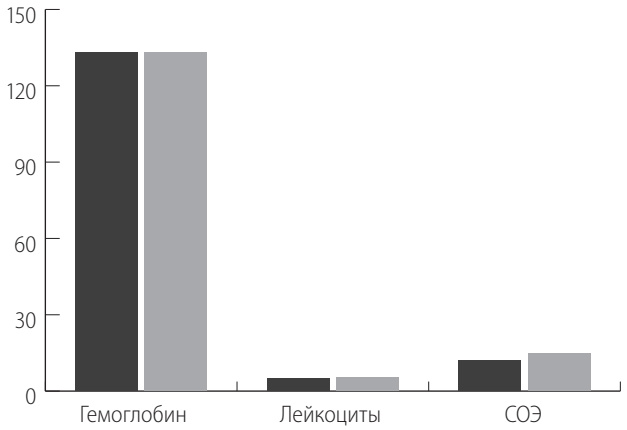

Рис. 4. Показатели гемограммы у дерматологических больных в процессе бальнеотерапии в СБВЛ «Анненские воды»

В процессе бальнеопроцедур имелась незначительная тенденция к повышению гемоглобина с 133,0±1,33 до133,22±1,20 (р >0,05); СОЭ с 12,0±0,99

до14,89±1,30 (p >0,05); лейкоцитоза с 5,06±0,33 до 5,26±0,43 (p >0,05).

Лейкоцитарная реакция является своеобразным индикатором полезности грязелечения: в начале курса грязелечения количество лейкоцитов снижается, а в конце — повышается. При отсутствии выраженной лейкоцитарной реакции организма можно проводить интенсивное грязелечение, и, наоборот, при сильной лейкоцитарной реакции надо ограничивать и количество процедур, и продолжительность, и температуру каждой грязевой процедуры.

Грязелечение в значительной мере снижает активность воспалительного процесса и часто способствует его ликвидации. Под его влиянием меняется реактивность организма, о чем свидетельствует динамика многих показателей, характеризующих состояние различных функциональных систем, в том числе и лейкоцитарная реакция организма.

Под влиянием грязелечения первая стадия повышенной чувствительности к антигену (очаговой инфекции) сменяется второй, в процессе которой наступает десенсибилизация организма. Важную роль в этом процессе играет накопление биологически активных веществ. Под влиянием грязелечения в коже увеличивается содержание гистамина и гистаминоподобных веществ, меняется гистаминопексический индекс, повышается проницаемость тканевых структур, которые открывают путь для проникновения ряда химических веществ в организм. Эти вещества принимают участие в процессе десенсибилизации.

При соприкосновении лечебной грязи с кожными покровами возникает электрический ток, который содействует расщеплению химических веществ грязи на ионы и их проникновению через кожу. Через кожу проникают также гормоноподобные вещества, содержащиеся в грязевых аппликациях.

Под влиянием местного применения грязевых процедур улучшаются регенеративные процессы в кости, обнаруживается реконструктивная фаза костного регенерата вплоть до полного преобразования костных структур.

Грязевые процедуры улучшают питание тканей, способствуют размягчению рубцов, рассасыванию спаек, стимулируют регенеративные процессы, ускоряют обызвествление костной мозоли, уменьшают тугоподвижность конечностей, увеличивают объём движений в суставах. Под влиянием курса грязелечения повышается уровень 11 оксикортикостероидов (11 — ОКС) в плазме крови, что приводит к уплотнению клеточных мембран, уменьшению экссудативного компонента воспаления, а так же к усилению супрессивного кортикостероидного эффекта [4].

Лечебная грязь меняет эти функции с помощью комплекса химических, механических, биотических, электрических свойств, причем каждое воздействие лечебной грязи взаимосвязано и включает одновременно или последовательно различные функциональные системы.

Установлено, что грязевые аппликации оказывают комплексное влияние на основные функции организма (кровообращение, дыхание, обмен веществ, выделения и пр.). Во время приема процедур учащаются пульс и дыхание, повышается артериальное, которое затем снижается, усиливается потоотделение. повышается мочевыделительная функция. Под влиянием грязевых процедур улучшается венечное кровообращение, меняется сократительная способность миокарда и периферическое сопротивление. Лечебные грязи повышают кровенаполнение артериол, прекапилляров и капилляров.

Существенное значение имеют функциональная активность симпатической и парасимпатической нервной системы. Они свидетельствуют о сложности механизмов регуляции и восстановления этой функции под влиянием грязелечения.

Таким образом, комплекс указанных изменений способствует улучшению обмена веществ, регуляции нейрогуморальных процессов, повышению трофической функции, иммунологической реактивности.

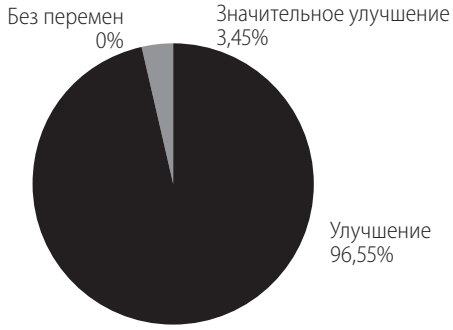

Рис. 5. Эффективность грязелечения в СБВЛ «Анненские воды»

Комплексная терапия больных ХРД в СБВЛ «Анненские воды» ваннами с минеральной водой, приёмом минеральной воды внутрь, аппликационным лечением грязями значительно повышает её эффективность до 96,55% (рисунок 5).

Выводы

1. В результате комплексной терапии больных артропатическим псориазом, обыкновенным псориазом в сочетании с остеохондрозом МВАМ в сочетании с грязелечением в СБВЛ «Анненские воды» эритема, инфильтрация и шелушение в области псориатических папул, бляшек уменьшаются в 2—3 раза.
2. Высокую эффективность лечения МВАМ в сочетании с грязелечением у больных артропатическим псориазом подтверждает снижение индекса PASI в этой группе больных более чем на 75%.
3. В процессе бальнеопроцедур имелась незначительная тенденция к повышению гемоглобина с 133,0±1,33 до133,22±1,20 (p >0,05); СОЭ с 12,0±0,99

до14,89±1,30 (p >0,05); лейкоцитоза с 5,06±0,33 до 5,26±0,43 (p >0,05).

4. Использование МВАМ в сочетании с аппликациями грязи о. Гавань обеспечивает противовоспалительный и аналгезирующий эффект у больных артропатическим псориазом, обыкновенным псориазом в сочетании с остеохондрозом, другими поражениями опорно-двигательного аппарата, что приводит к увеличению объема движений в пораженных суставах.
5. В результате комплексной терапии больных псориазом азотно-кремнистыми термальными водами в сочетании с грязелечением в СБВЛ «Анненские Воды» эффективность терапии у больных артропатическим псориазом повышается до 96,55%.
6. Комплексная терапия позволяет увеличивать межрецидивный период у больных артропатическим псориазом в 1,5—2 раза.

Литература

1. Бендерская, А. З. Первый опыт грязелечения в специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды» / А. З. Бендерская, В. Г. Власов // Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке: материалы XIII науч. — практ. конф., г. Хабаровск, 18 дек. 2003 г. — ДВГМУ, 2003. — С. 55—58.
2. Иванов, О. Л. Бальнеотерапия в комплексном лечении псориаза и атопического дерматита / О. Л. Иванов, А. А. Халдин, М. А. Самгин, Д. В. Игнатьев, Т. Б. Косцова, Д. В. Баскакова // Рос. журн. кож. и венер. болезней.— 2007.— № 2. — С. 14—21.
3. Короткий, Н. Г. Современная наружная и физиотерапия дерматозов / Н. Г. Короткий, А. А. Тихомиров, О. А. Сидоренко; под ред. Н. Г. Короткого. — М.: Изд-во «Экзамен», 2007.— 703 с.
4. Пономаренко, Г. Н. Физиотерапия: нац. рук. / под ред. Г. Н. Пономаренко. — М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 302—333.— (Серия «Национальные руководства»).
5. Сидоренко, С. В. Природные лечебные факторы Дальнего Востока в терапии дисметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией у детей: автореф. дисс… д-ра мед. наук. — Хабаровск, 2009.— 44 с.
6. Costantino M, Lampa E. [Psoriasis and mud bath therapy: clinical-experimental study]. Clin Ter. 2005 Jul-Aug;156(4):145—9. Italian. PubMed PMID: 16342515.
7. Delfino M, Russo N, Migliaccio G, Carraturo N. [Experimental study on efficacy of thermal muds of Ischia Island combined with balneotherapy in the treatment of psoriasis vulgaris with plaques]. Clin Ter. 2003 May-Jun;154(3):167—171. Italian. PubMed PMID: 12910806.
8. 8. Katz U, Shoenfeld Y, Zakin V, Sherer Y, Sukenik S. Scientific evidence of the therapeutic effects of dead sea treatments: a systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2012 Oct;42(2):186—200. doi: 10.1016/j.semarthrit.2012.02.006. Epub 2012 Apr 12. PubMed PMID: 22503590.
9. 9. Mazzulla S, Chimenti R, Sesti S, De Stefano S, Morrone M, Martino G. [Effect of sulphurous Bioglea on psoriasis]. Clin Ter. 2004 Nov-Dec;155(11—12):499—504. Italian. PubMed PMID: 15861965.
10. Mustur D, Vujasinović-Stupar N. [The impact of physical therapy on the quality of life of patients with rheumatoid and psoriatic arthritis]. Med Pregl. 2007 May-Jun;60(5—6):241—6. Serbian. PubMed PMID: 17988056.
11. Portugal-Cohen M, Soroka Y, Ma'or Z, Oron M, Zioni T, Brégégère FM, Neuman R, Kohen R, Milner Y. Protective effects of a cream containing Dead Sea minerals against UVB-induced stress in human skin. Exp Dermatol. 2009 Sep;18(9):781—8.doi: 10.1111/j.1600—0625.2009.00865.x. Epub 2009 Mar 23. PubMed PMID: 19469888
12. Riyaz N, Arakkal FR. Spa therapy in dermatology. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 Mar-Apr;77(2):128—34. doi: 10.4103/0378—6323.77450. Review. PubMed PMID: 21393940.
13. Sukenik S, Giryes H, Halevy S, Neumann L, Flusser D, Buskila D. Treatment of psoriatic arthritis at the Dead Sea. J Rheumatol. 1994 Jul; 21(7):1305—9. PubMed PMID: 7966074.

АКУСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ (ОБЗОР)

А. В. Карпова[1], В. Н. Федорова[2], Д. Ф. Кашеваров[2], Е. Е. Фаустова[2], Ю. Ф. Сахно[1]
[1]РУДН; [2]РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Резюме В последние годы для диагностики и наблюдения за процессом лечения кожи (мягких тканей) широко применяется акустический метод, основанный на измерении скорости распространения в тканях поверхностных волн звукового диапазона. Этот метод нашел широкое применение в различных областях медицины.
В работе представлены обзор результатов исследования некоторых заболеваний кожи — псориаз, грибовидный микоз, рубцы — с использованием акустического метода, позволяющего измерять скорость распространения поверхностных акустических волн. Представлены методики объективной акустической диагностики степени тяжести заболеваний и оценки эффективности лечения.
Цель иследования: обобщить возможности использования акустического метода для дифференциальной объективной диагностики некоторых заболеваний кожи. и оценки эффективности лечения.
Материалы и методы. Объектом исследования является визуально-здоровая и патологически измененная кожа при псориазе, грибовидном микозе, рубцах.
Исследование кожи осуществлялось при использовании акустических приборов [2, 3].
Результаты. Сравнение акустических свойств кожи в норме и в очагах с разной степенью тяжести заболевания позволяет ввести критерии объективной оценки стадии заболевания и эффективности лечения.
Заключение. На основании обобщения рассмотренных результатов можно рекомендовать дополнительный неинвазивный объективный акустический метод для изучения заболеваний кожи.

Ключевые слова: псориаз, грибовидный микоз, рубцы, акустический метод, скорость распространения поверхностных волн, диагностика степени тяжести заболеваний кожи.

DISEASES OF THE SKIN ACCORDING TO THE ACOUSTIC METHOD (REVIEW)

A. V. Karpova[1], V. N. Fedorova[2], D. F. Kashevarov[2], E. E. Faustova[2], Yu. F. Sachno[1]
[1]RUDN University, [2]Pirogov Russian National Research Medical University

Summary In recent years, diagnosis and monitoring of treatment of skin (soft tissue) is widely used acoustic method based on the measurement of the propagation velocity in the tissue surface waves of a sound range. This method found wide application in various fields of medicine.

The paper presents the survey results of some skin diseases — psoriasis, mycosis fungoides, scars — using acoustic method allowing to measure the velocity of propagation of surface acoustic waves. There is presented method of objective acoustic diagnostics of the disease severity and evaluation of treatment effectiveness.

The aim of the study: to summarize the possibility of using acoustic methods for the objective differential diagnosis of some skin diseases and evaluation of treatment effectiveness.

Materials and methods. The object of study is visual-a healthy and pathologically changed skin psoriasis, mycosis fungoides, scars.

The study of the skin was carried out with the use of acoustic devices [2, 3].

Results: Comparison of the acoustic properties of the skin in normal and in the affected skin allows to develop criteria for the staging of disease and to measure the treatment effectiveness.

Conclusion: Additional objective non-invasive acoustic method to study the skin diseases can be recommended.

Key words: psoriasis, mycosis fungoides, scars, acoustic method, the speed of propagation of surface waves, diagnostic of skin diseases.

В настоящее время для изучении кожи используются различные неинвазивные технологии визуализации [1]. При диагностике и оценке эффективности лечения многие из них являются достаточно информативными, но дорогостоящими. Они требуют специальной подготовки специалистов к работе на соответствующих *стационарных* приборах.

В повседневной медицинской практике пользуются визуальным и пальпаторным методами, но эти методы весьма субъективны (часто зависят от опытности врача).

В последние годы для диагностики и наблюдения за процессом лечения кожи (мягких тканей) широко применяется *акустический метод* [2,3], основанный на измерении скорости распространения в тканях поверхностных волн звукового диапазона. Этот метод в последние годы нашел широкое применение в различных областях медицины [4—7, 10].

Измеряемым параметром является скорость распространения поверхностных акустических волн, измеряемая в области визуально непораженной кожи, которая принималась за норму у каждого пациента (Vн) и скорость, измеряемая в патологически измененной области (Vп). Вычисляемые параметры: среднее значение скоростей для каждой области (Vср), отношение (Vп/Vн), среднеквадратическое отклонение σ (вычисляемое по стандартной методике), коэффициент вариабельности Q = σ/Vср.

Диагностика стадий заболевания

В процессе применения любого метода лечения заболеваний кожи важным является определение стадии заболевания. [7, 8,10]. Это определяет выбор средств, методов лечения и профилактики обострений. Сложность в постановке правильного диагноза стадии заболевания объясняется и клиническим сходством между различными стадиями, а также тем, что не всегда выражены их визуальные особенности. Именно данные трудности определяют большой процент расхождения между клиническими и гистологическими диагнозами:

а) Псориаз

В дерматологии выделено три стадии этого заболевания: прогрессирующая, стационарная и регрессирующая [9], особенности которых хорошо известны. Результаты акустического исследования кожи при разных стадиях псориаза представлены в табл. 1.

Таблица 1. Скорость в визуально непораженной коже (Vн) и в очагах поражения (Vп) при разных стадиях псориаза

Объект	V, м/с	σ, м/с	Vп/Vн,%	Q
Норм. кожа	26	± 3	100	
Бляшка:				
регресс.	33	± 4	129 ± 16	0,12
стацион.	49	± 7	187± 18	0,14
прогресс.	65	± 10	251 ± 40	0,16

На рис. 1 представлены гистограммы распределения параметра (Vп/Vн) для различных стадий псориаза.

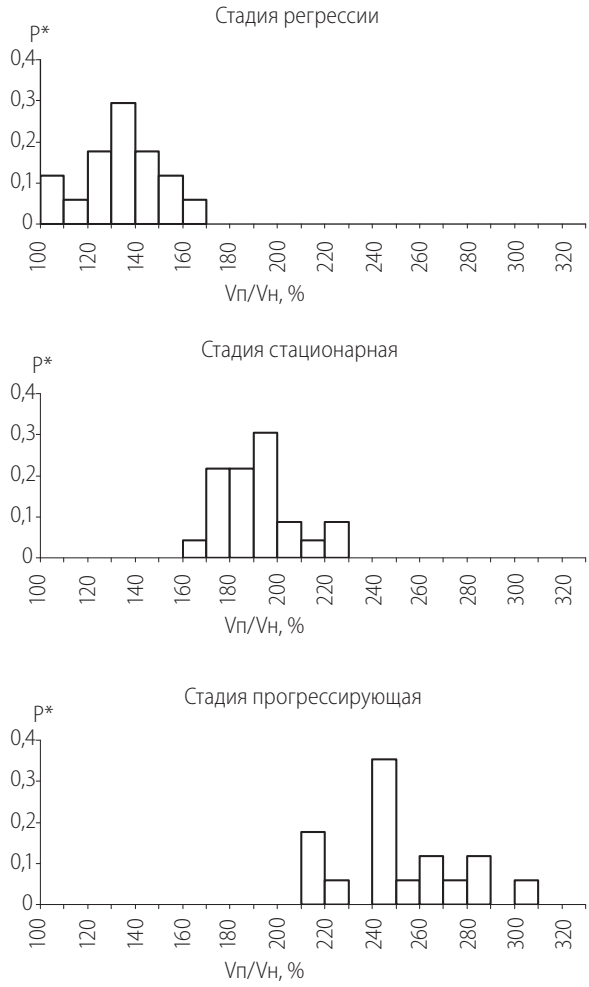

Рис. 1. Гистограммы распределения параметра (Vп/Vн) для различных стадий псориаза
P* — относительная частота

В выделенных стадиях псориаза наблюдается удовлетворительная корреляция биомеханических параметров и гистологических характеристик кожи (определяемых в точках акустического сканирования), представленных в [11]. Результаты мофометрических и гистологических изменений в псориатических элементах и на участках визуально здоровой кожи при псориазе показали, что с увеличением толщины объема эпидермиса скорость (Vп) возрастает. Скорость (Vп) возрастает также пропорционально увеличению толщины собственно рогового слоя.

Внутри области поражения значения (Vп) в соседних точках существенно различаются. Эти различия возрастают по мере усиления тяжести заболевания, табл. 1. По-видимому, высокая неоднородность значений (Vп) свидетельствует о существовании значительной гетерогенности кожи в области псориазной бляшки. Это подтверждается гистологическими дан-

ными [8], которые свидетельствуют, что значительным отличиям Vп соответствует большая гетерогенность патоморфологической картины в псориазном очаге. Мерой этой гетерогенности можно считать коэффициент вариабельности Q = σ/Vср.

б) Грибовидный микоз

Обычно выделяют три стадии этого заболевания: эритематозную, бляшечную и опухолевую [9].

В табл. 2 представлены усредненные акустические параметры для различных стадий ГМ.

Таблица 2. Скорость визуально непораженной кожи и в очаге патологии при различных стадиях ГМ.

Объект	V, м/с	σ, м/с	(Vп/Vн),%	Q
Норм. кожа	26	±3	100	
Очаг				
эриматозн. ст.	35	±6	133 ± 10	0,17
бляшечн. ст.	47	± 10	182 ± 26	0,21
опухолев. ст.	75	± 18	302 ± 47	0,26

На рис 2 показаны гистограммы распределения параметра (Vп/Vн) для различных стадий ГМ.

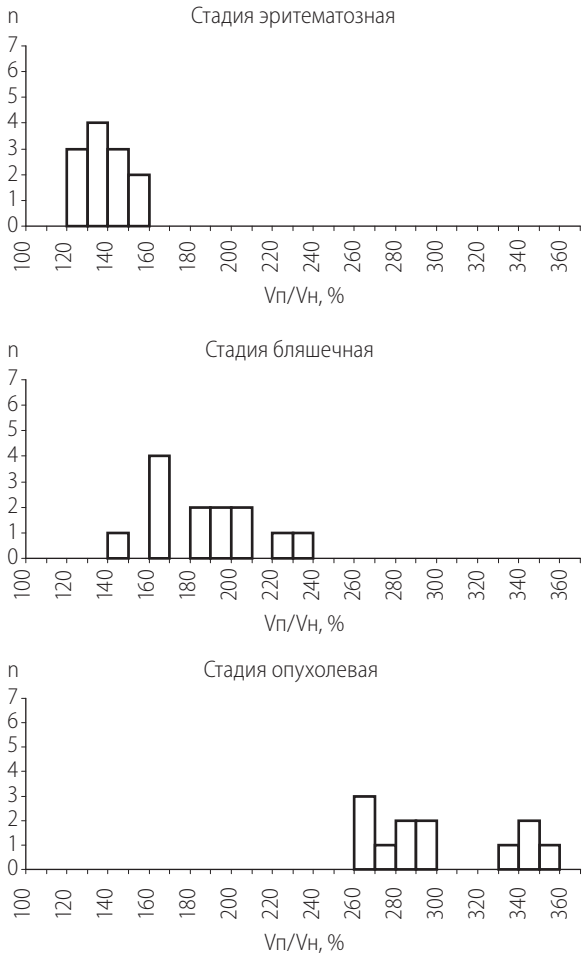

Рис. 2. Гистограммы распределения параметра Vп/Vн для различных стадий ГМ
n — число больных

С целью выяснения тенденции изменения скорости у больных на разных стадиях ГМ, использовались данные гистологических исследований, выполненные в [12] параллельно с акустическим исследованием данной патологии. Гистологическое исследование биоптатов кожи производилось с тех участков, в которых проводилось измерение скорости. Сопоставление гистологической картины биоптатов в различных стадиях ГМ с акустическими параметрами свидетельствуют о наличии определенного соответствия измеренных характеристик. Так, максимальное значение величины (Vп/Vн) определялись у больных в опухолевой стадии, когда гистологически наблюдался плотный массивный опухолевый пролиферат, захватывающий все слои кожи. У больных в бляшечной стадии величина Vп/Vн была ниже, и гистологически процесс был менее выражен: инфильтрат локализовался, как правило в верхней половине дермы, местами инфильтруя эпидермис. У больных с бляшечной стадией величина (Vп/Vн) была наименьшей, и гистологические изменения были минимальны.

в) Рубцы

Обычно выделяют 3 типа: неосложненные (нормотрофические) рубцы, гипертрофические рубцы и келоидные рубцы [13].

По результатам сканирования были рассчитаны характеристики рубцов, представленные в табл. 3

Таблица 3. Акустические хаактеристики в рубцах разной природы.

Характеристики	Атрофический рубец	Гипертрофич. рубец	Келоидный рубец
Визуально нормальная кожа			
Скорость, Vн, м/с	37,0 ± 2,5	41,0 ± 4,0	44,0 ± 4,0
СКО σ, м/с	6,7	9,5	15
Вариабельность Q	0,18	0,22	0,34
Рубцовая ткань			
Скорость Vп, м/с	40,0 ± 2,5	60,0 ± 5,0	111,0 ± 15,0
СКО σ, м/с	4,8	10,6	30
Вариабельность Q	0,12	0,18	0,27
Vп/ Vн	107 ± 7	137 ± 12	252 ± 41

На рис. 3 показаны эмпирические плотности распределения скорости поверхностной волны для рубцов различных типов.

Гистологические исследования иссеченного гипертрофического рубца дает следующую информацию [4] толщина эпидермиса больше в келоидном рубце по сравнению с гипертрофическим; блестящий слой определен более в келоидном рубце; толщина коллагена больше в келоидном рубце; упорядоченность коллагеновых волокон имеет место в гипертрофическом рубце; в келоидном рубце упорядоченность волокон почти отсутствует; инфильтрация фибробластов более выражена в келоиде.

Результаты акустического сканирования совпадают с данными гистологических исследований также в работе [7,10]: на большом клиническом материа-

ле достоверно показано соответствие акустических и клинических, гистолого-морфолигических результатов дифференциальной диагностики типов рубцов.

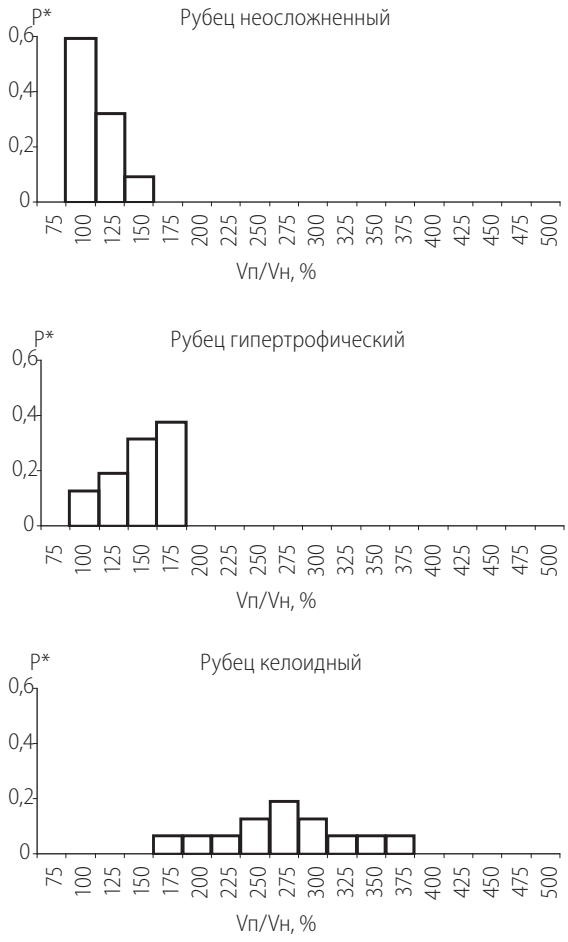

Рис. 3. Гистограммы распределения параметра (Vп/Vн) для рубцов различных типов
P* — относительная частота

Предложен объективный критерий определения типа рубцовой ткани:

- если отличия между нормой и патологией составляют 5—15%, то рубец нормотрофический; 20—50% — то рубец гипертрофический; 80—100%, то рубец келоидный.

При сопоставлении таблиц 1, 2, 3 можно установить связь между некоторыми качественными клиническими признаками и объективными характеристиками. Качественный признак плотность определяется через количественный параметр — скорость Vп; бугристость (неоднородность) через параметры σ и Q, степень выраженности патологического процесса через параметр (Vп/ Vн).

Сопоставление гистологических данных с акустическими параметрами позволяет приблизиться к пониманию влияния структурной организации ткани на ее акустические характеристики.

Оценка эффективности лечения

а) Псориазная бляшка

В процессе стандартного лечения псориаза в разные периоды лечения сравнивались значения скорости V, измеренной в одном и том же месте патологического очага. Динамика значений V для двух примеров представлена на рис. 4.

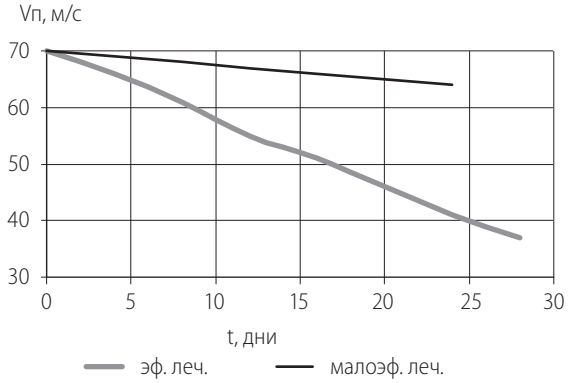

Рис. 4. Динамика изменения скорости при различной эффективности лечения

При клиническом положительном эффекте лечения в бляшке за время лечения скорость снизилась от 70 до 35 м/с, (на 50%) Клинически наблюдалось разрешение почти всех псориатических высыпаний до стадии остаточной эритемы. При клиническом определении отсутствие положительного эффекта лечения в бляшке скорость изменялась несущественно: от 70 м/с до 64 м/с, (на 8%) Клинически при этом наблюдалось сохранение воспалительных псориатических элементов и появление новых высыпаний.

б) Артропатический псориаз

Примерно у 12% больных псориазом встречается артропатическая форма заболевания, которая трудно поддается лечению. При лечении этой формы псориаза в [4] использовалась методика лечения электромагнитным излучением низкой интенсивности. Приведен один из примеров.

Больной при поступлении в отделение имел поражения в области шейных суставов, что являлось причиной ограниченности объема движений. Результаты акустического сканирования (вдоль линии по задней стороне шеи, 13 точек) свидетельствуют о том, что скорость над пораженным суставом в (1,5—2) раза выше по сравнению с участками кожи, удаленными от очага поражения, рис. 5. Уже через 10 дней после начала лечения у больного заметно снизились боли, существенно увеличился объем движений.

В конце лечения значения скорости над суставом и на периферии отличались не более чем на 30%.

Таким образом, динамика значений скорости на коже пораженного сустава соответствует динамике патологического процесса и стадии заболевания, что дает возможность включить акустическое обследование в комплекс диагностических методов для оценки течения лечения артропатического псориаза.

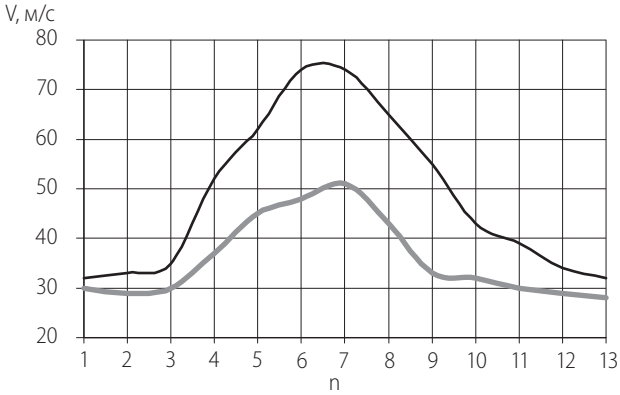

Рис. 5. Изменение скорости V над воспаленным суставом в области шеи в процессе эффективного лечения: верхняя линия — до лечения, нижняя линия — через 10 дней после начала лечения

в) Общий критерий оценки эффективности лечения

Изменение параметра ((Vп/Vн) в процессе лечения показано на рис. 6.

На основании проведенных исследований был предложен следующий критерий для оценки эффективности лечения: если в процессе лечения значения скорости Vп продолжают оставаться на уровне, превышающим значение в нормальной визуально непораженной коже более чем на 50%, то лечение можно считать малоэффективным; если скорость Vп в процессе лечения снижается до значений, отличающихся от нормы менее чем на 50%, тогда лечение считается эффективным.

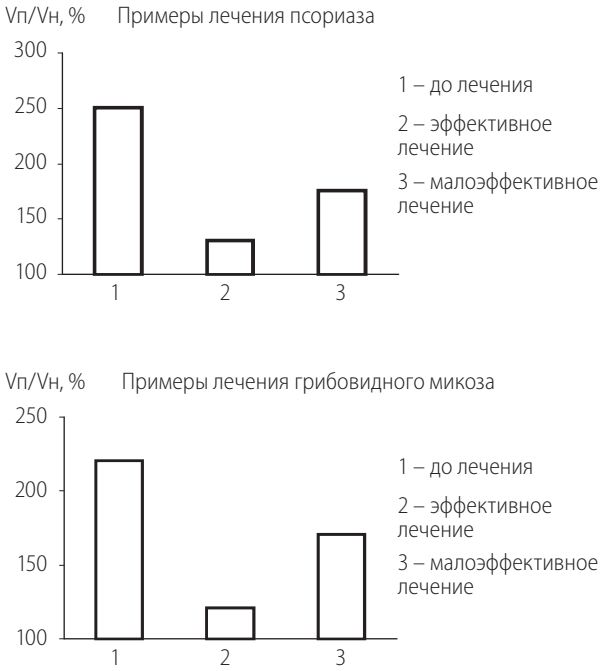

Рис. 6. Значения параметра (Vп/Vн) при разной эффективности лечения у больных псориазом и грибовидным микозом

Вывод. На основании рассмотренных результатов можно проводить дополнительную неинвазивную объективную оценку выраженности степени тяжести патологического процесса (стадию кожного заболевания), используя акустический метод.

Литература

1. Штиршнайдер Ю. Ю., Миченко А. В., Катунина О. Р., Зубарев А. Р. Современные неинвазивные технологии визуализации в дерматологии// Вестник дерматологии и венерологии; 2011. № 5; с. 41—53.
2. Sarvazyan A. P.et al., Method and device for acoustic testing of elasticity of biological tissues, United States Patent, № 4, 947851, 14. 08. 1990.
3. Фаустова Е. Е., Федорова В. Н., Куликов В. А. Способ неинвазивного измерения скорости распространения акустических колебаний в эластичной ткани. Патент RU 2362487 C 2 27. 07. 2009 г.
4. Федорова В. Н. Экспериментальное обоснование использования акустических свойств кожи и других тканей для диагностики и оценки эффективности их лечения. Дисс. докт. биол. наук. М.. 1996.
5. Федорова В. Н., Фаустова Е..Е., Кононец О. А., Фаустов Е. В. Обзор применения механических акустических свойств кожи в медицине. Проблемы женского здоровья. № 3, том 5, 2010. с. 79—82.
6. Карпова А. В., Васенова В. Ю., Бутов Ю. С., Федорова В. Н. Оценка эффективности криотерапии псориаза по изменению акустических параметров кожи, Экспериментальная и клиническая дерматокосметология, 1, 2011. с. 3—5.
7. Соболева И.В., Будкевич Л. И., Шурова Л. В., Федорова В. Н. Дифференциально-диагностические критерии типа рубцовой ткани у детей с последствиями термической травмы.// Детская хирургия, № 5, 2007. с. 30—34.
8. Сарвазян А. П., Мордовцев В. Н., Асоян К. В., Динамические вязко-упругие характеристики кожи больных псориазом // Вест. дерматол. венерол.— 1981. № 11, с. 14—16.
9. 9. Скрипкин Ю. К., Шарапова Г. М., Кожные и венерические заболевания. — М. Медицина. 1985.
10. 10. Плигин В. А. Оценка эффективности лечения келоидных и гипертрофических рубцов у детей с помощью акустического метода: Дисс. канд. мед. н. М.1997.
11. 11. Воронков В. Н. Исследование механических свойств кожи человека в норме и при патологических состояниях. — Пущино, 1993.
12. 12. Ахтямов С. Н. Сравнительное изучением эффективности химио- и ПУВА-терапии у больных грибовидным микозом: дисс. канд. мед. наук. М. 1988.
13. 13. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб. Гиппократ. 1998. С. 744.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

К. В. Обыденова[1], А. Н. Хлебникова[1], Т. Г. Седова[2]
[1]ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского; [2]ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера

Резюме

Актуальность проблемы: Актинический кератоз (АК) является наиболее частным предраковым эпителиальным поражением кожи, знание факторов риска, ассоциированных с болезнью, позволяет предотвратить развитие болезни и малигнизацию процесса.

Цель исследования: Выявление и изучение факторов риска, участвующих в развитии АК.

Материалы и методы. Были опрошены 35 пациентов по специально разработанной анкете с целью выявления факторов, ассоциированных с развитием заболевания.

Результаты. Основными факторами явились фенотипические признаки и данные анамнеза, связанные с воздействием внешней среды, профессиональной деятельностью и онкологический анамнез.

Выводы. В развитии АК имеют значение фенотипические признаки, отражающие защитный ресурс кожи от воздействия УФО, интенсивная инсоляция, контакт с канцерогенными химическими веществами и различными видами излучения.

Ключевые слова: актинический кератоз, факторы риска, фенотип, инсоляция, канцерогены

FACTORS ASSOCIATED WITH ACTINIC KERATOSIS

K. V. Obydenova[1], A. N. Khlebnikova[1], T. G. Sedova[2]
[1]GBUZ MO Moscow Regional Research Clinical Institute of M. F. Vladimirskii; [2]GBOU VPO Perm State Medical University of Academician E. A. Vagner

Summary.

Relevance. Actinic keratosis (AK) is the most private precancerous epithelial lesions of the skin, the knowledge of the risk factors associated with the disease, to prevent disease progression and malignancy of the process.

The purpose of the study. Identification and study of the risk factors involved in the development of AK.

Materials and Methods. 35 patients were interviewed by a specially designed questionnaire to identify factors associated with the development of the disease.

Results. The main factors were the phenotypic characteristics and medical history data associated with the impact of the external environment, occupational and oncological history.

Conclusions. The development of the AK are important phenotypic traits that reflect a protective skin from the effects of UVR, intensive insolation, exposure to carcinogenic chemicals and various types of radiation.

Keywords: actinic keratosis, risk factors, phenotype, sun exposure, carcinogens

Актинический кератоз (АК) (син.: солнечный кератоз, старческий кератоз) — наиболее частое предраковое эпителиальное поражение кожи [1].

АК является первым серьезным признаком солнечного повреждения кожи и рассматривается в качестве предшественника плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи [2].

Обычно проявляется в виде единичных или множественных очагов на открытых участках кожного покрова, представленных красными шелушащимися бляшками [2].

К факторам риска относят фенотипические признаки — это цвет кожи, глаз и волос, т.е. фототип по Фитцпатрику. В зону риска попадают фототипы с I—III, т.к. имеется дефицит естественных факторов защиты. Ультрафиолетовое облучение (УФО) занимает центральную позицию среди провоцирующих факторов в развитии АК. Имеют значения как длительное по времени пребывание на солнце, так и краткосрочное, но интенсивные по силе облучения воздействия. В связи с этим возрастает интерес к географическим зонам для которых характерно интенсивное УФ-облучение, например, юг России и страны бывшего СНГ, тропические страны [3].

После длительного воздействия УФО возникают различные признаки фотоповреждения (морщины, эластоз), в зависимости от степени фотоповреждения возрастает риск возникновения АК [2, 4].

Мы обследовали 35 пациентов, из которых было 12 мужчин (34,3%) и 23 женщины (65,7%). Возраст варьировал от 55 до 90 лет, средний возраст составил 73 года. (73±6,06). Среди фенотипических признаков мы оценивали: цвет волос, цвет глаз и фототип по Фитцпатрику. К II фототипу относились 34 пациента (97,1%) и 1 пациент к I (2,9%). Цвет волос был темно-русый у 3х (8,6%), русый у 20 (57,1%) и светло-русый у 9 (25,7%), блондинами были 2 пациента (5,7%) и рыжим был 1 (2,9%). Цвет глаз встретился голубой у 13 (37,1%), светло-синий также у 13 (37,1%), серый у 5 пациентов (14,29%) и зеленый у 4 (11,43%).

У всех пациентов мы оценивали степень солнечного повреждения кожи, длительность и частоту солнечной радиации. Все пациенты в той или иной степени подвергались УФО. Мы изучали несколько критериев. В первую очередь это проживание в регионах с повышенной инсоляцией, 13 пациентов (37,1%) проживали в Ростовской, Астраханской областях, Ставропольском крае, в Киргизии, Грузии, Узбекистане. 29 пациентов из обследуемой группы (82,9%) выезжали часто, по работе либо в отпуск в регионы с повышенной инсоляцией. Также мы акцентировали наше внимание на досуге пациентов во время праздников или выходных. 28 пациентов (80%) отметили, что в летний период времени активно занимаются садоводством. Некоторые большое количество времени проводили на открытом воздухе в связи с условиями труда, это работники сельскохозяйственной области, уличные продавцы, археологи. Средствами защиты пользовались меньшинство, солнцезащитным кремом 6 пациентов (17,1%), одеждой, защищающей от солнца 15 пациентов (42,7%). Использование солярия отметил лишь 1 пациент (2,7%). Периодическое или длительное воздействие УФО в течение первых 10 лет жизни встретилось у 20 пациентов (57,1%), при этом 17 пациентов (48,6%) отметили наличие ожогов с детства.

Вследствие воздействия УФО возникает ответная реакция, она может быть острой и хронической. К острым реакциях относятся: эритема (у 33 пациентов — 94,3%), отек (18 — 51,4%), боль (16 — 45,7%), пузыри (9 — 25,7%), везикулы (7 — 20%) и волдыри (7 — 20%). При хроническом воздействии УФО могут возникать следующие последствия: морщины (29 пациентов — 82,9%), телеангиоэктазии у 25 (71,4%), атрофия кожи у 22 (62,9%), ксероз кожи у 17 (48,6%), веснушки у 13 (37,1%), рубцы у 10 (28,6%), ромбовидные морщины у 5 (14,3%) и лейкодерма также у 5 пациентов (14,3%). Также АК сочетался с другими маркерами фотостарения кожи: со старческим лентиго в 17 случаях (48,6%), актическим эластозом в 13 (37,1%) и хейлитом в 9 (25,7%), себорейным кератозом в 9 (25,7%). Множественные невусы имелись у 19 пациентов (54,3%), диспластические невусы у 2 (5,7%).

Онкологический анамнез был отягощен у 18 пациентов — у 15 в анамнезе была базалиома (42,7%), у 3 — плоскоклеточный рак (8,6%). Профессиональный анамнез был отягощен у 10 пациентов (28,6%) в связи с воздействием канцерогенов: высокой температуры, рентгеновских лучей, свинца и др. И 3 пациента (8,6%) проживали в регионе с радиационным облучением, в зоне аварии Чернобыльской АЭС.

Таким образом, в развитии АК имеют значение фенотипические признаки, отражающие защитный ресурс кожи от воздействия УФО. И факторы окружающей среды: это УФО, канцерогенные химические вещества (соли тяжелых металлов, хлор, свинец), различные виды излучения (ионизирующее, рентгеновское) и общий радиационный фон. Знание этих факторов позволяет предупреждать развитие болезни и озлакачествления процесса.

Литература

1. Молочков В. А., Молочков А. В. Клиническая дерматоонкология. М.: Из-во студия МДВ, 2011.— 340с., илл., табл. с. 74, 75.
2. Risk factors for actinic keratosis in eight European centres: a case–control study, A. Traianou, M. Ulrich, Z. Apalla, E. De Vries, K. Bakirtzi, D. Kalabalikis, L. Ferrandiz, A. Ruiz-de-Casas, D. Moreno-Ramirez, D. Sotiriadis, D. Ioannides, S. Aquilina, C. Apap, R. Micallef, L. Scerri, S. PitkaËnen, O. Saksela, E. Altsitsiadis, B. Hinrichs, C. Magnoni, C. Fiorentini, S. Majewski, A. Ranki, C. M. Proby, E. Stockfleth and M. Trakatelli on behalf of the EPIDERM Group, British Association of Dermatologists 2012 167 (Suppl. 2), pp 36—42
3. Prevalence and risk factors of actinic keratoses in Germany — analysis of multisource data I. Schaefer,1, M. Augustin, C. Spehr,

M. Reusch, T. Kornek, JEADV 2014, 28, 309—313 Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology
4. Prevalence of Actinic Keratosis and Its Risk Factors in the General Population: The Rotterdam Study Sophie C. Flohil, Robert J. T. van der Leest, Emmilia A. Dowlatshahi, Albert Hofman, Esther de Vries and Tamar Nijsten The Society for Investigative Dermatology pp.1—8.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

А. С. Попкова
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Резюме

Актуальность. Сосудистый эндотелий обладает сложной сбалансированной системой синтеза факторов, обеспечивающих гемостатический гомеостаз. Нормальный эндотелий обладает выраженной антитромбогенной активностью-препятствует активации тромбоцитов, факторов системы свертывания крови, фибринолиза, комплемента и лейкоцитов. Антитромбогенная активность стенки сосудов находится в определенной зависимости от факторов, синтезируемых стенкой сосудов, и некоторых факторов-антикоагулянтов, синтезируемых в других органах и адсорбируемых на ее поверхности. Стенка сосудов принимает участие в поддержании гемостатического гомеостаза — в сохранении жидкого состояния циркулирующей крови, неагрегабельного состояния циркулирующих тромбоцитов и в образовании защитного гемостатического тромба у места повреждения стенки сосудов.

Цель исследования — оценить показатели антитромбогенной активности стенки сосудов в перименопаузальный период в норме и охарактеризовать особенности развития патологии сосудистой стенки у данной категории больных.

Материалы и методы. Принцип определения антитромбогенных свойств стенки сосудов основан на создании кратковременной (3 мин) локальной ишемии, вызываемой накладыванием манжетки сфигмоманометра на плечо или бедро испытуемого и созданием в ней давления, превышающего систолическое на 10 мм рт. ст., что ведет к освобождению из стенки сосудов в кровь простациклина, антитромбина III и активатора плазминогена (манжеточная проба). В данное исследование включено 50 женщин перименопаузального возраста.

Результаты. Определение содержания активности в крови, взятой до и после манжеточной пробы, факторов антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности позволяет судить о состоянии антитромбогенной активности стенки сосудов и выявлять тромбоопасных больных, риск возникновения тромбоза и прогрессирования атеросклероза, что может быть обусловлено снижением антитромбогенной активности стенки сосудов.

Ключевые слова: манжеточная проба, антиагрегационная активность, антикоагулянтная активность, фибринолитическая активность.

PATHOLOGY DEVELOPMENT PECULIARITIES IN PERIMENOPAUSAL PERIOD

A. S. Popkova
Moscow State University of Medicine and Dentistry

Abstract

Background. Vascular endothelium houses a complex balanced system for synthesizing various factors that maintain haemostatic homeostasis. Healthy endothelium is characterized by prominent antithrombogenic activity. It prevents activation of platelets, coagulation factors, fibrinolysis, the complement system, and leukocytes. Antithrombogenic activity of blood vessel walls is to a certain degree dependent on factors produced by blood vessel walls, as well as several anticoagulation factors present on the wall and synthesized in other organs. Blood vessel walls take part in haemostatic homeostasis by maintaining the liquid state of blood, preventing aggregation of circulating platelets, and promoting clot formation at the site of blood vessel wall damage.
Aim. To evaluate antithrombogenic activity parameters of blood vessel walls in healthy perimenopausal women, and define distinctive features of blood vessel disorder development in the perimenopausal period.
Materials and Methods. Antithrombogenic properties of blood vessel walls were evaluated by creating local short-term (3 minutes) ischemia with the help of a sphygmomanometer cuff placed around an upper arm or femur. The cuff was inflated 10 mmHg above the systolic blood pressure leading to release of prostacyclin, antithrombin III, and plasminogen activator into the bloodstream from the blood vessel wall (the cuff test). The study included 50 perimenopausal women.
Results. Evaluation of antiplatelet, anticoagulant, and fibrinolytic activity in the blood before and after the cuff test allows assessing antithrombogenic properties of blood vessel walls, selecting patients at risk of thrombosis, as well as measuring the risk of thrombosis, and atherosclerosis progression potentially caused by lowered antithrombogenic activity of the blood vessel walls.

Key words: cuff test, antiplatelet activity, anticoagulant activity, fibrinolytic activity.

Введение

Сосудистый эндотелий обладает сложной сбалансированной системой синтеза факторов, обеспечивающих гемостатический гомеостаз (таблица 1). Эндотелий сосудов обладает антитромбогенной активностью, которая препятствует активации тромбоцитов, факторов системы свертывания крови, фибринолиза, комплемента и лейкоцитов [1, 2]. Антитромбогенная активность стенки сосудов находится в определенной зависимости от факторов, синтезируемых непосредственно стенкой сосудов, и факторов-антикоагулянтов, синтезируемых в других органах. (3,4). К этим факторам относятся: отрицательный заряд внутренней поверхности эндотелия, простациклин, тромбомодулин, антитромбин 3, альфа2-макроглобулин, протеин С, протеин S, АТФ-аза, активатор плазминогена, эндо-эндотелиальный фибриновый слой, гликокаликс [1, 6].

Находящиеся в сосудистом русле тромбоциты не адгезируют к нормальному эндотелию сосудов, что связывают в том числе и с отрицательным электрическим зарядом тромбоцитов и эндотелия; это ведет к отталкиванию тромбоцитов от эндотелия. Однако только отрицательным зарядом эндотелия нельзя объяснить ингибирование адгезии циркулирующих тромбоцитов к нормальному эндотелию, так как в случае патологии эндотелия тромбоциты легко адгезируют к субэндотелию, в котором содержание глюкозаминогликанов, имеющих отрицательный заряд, достаточно высокое [1].

Антитромбогенные свойства стенки сосудов в значительной степени связывают с простациклином, который препятствует адгезии и агрегации тромбоцитов на нормальной неповрежденной эндотелиальной выстилке сосудов. Главное место синтеза простациклина — стенка сосудов, особенно эндотелий, содержащий наибольшее количество простациклинсинтетазы, которая обеспечивает синтез простациклина [1, 5]. Интима, составляющая около 5 процентов массы артериальной ткани, продуцирует около 40 процентов общего количества простациклина. В артериальной крови содержание простациклина достоверно выше, чем в венозной [2].

Стенка сосудов содержит большое количество факторов, принимающих участие в поддержании гемостатического гомеостаза. Одни из них поддерживают циркулирующую кровь в жидком состоянии, другие при повреждении стенки сосудов способствуют свертыванию крови, необратимой агрегации тромбоцитов, третьи активируют механизмы запуска работы фибринолитической системы крови, препятствуя росту сгустка крови и в последующем формированию тромба.

Сосудистая стенка является универсальным регулятором процесса свертывания крови и фибринолиза, регулятором содержания компонентов кининогенкининовой системы в циркулирующей крови [5, 6].

Стенка сосудов принимает непосредственное участие в сохранении гемостатического гомеостаза — в поддержании жидкого состояния крови, неагрегабельного состояния циркулирующих тромбоцитов и в образовании защитного гемостатического тромба. Освобождение в кровь гемостатических факторов находится под контролем нервной, эндокринной систем и локальным механизмом регуляции. Повышение тонуса симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы веществ ведет к освобождению в кровь из стенки сосудов тромбопластина, активатора плазминогена и простациклина. Физическая нагрузка повышает освобождение в кровь активатора плазминогена, антитромбина III и простациклина. У лиц, занимающихся спортом, сосудистая стенка освобождает в кровоток больше веществ, препятствующих агрегации тромбоцитов, активирующих фибринолиз и угнетающих свертывание крови. Местная гипоксия является индуктором освобождения в кровь активатора плазминогена, антитромбина III и простациклина. На основании

Таблица 1. Факторы сосудистой стенки системы гемостаза

Факторы	Локализация
Тканевой тромбопластин	принимает участие в образовании протромбиназы по «внешнему» механизму
АДФ	индуктор агрегации тромбоцитов
Тканевой фибринстабилизирующий фактор	превращает растворимый фибрин S в нерастворимую форму фибрин I
Коллаген	активатор фактора XII свертывающей системы крови, индуктор агрегации тромбоцитов
Фактор VIII: FW	фактор VIII принимает участие в образовании протромбиназы по «внутреннему» механизму. FW (фактор Виллебранда) принимает участие в адгезии и агрегации тромбоцитов
Тромбоксан А2, образуемый при активации тромбоксан-синтетазы эндотелиальных клеток	индуктор агрегации тромбоцитов, мощный вазоконстриктор
антитромбин Ш	ингибитор тромбина, Xa, IXa, XI, XIIa факторов, калликреина
тромбомодулин	Кофактор активации протеина С тромбином
гепарансульфат	ингибитор тромбина
протеин С и протеин S	инактивация факторов Va, VIIIa, повышает фибринолитическую активность крови
альфа2-макроглобулин	ингибитор тромбина, калликреина
Простациклин	ингибитор агрегации тромбоцитов
Ингибитор активатора плазминогена	Ингибирует действие активатора
Активатор плазминогена	активирует фибринолитическую систему (плазминоген)

локальных механизмов регуляции освобождения в кровь сосудистых факторов гемостаза были разработаны способы выявления антитромбогенной активности стенки сосудов: фибринолитической, антиагрегационной и антикоагулянтной.

Цель исследования — оценить показатели антитромбогенной активности стенки сосудов в перименопаузальный период в норме и охарактеризовать особенности развития патологии сосудистой стенки у данной категории больных.

Материалы и методы исследования

Принцип определения антитромбогенных свойств стенки сосудов основан на создании кратковременной (3 мин.) локальной ишемии, вызываемой накладыванием манжетки сфигмоманометра на плечо или бедро испытуемого и созданием в ней давления, превышающего систолическое на 10 мм рт.ст., что ведет к освобождению из стенки сосудов в кровь простациклина, антитромбина III и активатора плазминогена (манжеточная проба). Агрегацию тромбоцитов определяли фотометрическим методом по Born с графической регистрацией процесса на агрегометре Labo-med (ФРГ) и «Chronolog» (США) В качестве индуктора агрегации использовали стандартный реагент фирмы «Sigma» (США) — АДФ в концентрации 10—5 степени моль/л, активность АТ 111 и фибринолитическую активность крови — по В. В. Меньшикову. В исследование включено 50 женщин перименопаузального возраста.

Результаты и обсуждение

Гемостатический гомеостаз представляет собой сложнейшую и многокомпонентную систему, включающую, в том числе, и сосудистый компонент. Изменение клеточного метаболизма, использование энергетических ресурсов или дисфункция отдельных систем сосудистой стенки инициируют нарушение ее функции в перименопаузальный период. Эстрогены, падение уровня которых отмечается в перименопаузальный период, обладают дозозависимым влиянием на гемостаз. Показано, что у лиц с высоким эстрогенным статусом выше фибринолитический потенциал. Многие вопросы связанные с изменениями антитромбогенной активности стенки сосудов в перименопаузальный период требуют дальнейшего уточнения и изучения.

Из представленных в таблице 2 данных видно, что после кратковременной ишемии предплечья агрегация тромбоцитов снизилась, содержание простациклина и антитромбина III в крови увеличилось, фибринолитическая активность крови повысилась, что обусловленно поступлением в сосудистое русло простациклина, антитромбина III и активатора плазминогена из стенки сосудов. С наступлением перименопаузального периода антитромбогенная активность сосудистой стенки нарушается. Снижение функциональной активности стенки сосудов прежде всего проявляется в появлении проагрегационного эффекта в ответ на локальную ишемию при проведении менжеточной пробы. Вероятной причиной повышения функциональной активности тромбоцитов на фоне эстрогенной недостаточности являлось угнетение способности эндотелия синтезировать простациклин — мощный антиагрегационный агент. Антикоагулянтная составляющая антитромбогенной активности стенки сосудов так же достоверно снижалась. Аналогичная зависимость установлена и в отношении способности стенки сосудов образовывать и либерировать в ответ на локальную ишемию активаторы плазминогена, активируя фибринолитическую систему. Следует отметить, что нарушения антитромбогенной активности сосудистой стенки развивалось параллельно с повышением тромбогенного потенциала крови.

Вывод. Определение содержания активности в крови, взятой до и после манжеточной пробы, факторов антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности позволяет судить о состоянии антитромбогенной активности стенки сосудов в перименопаузальный период и выявлять тромбоопасных больных, риск возникновения тромбоза и атеросклероза у которых может быть обусловлен снижением антитромбогенной активности стенки сосудов.

Таблица 2. Антитромбогенная активность стенки сосудов у женщин перименопаузального возраста (M±м)

Показатели	до компресиии		после компрессии
Антиагрегационная: агрегация тромбоцитов, % индекс	61±2,3	0,8±0,08	47±2,1 *
Антикоагулянтная: содержание антитромбина III: иммунохимический метод, г/л индекс	0,32±0,07	1,27±0,07	0,39±0,08 *
коагуляционный метод, с индекс	35,1±1,5	1,29±0,08	44,5±1,6 *
Фибринолитическая: фибринолиз в плазме,% индекс	30,2±3,5	1,8±0,09	51,2±6,3 *

Примечание: * — достоверность различий $p < 0,05$.

Литература

1. Aird W. C. Endothelium and haemostasis. Hamostaseologie. 2015;35(1):11—6.
2. Chan A. K., Paredes N. The coagulation system in humans. Methods Mol Biol. 2013;992:3—12.
3. Hoffman M., Pawlinski R. Hemostasis: old system, new players, new directions. Thromb Res. 2014 May;133Suppl 1: S 1—2.
4. Orfanakis A., Deloughery T. Patients with disorders of thrombosis and hemostasis. Med Clin North Am. 2013 Nov;97(6):1161—80.
5. Sepúlveda C., Palomo I., Fuentes E. Primary and secondary haemostasis changes related to aging. Mech Ageing Dev. 2015 Sep;150:46—54.
6. Versteeg H. H., Heemskerk J. W., Levi M., Reitsma P. H. New fundamentals in hemostasis. Physiol Rev. 2013 Jan;93(1):327—58.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В МОНГОЛИИ

Б. Сангидорж, А. Н. Ронжина, Н. С. Татаурщикова
Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Резюме В Монголии сезонный аллергический ринит занимает ведущее место среди аллергических заболеваний. Одним из самых значимых в этиологической линейке сезонного аллергического ринита в Монголии считается род Полынь Artemisia из семейства Астровых Asteracea. Лишь у 29% больных с сезонным аллергическим ринитом в Монголии встречается сочетание повышенной чувствительности к двум более различных семействам: полынь — злаки, полынь — ивовые, полыни — березовой, полыни — маревые. У 71% обследованных пациентов с сезонным аллергическим ринитом наблюдается моносенсибилизация к пыльце полыни. Уровень заболеваемости наиболее высок в возрасте 31—40 лет. Важной особенностью течения сезонного аллергического ринита в Монголии являлось преобладание тяжелых и средне-тяжелых форм течения сезонного аллергического ринита.

Ключевые слова: сезонный аллергический ринит, сенсибилизация. полынь, Монголия.

ETIOPATHOGENETIC FEATURES SEASONAL ALLERGIC RHINITIS AT THE PRESENT STAGE IN MONGOLIA

B. Sangidorg, A. N. Rongina, N. S. Tataurschikova
RUDN University, Moscow

Summary Seasonal allergic rhinitis is one of the most spread allergic diseases in Mongolia. One of the most critical in seasonal allergic rhinitis ethiologic lineup in Mongolia is genus pollen Artemisia of Asteracea kind. Only 29% of patients, suffering from seasonal allergic rhinitis in Mongolia, have combined sensibility to two different kinds: pollen-cereals, pollen-osier, pollen-birch. 71% of examined patients, suffering from seasonal allergic rhinitis have monosensibilization to Artemisia pollen. Morbidity level is the highest among patients, aged 31—40. An important specialty of seasonal allergic rhinitis in Mongolia is the dominance of severe and average-severe seasonal allergic rhinitis flow forms.

Key words Seasonal allergic rhinitis, Artemisia, sensibility, Mongolia

В последние десятилетия аллергия представляет глобальную медико-биологическую и социальную проблему. По различным источникам [1—3], в настоящее время до 30—40% населения земного шара страдает аллергическими заболеваниями. Распространенность и особенности клинической картины сезонного аллергического ринита носят ярко выраженный региональный характер и обусловлены экологическими условиями региона, разнообразием флоры, сроками цветения растений, а так же степенью аллергенности их пыльцы.

В Монголии сезонный аллергический ринит занимает ведущее место среди аллергических заболеваний [4].

Флора Монголии была подробно изучена в 1980—2000 годах группой ученых в составе совместных российско-монгольских комплексных биологических экспедиций Российской академии наук и Академии наук Монголии, а так же научных исследований в Монголии, России и Казахстана. Флора весьма разнообразна и неоднородна, что обусловлено положением территории страны, которая расположена на стыке крупных флористических регионов земного шара: Сибирский таежный, который охватывает северную таежную и горно-степную зоны; и Центрально-Азиатский пустынный, куда входят степная и пустынно-степная зоны. В настоящее время известны 625 родов и 122 семейства растений Монголии. Список аллергенных растений включает 203 вида.

Одним из самых значимых в этиологической линейке сезонного аллергического ринита в Монголии считается род Полынь Artemisia из семейства Астровых Asteraceae. [5]. Во флоре Монголии данный род представлен 105 видами (Дариймаа, 1990) из которых детально изучены 10 видов, широко распространенных в населенных пунктах и других антропогеных ландшафтах. Род полынь (полыньСиверса Artemisia siversiana и полынь крупноголовчатая A. macrocephala), как источник аллергенной пыльцы играет ведущую роль в возникновении поллинозов в Монголии.Содержание пыльцы полыни в пробах с поверхности почвы сильно колеблется в разных ботанико-географических районах Монголии. Самое большое содержание пыльцы полыни обнаружено в образцах Средне-Халхаского степного района (31,8%), за ним следует Восточно-Гобийский пустынно-степной район (20,8%), на третьем месте стоят пустынно-степной район Котловины Больших Озер (21,6%), Восточно-Монгольский степной (20,8%), Прихинганский горно-степной (20%), Хангайский горно-лесостепной район (20%), далее выделяются Монгольско-Даурский горно-лесостепной (15%), самое низкое содержание пыльцы полыни отмечено в образцах почвы, взятых в Прихубсугульском горно-таежном (4%) (Рис. 1).

Сезон паллинации в Монголии пролонгирован и длится с середины апреля до начала сентября, то есть более 4-х месяцев. Количественный и качественный состав атмосферной пыльцы в вегетационный период различны и зависят от времени цветения растений и метеорологических факторов. Были подробно изучены воздушные пыльцевые спектры трех городов страны — г. Улан-Батора, г. Дархан и г. Сухэ-Батора. Все эти города расположены в горно — лесостепной зоне и сделаны выводы, что пыльца полыни регистрировалась в самый длительный период с начала июня и до середины октября (121 день). В целом за вегетационный период выявлены 3 подъема концентрации пыльцы — весенний (май), летний (июнь) и летне-осенний (июль—август).

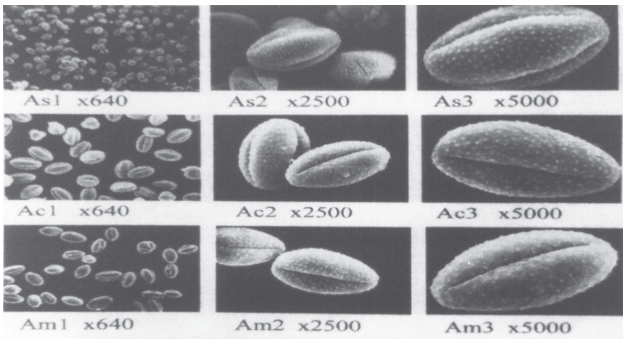

Рис 1. Содержание пыльцы полыни в пробах с поверхности почвы на территории Монголии.

Полыни цветут с середины июля до середины августа. С первой декады июля начинает цвести полынь замещающая Artemisia commutate Bess., метельчатая полынь Artemisia scoparia Waldst et Kit., эстрагон Artemisia dracunculus L ., со второй декады — полынь Сиверса Artemisia Sieversiana Willd., крупноголовчатая, Адамса, монгольская., с третьей декады — полынь холодная Artemisia frigid Willd. В августе до его третьей декады продолжает цвести большинство видов полыни, которые заканчивают свое цветение во второй декаде августа. Однако полынь холодная Artemisia frigida Willd., лебеда сибирская Atriplex sibirica L. И кохия стелющаяся Kochia prostrate (L.) Schrad. продолжают цвести до начала сентября [6] (таблица. 1).

Аэропалинологический комплекс городов Монголии также имеет свои особенности. Составленный календарь цветения и данные по динамике концентрации пыльцы аллергенных растений в атмосфере городов Монголии, позволяют с большей долей вероятности предполагать причину возникновения и предотвращать обострение поллинозов.

Широко распространенным в Монголии является сезонный аллергический ринит. Проблемы поллиноза в Монголии актуальны у 70% населения [4].

В 2011 году учеными Монголии было проанализировано в общей сложности 1100 пациентов (в возрасте от 5 до 68 лет), которые с июня по октябрь 2011 года прошли диагностическое внутрикожное тестирование с использованием панели из 25 источников аллергенов. По данным исследователей [5], сенсибили-

зация к пыльце полыни Сиверса отмечалась у 73,25% пациентов, к пыльце житняка гребенчатого у 13,71%, к пыльце мари белой у 4,46%, к пыльце мятлика лугового у 1,96%, к пыльце ячменя короткоостистого у 1,77%, к пыльце костра безостого у 0,04%, к пыльце березы плосколистной у 0,1%, к пыльце тополя гибридного у 3,21%, к пыльце ивы у 1,44%, к пыльце лиственницы сибирской у 0,03%, к пыльце кохии стелющей у 0,04%.

Лишь у 29% больных с сезонным аллергическим ринитом в Монголии встречается сочетание повышенной чувствительности к двум более различных семействам: полынь — злаки, полынь — ивовые, полыни — березовой, полыни — маревые. Реже отмечено сочетание сенсибилизации к представителям трех семейств: полынь — мятлик — ива, полынь — ива — лиственница. У 71% обследованных пациентов с сезонным аллергическим ринитом наблюдается моносенсибилизация к пыльце полыни [5].

Чрезвычайно интересными являются данные по анализу заболеваемости и распространенности поллинозов в Монголии, представленные в отчетах экспедиций Российской академии наук и Академии наук Монголии, а так же научных исследований в Монголии, России и Казахстана [4, 5].

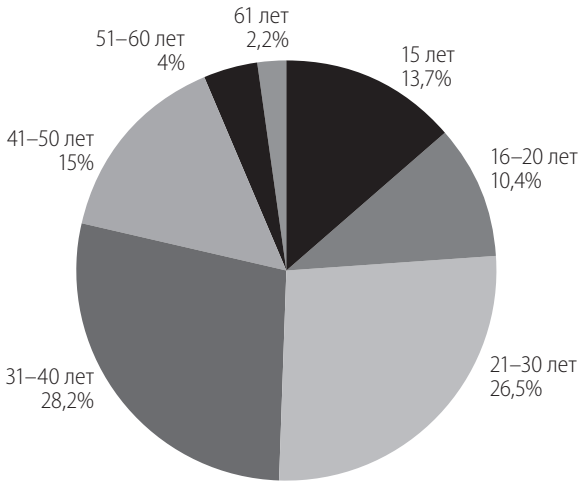

Рис. 2. Анализ заболеваемости и распространение поллинозов по обращаемости в ЛПУ Монголии за период 1987—2013 гг.

Из диаграммы видно, что уровень заболеваемости наиболее высок в возрасте 31—40 лет.

Время активизации аллергических заболеваний по месяцам года выглядит следующим образом:

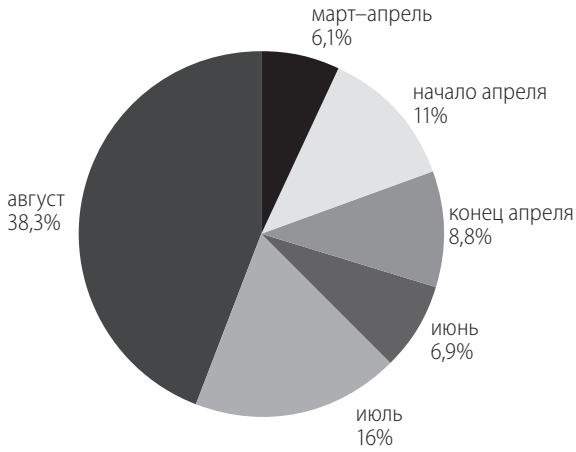

Рис 4. Время активизации аллергических заболеваний по месяцам года

- 6,1% больных приходится на март,
- 11% больных приходится на начало апреля,
- 8,8% больных на конец апреля и май,
- 6,9% больных на июнь,
- 16% больных июль.
- Наибольшая обращаемость отмечается в августе — 38,3%.

Между частотой обращаемости населения за специализированной помощью по поводу обострения поллинозов и количеством пыльцы полыни в воздухе выявлена прямая корреляционная зависимость с выраженным коэффициентом корреляции (R=0,96 в 2008 году и R=0,90 в 2013 году) [4, 5].

Таким образом, результаты специфического обследования выявили ключевую роль пыльцы полыней в этиологии поллинозов у жителей Монголии.

Важной особенностью течения сезонного аллергического ринита в Монголии являлось преобладание тяжелых и средне-тяжелых форм течения сезонного аллергического ринита. Так из 72 пациентов обследуемых нами групп 58% имели тяжелое течение и течение средней степени тяжести. Тяжесть течения

Таблица 1. Календарь цветения некоторых видов аллергенных растений в Монголии

Месяцы	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Ивы (Willow)							
Тополь (Poplar)							
Береза (Birch)							
Злаковые травы (grasses)							
Подорожник (plantain)							
Крапива (Nettle)							
Марь (Fat-hen)							
Полынь (Mugwort)							

Период паллинации
Срок пыльцы

определялась согласно национальным и международным руководствам [11—13].

Так же, как и в Монголии, основным источником развития поллинозов у населения крупных городов Китая считается полынь. В Пекине проводилось исследование, которое включало 6300 пациентов, страдающих от астмы или ринита по всему Китаю. Общая распространенность положительных ответов прик тестов составила:

- 11,3% для полыни обыкновенной
- 6,5% амброзии полыннолистной
- 3,5% для смешанной пыльцы трав
- 2,2% для смешанной древесной пыльцы

Данные статистики свидетельствуют о том, что более 40% больных поллинозом имеют гиперчувствительность к аллергенам пыльцы полыни. Полынь следует рассматривать как источник активных пыльцевых аллергенов в средней полосе России, Китае, Корее, Индии, странах Европы и Америки.

Сезонный аллергический ринит является хронической патологией и имеет тенденцию к утяжелению характера течения с течением времени. Позднее обращение пациентов к аллергологу и позднее начало адекватной терапии приводят к расширению спектра сенсибилизации, вовлечению в системный аллергический процесс других органов-мишеней и, в конечном счете, к увеличению затрат на терапию. Своевременное проведение аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) на ранних стадиях заболевания может повлиять на необратимый путь развития болезни и предотвратить осложнения. При соблюдении протокола, АСИТ является безопасным и высокоэффективным методом терапии, способным улучшить качество жизни пациента и уменьшить затраты на лечение.

Высокой безопасностью обладает один из метолов АСИТ — сублингвальная иммунотерапия (СЛИТ). Учитывая сохранение профиля эффективности и высокую безопасность, СЛИТ является методом первой линии выбора в лечении аллергического ринита. [14—16]. В последнее время этот метод приобретает все большую популярность и ему посвящены специальные обзоры и оригинальные исследования.

За период 2014—2015 гг. авторами проведено лечение пациентов с сезонным аллергическим ринитом с аллергией к пыльце полыни в Монголии стандартизированным препаратом для СЛИТ «Антиполлин» (производства Казахстан). Стандартизированный комплекс «Антиполлин» отвечает всем современным требованиям рациональной терапии, реализуя принципы эффективности, безопасности и высокой комплаентности. У препарата имеется достойная доказательная база по эффективности с достаточным объемом клинических исследований, доказывающим угнетение признаков аллергического воспаления, перестройку характера клеточного и цитокинового ответа Применение «Антиполлина» у всех пациентов с сезонным аллергическим ринитом в группах пациентов с разными особенносями сезонного аллергического ринита было высокоэффективным, безопасным и сопровождалось высоким комплайенсом.

Учитывая особую актуальность сезонного аллергического ринита в Монголии в связи с высокой распространенностью и большим числом тяжелых форм, оптимизация методов лечения данной когорты пациентов является весомым вкладом в сохранение здоровья нации.

Литература:

1. Ильина Н. И. Аллергический ринит // Consilium medicum.— 2000.— № 2(8). — С. 338—344.
2. Ревякина В. А. Современный взгляд на проблему аллергических ринитов у детей // Лечащий врач.— 2001.— № 3. — С. 22—27.
3. Li J. T. Immunotherapy for allergic rhinitis. // Immunol. Allergy Clin. N. Am. — P. 2000. — V. 20. — P. 383.
4. Сангидорж Б. Аллергенные растения Монголии (флористический состав, география, экология и медикобиологическое значение): автореф. Диссертация д-ра биол.наук. — Улан-Удэ, 2005.— 56 с.
5. Сангидорж Б. Очирбат Д. «Особенности пространственного развития и фенологии цветения групп аллергенных растений в окрестности г. Улан-Батора». Вестник бурятского государственного университета 2012 г. № 4. с 96—98.
6. Wu X. D., Wang C. Q., Li M. Intradermal skin test of inhalant allergen in allergic rhinitis in Xilinhot, Inner Mongolia. Inner Mongolia Medical Journal. 2011;43(4):462—463.
7. Yang H., Liu Z., Hang Q., Hao S., Liang G. Analysis of allergen composition in Artemisia argyi and Artemisia apiacea pollen. Immunological Journal. 2004;20(2):120—123.
8. Viinanen A, Munhbayarlah S, Zevgee T, Narantsetseg L, Naidansuren Ts, Koskenvuo M, Helenius H, Terho EO. Prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and allergic sensitization in Mongolia. Allergy. 2005;60:1370—1377
9. Wu J., Song L., Liu S. M. Investigation on airborne allergenic pollen and analysis on clinical data of pollinosis in Hohhot. OccuP and Health. 2013;29(3):266—269.
10. Tataurshchikova N., Sangidorj B., Local immunotheraphy among patients, suffering from allergic rhinitis .//In Book: Allergy, Asthma and immunophysiology: from basic science to clinical management. Bologna (Italy) Monduzzi editore, Allergy, astma & immunophysiology: recent advances in understanding and mamagement//Medimond 2015, p.63—64,
11. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов Утверждено Президиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита, М. 2013 г.
12. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA (2) LEN and AllerGen) // Allergy. 2008; 63, Suppl. 86: 8—160.
13. Van Cauwenberge P., Bachert C., Passalacqua G. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology // Allergy. 2000; 55: 116—134.
14. Б. Сангидорж, Н. С. Татаурщикова «Инновационные подходы в лечении вирус-ассоциированного аллергического ри-

нита».// «Аллергология и Иммунология» Москва, 2015, Том 16 № 4, с. 375—376.
15. Sangidorj B., Tataurshchikova N., Sepiashvili R. Clinic-immunologic specifics of allergic rhinitis, associated to herpetic-viral infection.// Melbourne, Aug.21—26, 2016- Presentation Abstract (poster), in press.
16. Татаурщикова Н. С. Особенности применения таблетированной СЛИТ препаратом Антиполлин у лиц с респираторной аллергией. //»Аллергология и Иммунология» Москва, 2014, Том 15 № 3, с. 177—180.

АКСИЛЛЯРНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ II—III УРОВНЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РОЛЬ ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ И ЛАТЕРАЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ

А. П. Дмитренко
Государственное Бюджетное Учреждение Ростовской области «Онкодиспансер» (ГБУ РО «Онкодиспансер»), Россия, Ростов-на-Дону

Резюме

Современные тенденции на уменьшение объема аксиллярной лимфодиссекции при раке молочной железы (РМЖ) и стремление заменить её лучевой терапией послужили поводом для проведения этого исследования. Целью исследования стала оценка прогностической значимости II и III уровня аксиллярной лимфодиссекции при позитивных лимфоузлах у больных, перенесших адъювантную лучевую терапию.

Материалы и методы. 572 случая РМЖ с метастазами в регионарных лимфоузлах (pN 1—3). Мастэктомия по Маддену с лимфодиссекцией II уровня выполнена 351 (61,4%) больному. Мастэктомия по Холстеду с лимфодиссекцией трех уровней выполнена 221 (38,6%) больному. Всем больным в послеоперационном периоде проведена адъювантная лучевая терапия. Оценка общей (ОВ) и безрецидивной (БРВ) выживаемости проведена с учетом возраста больных («49 лет и менее», «50—59 лет» и «60 лет и более») и латеральности опухоли (правосторонний рак, левосторонний рак).

Результаты. В стратифицированных по возрасту и латеральности группах выделено лишь две категории больных, которые имели положительный эффект от аксиллярной лимфодиссекции III уровня. Это больные правосторонним раком двух возрастных групп: больные «49 лет и менее» (ОВ: p=0,037; БРВ: p=0,042) и больные «50—59 лет» (ОВ: p=0,01).

Заключение. Аксиллярная лимфодиссекция III уровня у больных РМЖ (pN 1—3), перенесших адъювантную лучевую терапию, приводит к повышению выживаемости при сочетании следующих факторов: 1) возраст больных до 60 лет; 2) правосторонняя локализация опухоли.

Ключевые слова: рак молочной железы, аксиллярная лимфодиссекция, латеральность, противоопухолевая устойчивость.

AXILLARY LYMPHODISSECTION OF THE II—III LEVEL AT THE BREAST CANCER: ROLE OF PATIENTS AGE AND TUMOUR LATERALITY

A. P. Dmitrenko
State Budgetary Institution of Public Health Services of the Rostov region «Oncodispensary», Russia, Rostov region

Summary Modern trends on reduction of volume of an axillary lymphodissection at the breast cancer (BC) and desire to replace it with a radiation therapy were the cause for carrying out this research. The assessment of the predictive importance II and III levels of an axillary lymphodissection at positive lymph nodes at patients with an adjuvant radiation therapy became a research objective.

Materials and methods. 572 cases of the BC with metastasis in regional lymph nodes (pN 1—3). The Madden mastectomy with a lymphodissection of the II level is executed 351 (61.4%) patient. The Holsted mastectomy with a lymphodissection of three levels is executed 221 (38.6%) patient. All patient in the postoperative period carried out an adjuvant radiation therapy. The assessment of the general (OS) and disease free (DFS) survival is carried out taking into account age of patients («49 years and less», «50—59 years» and «60 years and more») and tumor lateralities (right-side and left-side cancer).

Results. In the groups stratified on age and a laterality only two categories of patients which had a positive effect from an axillary lymphodissection of the III level are revealed. These are patients with right-side cancer of two age groups: patients «49 years and less» (OS: p=0.037; DFS: p=0.042) and patients «50—59 years» (OS: p=0.01).

Conclusion. The axillary lymphodissection of the III level at patients with a BC (pN 1—3) which had an adjuvant radiation therapy leads to increase of survival at a combination of the following factors: 1) age of patients till 60 years; 2) right-side localization of a tumor.

Keywords: breast cancer, axillary lymphodissection, laterality, antitumoral resistance

Введение

Адекватная аксиллярная лимфодиссекция — наиболее актуальная тема при обсуждении современного хирургического лечения больных раком молочной железы (РМЖ). В последние десятилетия стандарты стремительно эволюционируют [1]. Сейчас лимфодиссекция III уровня, а иногда и II уровня, рассматривается многими прогрессивными исследователями, как анахронизм. Возможно, мы находимся на пороге полного отказа от аксиллярной лимфодиссекции в пользу лучевой терапии даже при позитивных сторожевых лимфоузлах. Исследование в данном направлении ведётся достаточно успешно (проспективные рандомизированные исследования ACOSOG Z0011, AMAROS, OTOASOR и др.) [2, 3].

Сомнения в целесообразности аксиллярной лимфодиссекции появились достаточно давно. Обескураживающими были результаты проспективных рандомизированных исследований Fisher B. et al (2002) и Louis-Sylvestre C. et al (2004). Исследователи показали, что замена аксиллярной лимфодиссекции лучевой терапией являлась эквивалентной как при негативных, так и при позитивных аксиллярных лимфоузлах [4, 5].

Однако ряд специалистов полагает, что в практической работе отказ от аксиллярной лимфодиссекции может произойти довольно нескоро, т. к. надёжных консервативных стратегий и технических условий пока нет [6]. Во многих онкологических учреждениях удаление клетчатки II—III уровня остаётся стандартным объемом аксиллярной лимфодиссекции.

Аксиллярная лимфодиссекция важна как для точного стадирования, так и для локорегионарного контроля. В последнем случае активно обсуждается объем аксиллярной лимфодиссекции при наличии метастазов в регионарных лимфоузлах. Консенсус, всё ещё не достигнут. Спорной остаётся лимфодиссекция III уровня: нужно ли её выполнять или достаточно ограничиться лимфодиссекцией II уровня и выборочным проведением лучевой терапии? Главными аргументами сторонников полной аксиллярной лимфодиссекции являются, во-первых, высокая частота вовлеченности лимфоузлов III уровня при наличии метастазов в лимфоузлах I—II уровня, во-вторых, существование «прыгающих» метастазов (0,1—12%), т. е. метастатическое поражение лимфоузлов III уровня при интактных лимфоузлах I—II уровня [7, 8].

Наилучшие условия для лимфодиссекции всех трех уровней создаются при радикальной мастэктомии (РМЭ) по Холстеду и модифицированной РМЭ по Пэйти. Из аксиллярного доступа качественно провести лимфодиссекцию III уровня без удаления малой грудной мышцы практически невозможно. Поэтому при РМЭ в модификации Маддена обычно выполняется лимфодиссекция не далее II уровня.

Фактически, различный объем лимфодиссекции является решающим отличием РМЭ по Холстеду и модифицированной РМЭ по Маддену, т. к. само по себе удаление большой и малой грудных мышц не имеет прогностического значения. При этом РМЭ по Холстеду по сравнению с модифицированными РМЭ, как показали исследования, имеет преимущества лишь у больных с местно-распространенным раком.

Таким образом, современные тенденции на уменьшение объема аксиллярной лимфодиссекции при РМЖ и стремление заменить её лучевой терапией послужили поводом для проведения этого исследования. Целью исследования стала оценка прогностической значимости II и III уровня аксиллярной лимфодиссекции при позитивных лимфоузлах у больных, перенесших адъювантную лучевую терапию.

Материалы и методы

Проведен анализ 572 случаев РМЖ с метастазами в регионарных лимфоузлах (pN 1—3), наблюдавшихся в Ростовском онкодиспансере в период 1990—1999 гг. Выборка представлена наблюдениями с достоверно установленным типом операции: РМЭ по Маддену выполнена 351 (61,4%) больному, РМЭ по Холстеду — 221 (38,6%) больному. Характеристика выборки представлена в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика выборки больных раком молочной железы

Критерии	РМЭ по Маддену (лимфодиссекция II уровня), n=351		РМЭ по Холстеду (лимфодиссекция III уровня), n=221	
	n	%	n	%
49 лет и <	105	29,9	91	41,2
50—59 лет	98	28,0	67	30,3
60 лет и >	148	42,1	63	28,5
Правосторонний рак	162	46,1	108	48,9
Левосторонний рак	189	53,9	113	51,1
НАПХТ	129	36,7	70	31,6
АПХТ	228	65,0	154	69,6
T1	28	7,9	10	4,5
T2	208	59,3	130	58,8
T3	85	24,2	63	28,5
T4	30	8,6	18	8,2
Протоковый рак	251	71,5	162	73,3
Дольковый рак	52	14,8	31	14,0

РМЭ в модификации Маддена выполнялась стандартно с уровнем лимфодиссекции II. РМЭ по Холстеду выполнялась так же стандартно с лимфодиссекцией всех трех уровней.

У больных РМЖ с критерием T4 наблюдалось лишь вовлечение кожи молочной железы. Ни в одном из этих случаев опухолевой инфильтрации большой грудной мышцы при морфологическом анализе операционного материала зарегистрировано не было.

Всем больным в послеоперационном периоде проведена адъювантная лучевая терапия в виде дистанционной гамма-терапии. Использовалась гам-

ма-терапевтическая установка «Агат-С». Воздействие проводилось на зоны регионарного метастазирования в режиме традиционного фракционирования дозы с разовой очаговой дозой 2 Грея и суммарной очаговой дозой 40—46 Грей.

Оценка выживаемости проведена с учетом возраста больных («49 лет и менее», «50—59 лет» и «60 лет и более») и латеральности опухоли (правосторонний рак, левосторонний рак). Все сравниваемые группы по возрастному составу, удельному весу гистологических типов, размеру первичной опухоли были сопоставимы. Стратегия неоадъювантного и адъювантного лечения в группах не отличалась.

Обработка статистических данных была выполнена с использованием программы Statistica 10 (Kaplan-Meier, log-rank test). Десятилетняя общая (ОВ) и безрецидивная (БРВ) выживаемость представлена в процентах со стандартной ошибкой среднего (±). Значение $p<0,05$ считали статистически значимым.

Результаты

Сравнительный анализ выживаемости показал, что ни в одной из возрастных групп расширение объема аксиллярной лимфодиссекции со II до III уровня не приводило к достоверному увеличению продолжительности жизни. Дальнейший анализ в стратифицированных по возрасту и латеральности группах позволил выявить лишь две категории больных, которые имели положительный эффект от аксиллярной лимфодиссекции III уровня (таблица 2).

Таблица 2. Сравнительный анализ ОВ и БРВ больных, перенесших РМЭ по Маддену (лимфодиссекция II уровня) и РМЭ по Холстеду (лимфодиссекция III уровня)

Латеральность	ОВ log-rank test, p	БРВ log-rank test, p
49 лет и менее		
правосторонний рак	0,037*	0,042*
левосторонний рак	0,21	0,42
50-59 лет		
правосторонний рак	0,01*	0,48
левосторонний рак	0,57	0,25
60 лет и более		
правосторонний рак	0,56	0,59
левосторонний рак	0,62	0,83

* - различия достоверны

Во-первых, это больные правосторонним раком возрастной группы «49 лет и менее». У больных этой категории выполнение лимфодиссекции III уровня благоприятно сказалось как на БРВ ($p=0,042$), так и на ОВ ($p=0,037$). 10-летняя БРВ у больных, перенесших РМЭ по Маддену, составила 39,7 ± 7,2%, у больных, перенесших РМЭ по Холстеду — 52,4 ± 5,4%. 10-летняя ОВ после РМЭ по Маддену составила 46,8 ± 9,1%, после РМЭ по Холстеду — 61,0 ± 9,8%.

Во-вторых, это больные возрастной группы «50—59 лет», имевшие так же правостороннюю локализацию РМЖ. У больных этой категории выполнение лимфодиссекции III уровня тоже статистически значимо привело к повышению ОВ ($p=0,01$). 10-летняя ОВ после РМЭ по Маддену составила 31,8 ± 11,0%, после РМЭ по Холстеду — 61,5 ± 9,7%. БРВ не отличалась ($p=0,48$).

Таким образом, у больных двух возрастных групп «49 лет и менее» и «50—59 лет» при наличии правостороннего РМЖ с метастазами в регионарных лимфоузлах (N 1—3), выполнение аксиллярной лимфодиссекции III уровня статистически значимо повышало выживаемость.

С целью определить наличие каких-либо латеральных отличий выживаемости, мы отдельно в группах «операция Маддена» и «операция Холстеда» непосредственно сравнили выживаемость больных правосторонним и левосторонним раком. Ни в одной из возрастных групп значимых отличий выживаемости обнаружено не было.

Обсуждение

Таким образом, среди больных с позитивными лимфоузлами, получивших адъювантную лучевую терапию, была выявлена категория больных, имевших пользу от аксиллярной лимфодиссекции трех уровней. Это больные правосторонним раком в возрасте до 60 лет. У больных правосторонним раком старше 60 лет и у больных левосторонним раком всех возрастных групп улучшения выживаемости после лимфодиссекции III уровня не наблюдалось.

Известно, что латеральность не входит в перечень независимых прогностических факторов. Однако в литературе сообщается об эпидемиологических, морфологических, иммунологических и прогностических отличиях правостороннего и левостороннего РМЖ. В сравнительном анализе по клиническим и морфологическим параметрам правосторонний рак демонстрировал более агрессивное биологическое поведение, чем левосторонний рак [9—11].

Ранее на материале другой выборки мы тоже анализировали латеральные отличия правостороннего и левостороннего рака по ряду морфо-биологических маркеров [12]. Было установлено, что наиболее высокие показатели индекса пролиферативной активности Ki67 наблюдались именно у больных правосторонним РМЖ и именно в возрастных группах «49 лет и менее» и «50—59 лет». Такое совпадение с результатами текущего исследования не может быть случайным. К сожалению, срок давности лабораторного материала этой выборки больных не позволяет нам качественно провести оценку Ki67. Но с высокой долей вероятности можно предположить, что и в этой выборке категория больных правосторонним раком в возрасте до 60 лет имела опухоли с подобным уровнем Ki67.

Может показаться очевидной рекомендация проводить дооперационную оценку Ki67 с помощью трепан-биопсии и выполнять аксиллярную лимфо-

диссекцию трех уровней лишь у больных с высоким показателем Ki67. Однако есть причины, заставляющие усомниться в успехе такого подхода, опирающегося на характеристики лишь опухолевого узла.

На наш взгляд, положительный эффект от расширенного объема лимфодиссекции у больных правосторонним раком в возрасте до 60 лет не может быть объяснён лишь с позиции большей биологической агрессивности правосторонней локализации рака. Ведь выживаемость больных правосторонним и левосторонним раком значимо не отличалась ни в группе «операция Маддена», ни в группе «операция Холстеда». Т.е. больные правосторонним и левосторонним раком, имеющие одинаковый объем лимфодиссекции, умирали, примерно, в одни сроки. Соответственно, о какой-то особой «агрессивности» правостороннего рака здесь говорить нельзя. При этом у больных левосторонним раком, в отличие от больных правосторонним раком, расширение объема лимфодиссекции со II до III уровня не влияло на течение болезни. По-видимому, в данном случае у больных левосторонним раком события, определившие прогноз заболевания, к моменту хирургического лечения уже произошли (возможно, диссеминация рака). Поэтому интенсивность локорегионарного воздействия могла не иметь принципиального значения.

Остаётся главный вопрос: что определяет такие особенности развития правостороннего и левостороннего рака? Ответом на этот вопрос являются результаты исследований противоопухолевой устойчивости и её латеральных отличий [13—15]. В этих работах главная роль в функционировании противоопухолевой устойчивости отдана нервной системе и механизмам овариально-менструального цикла.

В нашем исследовании у больных правосторонним раком возрастной группы «60 лет и более», в отличие от младших возрастных групп, роста показателя выживаемости в ответ на расширение объема лимфодиссекции не наблюдалось. Отсутствие такой реакции мы связываем именно с наступлением менопаузы и периода инволюции. Функционирование противоопухолевой устойчивости организма в этом возрасте происходит уже иначе.

Итак, сугубо практическая цель этого исследования привела нас к известной парадигме «лечить больного, а не болезнь». Стратегия определения объема лимфодиссекции, основанная лишь на статусе лимфоузлов, может быть порочной. Необходимо учитывать всё же и особенности опухоленосителя. Ретроспективный характер исследования накладывает определенные ограничения на полученные результаты, поэтому в будущих проспективных исследованиях по данной теме будет целесообразна дальнейшая оценка таких параметров, как латеральность опухоли и возраст больных.

Заключение

Аксиллярная лимфодиссекция III уровня у больных РМЖ (pN1—3), перенесших адъювантную лучевую терапию, приводит к повышению выживаемости при сочетании следующих факторов: 1) возраст больных до 60 лет; 2) правосторонняя локализация опухоли.

Литература

1. Rao R., Euhus D., Mayo H. G., Balch C. Axillary node interventions in breast cancer: a systematic review. JAMA, 2013; 310: 1385—1394.
2. Giuliano A. E., Hunt K. K., Ballman K. V. et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. JAMA, 2011; 305: 569—575.
3. Savolt A., Musonda P., Matrai Z. et al. Optimal treatment of the axilla after positive sentinel lymph node biopsy in early invasive breast cancer. Early results of the OTOASOR trial. Orv. Hetil., 2013; Dec 8; 154(49): 1934—1942.
4. Fisher B., Jeong J. H., Anderson S. et al. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. N. Engl. J. Med., 2002; Aug 22; 347(8): 567—575.
5. Louis-Sylvestre C., Clough K., Asselain B. et al. Axillary treatment in conservative management of operable breast cancer: dissection or radiotherapy? Results of a randomized study with 15 years of follow-up. J. Clin. Oncol., 2004$ Jan 1; 22(1): 97—101.
6. Voutsadakis I. A., Spadafora S. Axillary lymph node management in breast cancer with positive sentinel lymph node biopsy. World Journal of Clinical Oncology, 2015; 6(1): 1—6.
7. Aslan S., Qetin B., Akinci M. et al. Level III lymph node involvement in breast carcinoma. Turkish Journal of Cancer, 2007: V.37; 3: 109—113.
8. Dillon M. F., Advani V., Masterson C. et al. The value of level III clearance in patients with axillary and sentinel node positive breast cancer. Ann. Surg., 2009; 249(5): 834—839.
9. Ерендеева Л. Э., Завьялова М. В., Слонимская Е. М., Перельмутер В. М. Влияние функциональной асимметрии на прогноз рака молочной железы. // Бюл. сиб. мед., 2002, 1. С. 36—39.
10. Nouh M., Ismail H., Aliel-Din N. et al. Lymph Node Metastasis in Breast Carcinoma: Clinicopathologic Correlations in 3747 Patients. Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst., 2004; Vol. 16; No.1: 50—56.
11. Dane S., Yildirim S., Koc M. et al. Asymmetries in breast cancer lateralization and both axillary lymph node number and metastatic involvement. Lymphology, 2008; 41(2): 75—79.
12. Dmitrenko A. P. Lateral differences in Ki-67 in breast cancer. Molecular and clinical oncology, 2016; 4: 1041—1044.
13. Балицкий К. П., Векслер И. Г., Винницкий В. Б. и др. Нервная система и противоопухолевая защита. Под ред. Балицкого К. П. Киев: Наук. думка, 1983. 256 с.
14. Волегов А. И. Устойчивость организма к злокачественным опухолям. М.: Медицина, 1987. 240 с.
15. Порошенко А. Б. О природе дефицита противораковой устойчивости организма. // Сборник научных трудов РНИОИ под ред. Сидоренко Ю. С. Способы и механизмы повышения противоопухолевой защиты в онкологии. М.: 1993. С. 211—257.

ОНА ЖИЛА В ТРЁХ ВЕКАХ! НАТАЛИЯ ВАСИЛЬЕВНА ДОБРОТВОРСКАЯ-КОЖЕВНИКОВА (1895—2000) И ЕЁ ОКРУЖЕНИЕ (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 15-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)

Л. В. Белова, Н. В. Баткаева
Кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, Москва

Резюме.

Цель исследования: определить и проанализировать вклад в дерматовенерологию, лепрологию Наталии Васильевны Добротворской-Кожевниковой (1895—2000), представителя научной школы проф. П. В. Никольского, жены члена-корр. АМН СССР проф. П. В. Кожевникова и её окружения; раскрыть черты характера, облик Н. В. Добротворской-Кожевниковой.

Материалы и методы. Изучение научных трудов Н. В. Добротворской-Кожевниковой и её коллег, их докладов на заседаниях общества дерматовенерологов, совещаниях; воспоминания доцента к. м.н. А. П. Монаховой, дочери Н. В. Добротворской-Кожевниковой. Впервые представлены редкие фотографии из архива семьи проф. П. В. Кожевникова.

Обсуждение. Методы исследования проницаемости кожи, изучения реактивности кожи с помощью фармакодинамических реакций предложила Н. В. Добротворская-Кожевникова. Ею был разработан метод абортирования лейшманиом акрихином, предложены другие способы лечения кожного лейшманиоза. Опубликованы работы по дерматовенерологии, организации борьбы с лепрой.

Выводы. Научные работы Н. В. Добротворской-Кожевниковой по физиологии кожи, лечению кожного лейшманиоза, в том числе капитальный труд «Учение о кожном лейшманиозе» (в соавторстве с П. В. Кожевниковым, Н. И. Латышевым), подготовка кадров, обучение врачей гистопатологии кожи, выявление больных лепрой являются большим вкладом в развитие дерматологии и организацию борьбы с лепрой.

Ключевые слова: Н. В. Добротворская-Кожевникова, П. В. Кожевников, П. В. Никольский, П. Н. Кашкин, Е. А. Досычев, А. С. Чубарова, А. П. Монахова, Н. И. Латышев, Э. Н. Черняк, М. В. Краснянский, Л. Х. Акбулатова, дерматология, лепрология, венерология, кожный лейшманиоз, гистопатология кожи.

SHE LIVED IN THREE CENTURIES! NATALIA DOBROTVORSKAYA-KOZHEVNIKOVA (1895–2000) AND ITS ENVIRONMENT (TO 120-ANNIVERSARY OF THE BIRTH AND 15-ANNIVERSARY OF THE DEATH)

L. V. Belova, N. V. Batkaeva
Department of clinical Mycology and Dermatovenereology

Summary The aim of the study was to identify and analyze the contribution to dermatology, leprology Natalia Vasilevna Dobrotvorskaya-Kozhevnikova (1895–2000), representative of the scientific school of Professor P. V. Nikolsky, wife of member-Corr. Academy of medical Sciences, Professor P. V. Kozhevnikov and its environment; to reveal character traits, appearance N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova.

Materials and methods. The study of scientific works of N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova and her colleagues, their reports on the meetings of the society of dermatovenerologists, meetings; memories of associate Professor candidate of medical Sciences A. P. Monakhova, daughter of N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova. For the first time shows rare photographs from the family archives of Prof. P. V. Kozhevnikov.

Discussion. Research methods the permeability of the skin, the study of reactive STI skin with the help of pharmacodynamic reactions proposed N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova. She has developed a method of bortirovki Leishmania the quinacrine proposed other ways of treatment of cutaneous leishmaniasis. Published work in dermatology, organization of the fight against leprosy.

Conclusions. Scientific works of N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova in physiology the skin, treatment of cutaneous leishmaniasis, including major work «Doctrine about cutaneous leishmaniasis (co-authored with P. V. Kozhevnikov, N. I. Latyshev), training, physician training histopathology of the skin, detection of patients the patients are a great contribution to the development of dermatology and organization the fight against leprosy.

Key words: N. V. Dobrotvorskaya-Kozhevnikova, P. V. Kozhevnikov, P. V. Nikolsky, P. N. Kashkin, E. A. Dosychev, A. S. Chubarova, A. P. Monahova, N. I. Latyshev, E. N. Chernyak, M. V. Krasnyansky, L. H. Akbulatova, dermatology, leprology, venereology, cutaneous leishmaniasis, skin histopathology.

Самыми талантливыми и ближайшими учениками проф. П. В. Никольского были Пётр Васильевич Кожевников (1898—1969), впоследствии крупнейший учёный, профессор, член-корр. АМН СССР, директор Туркменского НИКВИ, зав. кафедрой Ленинградского ГИДУВ, главный редактор «Вестника дерматологии и венерологии», кумир многих дерматологов, жаждущих знаний, приобщения к научным исследованиям, и его жена Наталия Васильевна Добротворская-Кожевникова (1895—2000), родоначальники династии дерматологов в четырёх поколениях.

Родилась Н. В. Добротворская 15 (2).08. 1895 г. в семье священника в селе Сидоровское Шуйского уезда Владимирской губернии (ныне — Ивановской области). У предков была фамилия Талызины, дед сменил её на Добротворский. После двух курсов Женского медицинского института по настоянию отца Наталия Васильевна возвратилась в Ростов-на-Дону, так как после февральской революции (1917) в Петрограде стало очень неспокойно. Закончила (1920) Донской университет, в годы учёбы работала медсестрой, затем фельдшером.

Во время гражданской войны — ординатор военных госпиталей (Рославль, Смоленск), затем — ординатор (1923—1925) кожной клиники проф. П. В. Никольского, позже — зав. (1926—1928) венкабинетом института охраны материнства и младенчества (Ростов-на-Дону), потом — ординатор (1929—1931) вендиспансера и ассистент (1928—1931) проф. П. В. Никольского. Познакомилась с П. В. Кожевниковым. Венчались (2.08.1924) в церкви, зарегистрировали (3.08.1924) брак в ЗАГСе. Сменила фамилию на Кожевникова, но научные работы подписывала как Добротворская.

За нескрываемую им религиозность, открытое посещение церкви проф. П. В. Никольский был отстранён, освобождён (15.09.1930) от занимаемой должности. Учёный был «не в чести» в то время насаждения атеизма. Мотивом отставки была указана его болезнь. Проф. (1933) П. В. Кожевников не сработался с новым зав. кафедрой проф. З. Н. Гржебиным (1894—1961), вынужден был переехать в Томск. Являлся зав. (1932—1937) кафедрой кожных и венерических болезней Томского МИ, а Наталия Васильевна — ассистентом. Вышла их совместная статья на немецком языке «Лимфатические канальцы в эпидермисе» (Arch. Derm. und Syph. 1935; T. 171) [1].

По рассказам дочери, доцента СЗГМУ им. И. И. Мечникова, дерматолога Анны Петровны Монаховой, унаследовавшей самые лучшие человеческие качества от своих родителей, Наталия Васильевна была очень скромной, выдержанной, доброжелательной, но строгой, вернее, требовательной, по отношению к себе и другим в вопросах выполнения исследовательских, учебных, лечебных работ. Была умной, много знающей, высоко эрудированной, следящей за литературой и хорошо в ней ориентирующейся. Но всегда старалась держаться в тени своего знаменитого мужа. В пенсионном возрасте Наталия Васильевна говорила, что ей всегда хотелось куда-нибудь спрятаться, не быть на виду. Не любила фотографироваться.

Не стремилась к опубликованию большого количества научных работ, оставила только 49, но высокого качества. Писала докторскую диссертацию по кожному лейшманиозу, но не довела до защиты. Считала, что одного профессора в семье достаточно. Много помогала мужу в подборе литературы. Проф. П. В. Кожевников ценил советы и мнение супруги.

Из клиники проф. П. В. Никольского вышли статьи Н. В. Добротворской о гиперэластической коже (1924), склеродермии (1924), кожной карциноме (Мед. мысль, 1925), множественной подногтевой фиброме (Рус вестн. дерматол., 1929) [2, 3], о борьбе с врождённым сифилисом на Северном Кавказе (1932) [5], работа Н. В. Добротворской, П. В. Кожевникова (1924)»Сальварсанные осложнения» [10].

Вопросы по лепре обсуждались на заседаниях Донского (1922) (Северо-Кавказского, Ростовского) общества дерматовенерологов. Н. В. Добротворская сообщила (8.03.1925) о лепре в Ростове-на-Дону и его окрестностях, выявленном ею 51 больном. Наталия Васильевна отметила, что «число прокажённых, прошедших через клинику, является лишь слабым отражением общего количества больных в Ростовском округе». Был описан больной лепрой (Вестн. хирург. и погран. област., 1924; кн.13). Опубликованы работы по лепре в Ростове и окрестностях Н. В. Добротворской (1925), Н. В. Добротворской, М. В. Краснянского (1927) [4, 11]. Н. В. Добротворская (1925) определила фактическое число больных лепрой в Донской области — не менее 200 человек. Соавтор лепролог Михаил Васильевич Краснянский (1890—1941), сокурсник П. В. Кожевникова, к.м.н. (1937), военврач 3 ранга, пропал без вести под Вязьмой (1941).

После экспедиции в Туркмению П. В. Кожевников увлёкся проблемой кожного лейшманиоза, переехал а Ашхабад, заведовал (1937—1948) кафедрой кожных и венерических болезней Ашхабадского медицинского института, одновременно был директором Туркменского НИКВИ. Пригласил на работу (1937) Этю Натановну Черняк (1898—27.05.1974), ординатора (1924—1927) проф. П. В. Никольского. Они были одногодками, закончили Донской университет соответственно в 1924 и 1922 г. [1].

За создание и энергичное внедрение активного кольцевого метода проф. П. В. Кожевников и Э. Н. Черняк были удостоены правительственных наград. П. В. Кожевников был награждён орденом Трудового Красного Знамени. Комиссия учёного медицинского совета под председательством проф. О. Н. Подвысоцкой объявила (24.01.1941) им благодарность. Э. Н. Черняк родилась в Белоруссии в семье бывшего раввина, осталась одинокой, преданной только работе. После ашхабадского землетрясения (1948) переехала в Минск, работала в Белорусском НИКВИ, позже возвратилась

в Туркменский НИКВИ. Увлеклась и занималась проблемой лечения витилиго. В последние годы работы отношения с руководством НИКВИ разладились. Свой неопубликованный труд передала Вере Петровне Куделиной (Ашхабад), ставшей «хранительницей рукописи». После её кончины записи были потеряны. Могила Э. Н. Черняк не сохранилась.

Нами проведена большая поисковая работа. Благодаря сохранившемуся адресу уже умершей к тому времени племянницы Э. Н. Черняк, найденному в записной книжке Наталии Васильевны, через длинную цепочку лиц мы разыскали в Астрахани внучатую племянницу Э. Н. Черняк Ирину Риттер, которая, к сожалению, ничего не могла сообщить. Между нами завязалась переписка, а через восемь лет при подготовке к ремонту на антресолях неожиданно были найдены документы Э. Н. Черняк, в том числе единственное уцелевшее фото, автобиография.

Метод исследования проницаемости кожи предложила Н. В. Добротворская (1939). Повышенную проницаемость (положительную пробу на адреналин с возникновением анемизации кожи) считала характерной для экзематозных процессов [6]. Кандидатская диссертация Н. В. Добротворской «Кожная адреналиновая и морфийная реакции как метод изучения реактивности кожи» (1940) выполнена под руководством проф. П. В. Кожевникова (ТКВИ, 1940; Т. I.). Н. В. Добротворская предложила метод введения в кожу раздражителей путем царапины (штриха).

Кожный лейшманиоз наносил весьма ощутимый социально-экономический ущерб, представлял собой серьёзнейшую проблему. Особенно страдали строители при сооружении каналов, плотин и других объектов на осваиваемых пустынных территориях. Вспышки заболеваний зоонозным кожным лейшманиозом среди организованных коллективов, прибывавших в очаги на стройки, описаны Н. В. Добротворской (1943). Одновременно с Кожевниковыми в Туркмению прибыли (1937) сотрудники лейшманиозной лаборатории (1936) отдела паразитологии ИЭМ АМН СССР супруги Николай Иванович Латышев (1886—1951, трагически погиб) и Александра Петровна Крюкова. Н. И. Латышев был арестован (02.1936) с предъявлением обвинения по ст. 58/10, освобождён (06.1936) по решению суда.

Крупный учёный, член-корр. (1949) АМН СССР, д.м.н. (1936), проф. (1940) Н. И. Латышев, родом из крестьянской семьи Смоленской губернии, выпускник (1912) медицинского факультета Московского университета, был неутомимым путешественником, влюблённым в природу натуралистом, охотником за москитами. По характеру — ярким, целеустремлённым, бескорыстным, честным, отзывчивым. Чтобы процитировать некоторые данные из книги Аристотеля, тщательно повторил гимназический курс греческого языка. Ни минуты времени не тратил даром. Ежедневно по дороге на работу изучал итальянский и испанский языки.

Нерешённым к 1937 г. оставался вопрос: из какого источника москиты воспринимают возбудителя болезни? Во время пяти экспедиций (1937—1940) в Туркмению при 50^0 жаре долгими днями Николай Иванович лежал у норок, глотая песчаную пыль. Слово «экспедиция» звучит слишком громко, потому что они всегда состояли из трёх человек: самого Н. И. Латышева, его жены и молодой санитарки. Для вылавливания москитов вставляли в норки ламповые стёкла с открытым концом, внутри которых находились липучки.

Были обнаружены (1938) типичные лейшмании с кожи носа большой песчанки, окончательно установлен переносчик зоонозного кожного лейшманиоза в Туркменской ССР — москит Phlebotomus papatasii. Слово «papatasii» означает «тихо (или незаметно) кусаю». Была определена роль диких грызунов в эпидемиологии кожного лейшманиоза. Н. И. Латышев (1939) доказал остроумным способом по пылинкам краски с москитов, что они способны летать на 1,5 и более километров к жилью людей из норок песчанок, то есть намного дальше, чем считали ранее.

Для экспериментов Н. И. Латышев с женой провели самозаражение кожным лейшманиозом. Чтобы продолжить опыты, учёный уговорил свою помощницу Татьяну Повалишину последовать их примеру, так как у него с А. П. Крюковой остался стойкий иммунитет. Отделяемым из её язвы Н. И. Латышев заразил 6 песчанок. Стало ясно, что заболевание у песчанок и человека имеет одну и ту же природу. Осталось решить последний вопрос: добиться заражения здоровых песчанок от больных через москита. По оригинальному предложению Н. И. Латышева первый опыт передачи инфекции от песчанки с лейшманиомой через укус москита здоровому грызуну был осуществлён А. П. Крюковой (1940) в Москве в камере искусственного климата, соответствовавшего микроклимату в норах грызунов.

Таким образом был определён (1940) резервуар кожного лейшманиоза. Венцом исследований стал первый удачный опыт Н. И. Латышева (1940) по ликвидации обширного природного очага зоонозного кожного лейшманиоза вокруг большой стройки Таш-Кеприкской плотины в Мургабе, известного ещё с 1885 г. Были истреблены хлорпикрином песчанки и москиты в около 500 000 норках [1].

В работе I Межреспубликанского совещания (I Всесоюзной конференции) по кожному лейшманиозу и москитной проблеме (Ашхабад, 30.05—4.06.1940) приняло участие 114 человек из семи республик, заслушано 38 докладов, в том числе П. В. Кожевникова, Н. В. Добротворской, А. Н. Соколовой, А. А. Шаховой «Экспериментальный кожный лейшманиоз белых мышей»; Н. В. Добротворской — «Случай генерализованного лейшманиоза кожи», «Лечение кожного лейшманиоза»; Н. Ф. Смирнова, Э. Н. Черняк — «Рентгенотерапия кожного лейшманиоза в эндемическом очаге»; Н. И. Латышева, А. П. Крюковой — «Эпидемиология кожного лейшманиоза в условиях пес-

чаной пустыни» и др. [12]. Проф. П. В. Кожевников и Н. И. Латышев (1941) независимо друг от друга выделили два типа кожного лейшманиоза.

Введение раствора акрихина в лейшманиомы Н. В. Добротворская провела (1938—1947) с положительными результатами более чем 1 500 больным. К 1943 г. число лечившихся превысило 500 человек. Результаты удалось проанализировать (1948) в 950 случаях начальных бугорков кожного лейшманиоза I типа. Акрихин действовал нежно. Так был разработан метод абортирования лейшманиом акрихином [9]. В сборниках ТКВИ изданы статьи Н. В. Добротворской «Цикл кожного лейшманиоза» (1943); А. Г. Васютинского, Н. В. Добротворской «Кожный лейшманиоз глаза» (1943); Н. В. Добротворской, П. А. Дубовского «Стрептококки в язвах кожного лейшманиоза»» (1944). В работе «Лечение кожного лейшманиоза комбинированным воздействием акрихина и диатермокоагуляции» Н. В. Добротворская (1947) отметила ликвидацию процесса у 77,9% больных [8].

Кандидатскую диссертацию по кольцевому методу защитила Э. Н. Черняк (1944). Результаты лечения туберкулоидного лейшманиоза, последовательных лейшманиом изучала Н. В. Добротворская. В сборнике «Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне» (Ташкент, 1943) опубликована её статья «Лечение кожного лейшманиоза стрептоцидом» [7].

Изданы подготовленные Наталией Васильевной информационные материалы «Лечение кожного лейшманиоза» (ЦКВИ, 1944). Вышла статья П. В. Кожевникова, Н. В. Добротворской (1944)»Кожный лейшманиоз (Ашхабадская пендинская язва)» («Фельдшер и Акушерка», 1944). Фундаментальное руководство П. В. Кожевникова, Н. В. Добротворской, Н. И. Латышева «Учение о кожном лейшманиозе» (М., 1947) освободило его изучение от путаницы, существовавшей до установления двух типов заболевания.

Во время страшного ашхабадского землетрясения (6.10.1948), унёсшего свыше 176 000 человеческих жизней, проф. П. В. Кожевников был в Москве на совещании, сын Сергей учился в Москве. А Наталия Васильевна с Анной Петровной пережили землетрясение. Их спасло то, что они находились во дворе, а не в саманном доме, который снимала их семья в Ашхабаде. Саманные кирпичи разлетались.

Случилась трагедия у м.н.с. Л. И. Васильевой (впоследствии Кочаровой) (1919—1988). Её девятилетнюю дочь засыпало обломками. Пытаясь её откопать, Лидия Иосифовна услышала возглас девочки: «Мама, не трогай!», и всё рухнуло. Для Л. В. Васильевой это был двойной стресс (своими руками!…). Был разрушен и Туркменский НИКВИ. Книги из подаренной проф. П. В. Никольским Петру Васильевичу богатейшей библиотеки удалось откопать. Часть из них проф. П. В. Кожевников взял с собой в Ленинград, другие оставил институту [1].

Член-корр. (1946) АМН СССР проф. П. В. Кожевников прошёл по конкурсу (1949) на заведование (1949—1969) кафедрой кожных и венерических болезней Ленинградского ГИДУВ. Учёный не был членом КПСС, хотя ему не раз предлагали вступить в её ряды. В то время на ответственную, руководящую работу допускались только коммунисты за очень редким исключением.

До декабря 1960 г. Кожевниковы жили в двух комнатах коммунальной квартиры, где проживало ещё 5 семей (всего 12, иногда 13 человек), с неотапливаемой ванной комнатой и длинным тёмным холодным коридором, который жильцы называли «Невский», подразумевая Невский проспект. Квартира находилась в двух трамвайных остановках от места работы. Кафедра ЛенГИДУВ располагалась тогда на базе Республиканского КВИ МЗ РСФСР. Замечательный дерматовенеролог и человек, Евгений Анатолиевич Досычев (1919—2007) нашёл на Петроградской стороне подходящую квартиру для семьи Кожевниковых на Лахтинской, 3 и добился её получения.

Зам. директора по научной работе РесКВИ МЗ РСФСР был проф. П. В. Кожевников. Зав. микологическим и бактериологическим отделением РесКВИ, зав. (1951) кафедрой микробиологии ЛенГИДУВ, лауреат (1951) Государственной (Сталинской) премии проф. Павел Николаевич Кашкин (4.01.1902—30.04.1991) отпраздновал присуждение ему Государственной премии (1951) в коммунальной квартире проф. П. В. Кожевникова. В большой комнате собрались его коллеги, родные. У самого Павла Николаевича в то время в квартире большой комнаты не было. Государственная премия (1951) была присуждена проф. П. Н. Кашкину за исследования по морфологии и биологии дерматофитов, диагностике и эпидемиологии дерматомикозов.

Безусловно, закрытие (1956) РесКВИ МЗ РСФСР было неоправданным. МЗ СССР мотивировал это тем, что в связи с резким снижением заболеваемости сифилисом и гонореей необходимости в деятельности РесКВИ уже не было. Начальник отдела по борьбе с кожными и венерическими болезнями МЗ СССР проф. А. А. Студницин (ЦКВИ) утверждал, что деятельности ЦКВИ МЗ СССР вполне достаточно для РСФСР. Был настроен против РесКВИ в общем и против отдельных учёных Ленинграда в частности. В сложившейся ситуации проф, П. Н. Кашкин добился трансформации РесКВИ в Ленинградский Институт антибиотиков МЗ РСФСР (ЛИАН) (1956).

Дерматологи были очень огорчены таким решением МЗ СССР. Им пришлось искать другие места работы. Кафедра ЛенГИДУВ лишилась базы. И только неимоверным усилиям проф. П. В. Кожевникова, настойчивости, организаторским, «пробивным» способностям Антонины Сергеевны Чубаровой (1907—1983), главного врача ГорКВД (КВД № 17) Зинаиды Павловны Поляковой обязана своим открытием Городская дерматологическая больница № 6 (ГорДБ № 6) (1962), впоследствии — Городская кожно-венерологическая больницы № 6 (ГорКВБ № 6). Служила

базой (1962—2004) кафедры ГИДУВ до осени 2004 г. в течение 42-х лет.

По инстанциям А. С. Чубарова и З. П. Полякова ходили с ходатайствами проф. П. В. Кожевникова. Позднее А. С. Чубарова рассказывала, что, когда её выставляли из одной двери, она заходила в другую, снова и снова. Позже о том, что ГорКВБ № 6 создавали и как учебную базу для ГИДУВ, как-то забыли и говорили только как о городской КВБ.

Широта научного мышления, нестандартность и неординарность решения актуальных задач практического здравоохранения, блестящее педагогическое мастерство, новаторство, высокая принципиальность и необыкновенная доброжелательность отличали проф. П. В. Кожевникова. Первым в стране проф. П. В. Кожевников внедрил в преподавание дерматовенерологии метод программированного обучения. Курсанты называли его кафедру «любимым гнездом».

Обсуждение разных вопросов проходило не только на кафедре, но и на Лахтинской, 3 за чашкой чая. Новогоднюю перекличку нескольких десятков диссертантов-дерматологов проводил Пётр Васильевич, звоня им по телефону, подбадривая и оказывая разнообразную помощь. Однако Наталия Васильевна рассказывала, что все женщины-диссертанты, кроме неё, хотя бы раз плакали после критических разборов проф. П. В. Кожевникова. И тем не менее диссертанты со всего СССР стремились к Петру Васильевичу.

Так, под его руководством начала в 1958 г. работы по узелковой трихоспории (пиедре) и двум формам клеща демодекса врач, а вскоре (1960—1983) главный врач Кокандского ГорКВД Узбекской ССР Лейли Хусаиновна Акбулатова (1926—1983). Защитила кандидатскую диссертацию «Две формы клеща Demodex folliculorum hominis и его роль в заболеваниях кожи человека» (1968). Завершить докторскую диссертацию по узелковой трихоспории (пиедре) ей не удалось. Родом с Дальнего Востока, татарка, по характеру серьёзная, властная, боевая, хороший организатор, участвовала во всех конференциях дерматовенерологов в Ташкенте. Часто бывала у Петра Васильевича и Натальи Васильевны.

Усилиями Л. А. Акбулатовой было построено новое типовое здание Кокандского ГорКВД. Однако болезнь (рак) прогрессировала и тяжелобольная Л. Х. Акбулатова была там только несколько раз перед кончиной в декабре 1983 г. До последних дней поддерживала общение с ленинградскими учёными, особенно с проф. Е. А. Досычевым. К сожалению, в трагический год развала СССР ГорКВД выселили, перевели в старое приспособленное помещение.

Читая научные работы учеников, проф. П. В. Кожевников часто исправлял и нередко что-то сам вписывал в черновики. Прививал вкус к научным исследованиям у практических врачей, предлагал темы, публиковал их работы в журнале «Вестник дерматологии и венерологии», главным редактором (№ 3 1951—01.07.1966) которого являлся. Выпуск журнала увеличился с 6 до 12 номеров в год. «Вестник венерологии и дерматологии» был переименован (1957) в «Вестник дерматологии и венерологии».

На заседания редколлегии, пленумы АМН СССР, в ЦКВИ проф. П. В. Кожевников ездил в Москву ночным поездом по несколько раз в месяц, но не реже 1 раза. Возвращался таким же, чтобы не тратить дневное время, и сразу включался в работу. Только в последние годы старался вернуться так, чтобы спать дома, стал уставать. Пётр Васильевич любил поездки, с удовольствием осматривал новые места, ходил разными маршрутами.

Учёный принимал людей такими, какие они есть, и оценивал их по деловым качествам. В особо близких отношениях ни с кем не состоял, ни на чью сторону не становился. Под руководством и при консультациях проф. П. В. Кожевникова, основателя крупной научной школы, защищено 14 докторских и 60 кандидатских диссертаций, 7 его учеников заведовали кафедрами.

По воспоминаниям А. П. Монаховой, поначалу проф. П. В. Кожевникова в Ленинграде многие дерматологи восприняли как провинциала и не сразу признали, тем более, что кое в чём, в частности, в проблеме экземы у Петра Васильевича были принципиальные расхождения с ленинградской школой. Большой интерес вызывала деятельность Ленинградского научного общества дерматологов и венерологов во многом благодаря научным дискуссиям между проф. Сергеем Тимофеевичем Павловым (1897—1971) (ВМА) и проф. П. В. Кожевниковым.

На заседаниях иногда разыгрывались настоящие «словесные сражения». Ни проф. С. Т. Павлов, ни проф. П. В. Кожевников не хотели уступать, оба соперника оставались при своём мнении. В «битвах» двух титанов дерматологии оттачивалась истина. Зять Кожевниковых с удовольствием посещал заседания, чтобы послушать эти блестящие дебаты.

Не обошла и семью проф. П. В. Кожевникова кампания по борьбе с «семейственностью», развернувшаяся в те годы. Его дочери было отказано в приёме в аспирантуру в ЛенГИДУВ. Доцента Н. В. Добротворскую-Кожевникову, всю жизнь проработавшую вместе с мужем, заставили уйти (1951) из ЛенГИДУВ. Это явилось для Наталии Васильевны сильнейшей травмой, предметом тяжёлых переживаний.

Прекрасный педагог, она преподавала (1951—1954) на кафедре кожных и венерических болезней (зав. — проф. С. Е. Горбовицкий) Военно-Морской Медицинской Академии (ВММА). Наталия Васильевна проверяла заполнение и ведение историй болезни выпускника (1941) ВММА, впоследствии видного учёного, зав. (1972—1983) кафедрой кожных и венерических болезней I ЛМИ, проф. Е. А. Досычева, учила описывать кожных больных, была его наставником. Е. А. Досычев очень уважал проф. П. В. Кожевникова,

но Наталию Васильевну ставил всё-таки несколько выше.

В возрасте всего лишь 58 лет, с 1954 г., перед объединением ВММА и ВМА (зав. кафедрой кожных и венерических болезней — проф. С. Т. Павлов) вынуждена была выйти на пенсию. Такое завершение трудового пути Наталия Васильевна восприняла относительно спокойно. Уже ухудшилось состояние здоровья, участились головокружения, связанные с синдромом Меньера. Периодически работала, как тогда говорили, «на общественных началах» (без зарплаты). Консультировала больных в районном КВД, описывала гистологические препараты, иногда проводила занятия с врачами по гистопатологии кожи, в основном в РесКВИ. Н. В. Добротворская изучила (1955) гистопатологию первичных сифилом под влиянием пенициллинотерапии, изменения реактивности организма при экзематизированной эпидермофитии. Продолжала переписку с Инной Александровной Смородинцевой, Зинаидой Федотовой, Э. Н. Черняк и другими сотрудниками по Ашхабаду.

После защиты кандидатской диссертации (1958) по безусловным сосудистым рефлексам у больных ранними стадиями сифилиса Е. А. Досычев в течение 10 лет был с. н.с. дерматологической группы Отдела клинической медицины АМН СССР под руководством проф. П. В. Кожевникова. В год кончины Петра Васильевича защитил докторскую диссертацию «Влияние экзематозного процесса на чувствительность кожи и двигательные функции конечностей» (1969).

Средний брат проф. П. В. Кожевникова Михаил Васильевич, на 16 лет младше его, служил комиссаром, политработником в артиллерийском подразделении. Сестра Елена, на 19 лет моложе Петра Васильевича, была ему как дочь, тем более, что осталась на его попечении с пяти лет, после смерти матери, а отец умер ещё раньше, когда ей было два года. Окончила медицинский институт в Ростове-на-Дону, работала в Караганде, Ашхабаде (в лейшманиозном кабинете КВД), Вольске, Мичуринске. Написала работы по лейшманиозному пиоаллергиду (1944), локализации кожного лейшманиоза (1944). В начале 1950-х гг. была на цикле усовершенствования в ЛенГИДУВ, после чего осталась работать дерматологом в Ленинградском люпозории в посёлке Вырица, куда переехала со всей семьёй.

Сын, к. хим. н. Сергей Петрович Кожевников (02.07.1925—08.12.1998) закончил артиллерийское училище в Кушке, воевал с 1943 г., был начальником миномётного расчёта, дошёл до Берлина. Работал с. н.с. отдела фармакологии ИЭМ АМН СССР. Умер скоропостижно, собираясь на утреннюю пробежку. Одну ногу обул, вторую не успел. Накануне очень переутомился, много сил отдал организации проведения в городской библиотеке им. В. В. Маяковского конференции, посвящённой 100-летию проф. П. В. Кожевникова. Похоронен на новом кладбище в Кузьмолове.

Дочь Анна Петровна Монахова (27.11.1931 г. р.) закончила I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Работала детским дерматологом, с 1962 г. — ординатор ГорКВБ № 6. Зав. кожным отделением там была Нина Дмитриевна Лисовская. Кандидатскую диссертацию по лечению атрофирующего акродерматита пенициллином защитила под руководством проф. П. В. Кожевникова во время работы в ЛИАН. До ГорКВБ№ 6 заведовала кабинетом физиотерапии в ГорКВД. Участница ВОВ, была ранена, ходила на протезе, писала левой рукой, так как правая кисть была деформирована и движения в ней были ограничены. Вышла на пенсию в начале 1980-х гг.

Фото1. Н. В. Добротворская-Кожевникова и П. В. Кожевников с детьми Сергеем Кожевниковым (стоит в центре), Анной Монаховой (1-я справа), невесткой Н. М. Кожевниковой (1-я слева), зятем Н. К. Монаховым (сидит 1-й справа). Ленинград, 1955 г. Из личного архива А. П. Монаховой. Санкт-Петербург.

Фото2. Н. В. Добротворская-Кожевникова (1895—2000) и П. В. Кожевников (1898—1969) дома. Она жила в трёх веках! Ленинград, 1962 г. Из личного архива А. П. Монаховой. Санкт-Петербург.

Очень помогла проф. А. С. Чубарова дочери своего учителя. После смерти (1969) проф. П. В. Кожевникова Антонина Сергеевна добилась перевода Анны Петровны с должности ординатора Гор КВБ № 6 на должность старшего лаборанта (1969) кафедры. Позже А. П. Монахова — ассистент (1972) ЛенГИДУВ, защитила кандидатскую диссертацию по склеродермии (Л., 1979), стала доцентом (1987).

Зять Кожевниковых, к. м.н. Николай Константинович Монахов (02.09.1930—07.06.1990) все 6 лет учился в I ЛМИ в одной группе с Анной Петровной, был старостой группы. Всю блокаду прожил в Ленинграде. Подростком помогал взрослым сбрасывать зажигательные бомбы с крыш и т. д. Во время одного из обстрелов получил контузию ударной волной, после которой стал сильно заикаться, а также был установлен диагноз юношеской гипертонии. Как врач принимал участие в ликвидации последствий взрыва на атомном заводе. Анна Петровна вспоминала, как уже после обработки на службе посыпала ему дома на голову стиральный порошок «Новость», которым муж долго отмывал волосы.

Позже работал в лаборатории биохимической генетики ИЭМ АН СССР. Был очень общительным, хотя никогда не занимал общественных должностей и не был ни комсомольцем, ни членом КПСС. Люди тянулись к нему. В комнате всегда толпился народ: кто со своими любыми проблемами, кто для общения, для обмена информацией, а кто — просто так, «на огонёк». Похоронен в Гатчине, где родился.

Внук Константин Николаевич Монахов (1955 г. р.) — профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Женский МИ, I ЛМИ). Правнучка Дарья Константиновна Домбровская — к. м.н., ассистент той же кафедры и кафедры семейной медицины. В этом вузе начинала учёбу Наталия Васильевна.

Скончалась Наталия Васильевна 2.01.2000 г. на 105-м году жизни! Похоронена в посёлке Вырица, рядом с мужем, умершим от осложнений пневмонии. Сначала Пётр Васильевич хотел быть похороненным в посёлке Рощино, где была их дача, но то кладбище им с Наталией Васильевной не понравилось. И выбрали другое, небольшое, в Вырице. Там жила сестра Петра Васильевича, сёстры Наталии Васильевны, там был Ленинградский люпозорий, куда преподаватели кафедры ездили с курсантами 2—3 раза в год. Антонина Сергеевна Чубарова, Ирина Иннокентьевна Подвысоцкая после занятий в течение многих лет вместе с курсантами посещали могилу Петра Васильевича. Теперь нет уже и их, и люпозорий перестал существовать, его в виде небольшого отделения перевели в общую туберкулёзную больницу санаторного типа.

Памятник Петра Васильевича — из необработанного серого гранита с барельефом, а Наталии Васильевны — ниже, из полированного тёмно-серого гранита. Анна Петровна сожалеет, что на памятнике написано не Добротворская-Кожевникова, а наоборот, ошибочно. На участке Кожевниковых похоронена и сестра Петра Васильевича с мужем, на этом же кладбище — сёстры Натальи Васильевны. Могилы находятся далеко от входа в кладбище, так как оно разрослось за счёт площади прилегавшей ко входу зелёной зоны. Теперь могилы Кожевниковых навещают только Анна Петровна и её дети. На могиле проф А. С. Чубаровой сын поставил белый мраморный памятник в виде раскрытой книги. А. П. Монахова с большим трудом нашла эту могилу, но зайти не смогла: калитка была наглухо закрыта. Мир мёртвых бережно хранит свои тайны…

Единственной из учёных-дерматологов Наталие Васильевне довелось жить в трёх веках! Её насыщенная событиями, общением с интересными людьми жизнь — славная страница истории отечественной дерматовенерологии и лепрологии.

Литература

1. Белова-Рахимова Л. В., Прохоренков В. И. История венерологии, дерматологии, лепрологии России и СССР (1900—1959 гг.). Красноярск, 2013: 491с.
2. Добротворская Н. В. Cutis hyperelastica. Юго-восточн. вестн. здравоохр. 1923; 10—11: 51; Известия Донского гос. ун-та. Ростов-на-Дону, 1924; Т. IV: 139—148.
3. Добротворская Н. В. Случай Sclerodermia, развившейся во время цинги. Мед. мысль. 1924; 5—7: 49—53.
4. Добротворская Н. В. Проказа в Ростове и окрестностях по данным клиники. Рус. вестн. дерматол. 1925; 8: 752.
5. Добротворская Н. В. Постановка борьбы с врождённым сифилисом на Северном Кавказе. Журн. по раннему детскому возрасту. 1932; 2—3: 75—76.
6. Добротворская Н. В. Фармакодинамические реакции как метод изучения реактивности кожи. Сов.здравоохр. Туркменистана. 1940; 1: 64—70.
7. Добротворская Н. В. Лечение кожного лейшманиоза стрептоцидом. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну. Ташкент: Госиздат Уз ССР, 1943: 572—576.
8. Добротворская Н. В. Лечение кожного лейшманиоза комбинированным воздействием акрихина и диатермокоагуляции. Тр. Туркменского МИ. 1947; Т. III: 287—290.
9. 9.Добротворская Н. В. Клиническая картина и течение рецидивов лейшманиомы после впрыскивания акрихина. Вестн. венерол. и дерматол. 1948; 1: 45—48.
10. Добротворская Н.В., Кожевников П. В. Сальварсанные осложнения. Юго-восточн. вестн. здравоохр. 1924; 5—6: 243—247.
11. Добротворская Н.В., Краснянский М. В. Проказа в Ростове, Нахичевани-на-Дону и окрестностях по данным клиники кожных и венерических болезней СКГУ Сов. мед. на Сев. Кавказе. 1927; 7: 54—60.
12. Проблемы кожного лейшманиоза. Сб. работ I Межреспубликанского совещания по кожному лейшманиозу и москитной проблеме. Ашхабад, 30.05—4.06.1940. Ашхабад: Туркменгосиздат, 1941.

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ ФОТОТЕХНОЛОГИЙ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

О. М. Демина[1], Н. Н. Потекаев[1], А. В. Картелишев[2]

[1]Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава РФ; [2]Лазерная академия наук РФ, ФБГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, г. Москва

Угревая болезнь (син. — акне, вульгарные акне) — хроническое воспалительное заболевание сально-волосянных фолликулов (СВФ), поражающее более 85% лиц в пубертатный период и часто персистирующее у взрослых. Несмотря на общепризнанность ведущей роли в патогенезе угревой болезни (УБ) четырех основных механизмов (включая гиперпродукция себума гиперплазированными сальными железами; патологический фолликулярный гиперкератоз; колонизация сально-волосяных фолликулах Propionibacterium acnes в анаэробных условиях; формирование воспалительной реакции), практика традиционной терапии с включением антибактериальных препаратов и ретиноидов не всегда достаточна эффективна и может привести к развитию антибиотикорезистентности и известным побочным эффектам, с последующей хронизацией процесса и развитием более тяжелых форм. Это указывает, с одной стороны, на неполноту знания патогенетических звеньев УБ, с другой, на возможности оптимизации комплексного лечения пациентов с выяснением хотя бы ряда из них. В первую очередь следует учитывать вновь открытое существенное значение для синдромологических и клинико-лабораторных особенностей УБ изначального наличия иммунного дефицита. При этом использование в комплексном лечении больных инновационных фотобиологических методов с их иммуномодулирующим действием должно способствовать оптимизации их лечения.

Цель: проанализировать в патогенетических аспектах у больных разными формами УБ динамику клинико-иммунологических параметров и выявить маркеры эффективности этапной комбинированной низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической технологии.

Материалы и методы. 276 больных различными формами угревой болезни (УБ) в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелыми проявлениями УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%) подразделенные на две группы: I — контрольная (39) — лечившихся традиционно и II — основная (237) — получавших комбинацию НИЛТ+ФДТ по авторскому способу. Исследованы показатели клеточного иммунитета: CD 3+ (Т-лимфоциты) и CD 19+ (В-лимфоциты) и их субпопуляций: CD 3+CD 4+ (Т-хелперы), CD 3+CD 8+ (Т-цитотоксические лимфоциты) и CD 3-CD 16+CD 56+ (NK-клетки.

Результаты. Клинически в основной группе наблюдался достоверный регресс комедонов на второй неделе лечения (10,0±5,7; p<0,05), папул — на третьей (3,3±1,4; p<0,05), пустул — на четвертой (1,4±1,1; p<0,01), соответственно. До лечения общие уровни в крови у наблюдаемых больных лимфоцитов (CD 3+), Т-цитотоксических лимфоцитов (CD 3+CD 8+) и NK-клеток (CD 3-CD 16+CD 56+) недостоверно отличался от показателей нормы. При оценке уровня лимфоцитемии отмечена тенденция к ее снижению при тяжелом течении УБ. Показатели Т-хелперов (CD 3+CD 4+) при тяжелой форме УБ достоверно снижались. Также было обнаружено достоверное снижение иммунорегуляторного индекса (CD 4/CD 8) у больных с тяжелой формой УБ (1,4±0,4; p<0,05). Анализ изученных маркеров клеточного иммунитета, поведенный после разных вариантов лечения, показал, что в основной группе больных УБ, получавших модифицированную этапно выполняемую комбинированную лазерную и ФДТ, нейтрофилия достоверно снижалась до показателей нормы; установлено достоверное повышение исходно низкого количества Т-хелперов (CD 3+CD 4+) при тяжелой форме УБ в основной группе до 41,0±4,9% (p<0,05), что является благоприятным прогностическим критерием, свидетельствующим о разрешения воспалительного процесса за счет мощного иммуномодулирующего эффекта модифицированной этапно выполняемой комбинированной лазерной и ФДТ, особенно важного при тяжелой форме УБ.

Таким образом, в результате курсовой инновационной комбинации НИЛИ+ФДТ клиническая ремиссия и значительное улучшение, а также нормализация показателей иммунного статуса достигнута у 96,7% больных. Лазерные и фототехнологии являются патогенетически обоснованными альтернативными высокоэффективными методами терапии УБ, с быстрым стойким клиническим эффектом, отсутствием побочных реакции и осложнений с высоким профилем комплаентности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОЙ КОМБИНАЦИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

О. М. Демина[1], А. В. Картелишев[2], Н. Н. Потекаев[1]
[1]Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава РФ; 2Лазерная академия наук РФ, ФБГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, г. Москва

В настоящее время многоообразие средств и методов традиционной комплексной терапии больных УБ, включающая антибактериальные, антимикробные препараты и ретиноиды, показало ее не достаточную эффективность, а также не редкость вторичных осложнений и побочных явлений, обуславливающих торпидное течение и резистентность к используемым средствам, с последующей хронизацией процесса и развитием более тяжелых форм. В связи с этим, для терапии угревой болезни (УБ) актуально внедрение инновационных фототехнолоий, включая лазеры, широкополосное импульсное излучение (IPL) и фотодинамическую терапию (ФДТ). Проведенные до настоящего времени исследования эффективности фототерапевтических, включая НИЛТ и ФДТ методик, показали, что фототехнологии применялись только изолировано друг от друга, как правило продолжительным однократным курсом с местным воздействием на элементы и очаги акне, и как следствие, приводили к некоторому улучшению в симптоматике УБ. При этом полученные результаты по заключению специалистов являлись временными, поскольку колонии бактерий, потенцирующих акне, быстро восстанавливались и эффективность являлась не полной, составляя в среднем от 37 до 83%.

Приведеные данные и определили научное направление иследований эффективности и безопасность применения комбинации лазерной и фотодинамической технологии в терапии больных УБ. Их результаты клинико-лабораторно мониторировались на протяжение более 10 лет в нашей стране группой отечественных ученых, включая авторов.

Цель: оценить при угревой болезни эффективность инновационной комбинации низкоинтенсивной лазерной (НИЛТ) и фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы исследования. 276 больных различными формами угревой болезни (УБ) в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелыми проявлениями УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%), подразделенные на две группы: I — контрольная (39) — лечившихся традиционно и II — основная (237) — получавших комбинацию НИЛТ+ФДТ по авторскому способу. Использовали синдромологический мониторинг, метод статистического анализа.

Результаты и выводы. достигнута нормализация объективных показателей, вплоть до полной ликвидации проявлений УБ разных форм и степеней тяжести: клиническая ремиссии и значительное улучшение — у 85,1—96,6% ($n = 240$ из 276, $p<0,01$), и улучшение — у 5,6—15,2% пациентов ($n = 36$, $p<0,01$) основной группы наблюдения, что примерно в 3,5—4 раза превышает соответствующие показатели ($p<0,01$) в контрольной группе больных. Не отмечено никаких побочных явлений на протяжении курсов и негативных последствий в последующие сроки на проведенную терапию в отличие от контроля, где имелись частые случаи фармакорезистентности (в зависимости от длительности лечения — от 32,6 до 74,3% случаев), аллергизации (в той же зависимости — 41,5—71,7%), обострения кожного процесса (от 38,3 до 68,9%) и других известных осложнений традиционных методов лечения пациентов с УБ (до 46,1%).

Таким образом, полученные данные показали, что при новой технологии терапии наблюдалось значительное улучшение объективных показателей, вплоть до полной ликвидации проявлений УБ разных форм и степеней тяжести у 90—96,6%, что и по темпам, и по степени регресса элементов УБ в 3,5—4 раза превосходит по эффективности соответствующие показатели в контрольной группе больных ($p<0,01$).

НЕВУСЫ КЛАРКА КАК ОСОБЫЙ ВИД ПРИОБРЕТЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ

В. В. Мордовцева., И. В. Саламова
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств», Институт медико-социальных технологий, Москва, РФ

CLARK'S NEVI: THE SPECIAL TYPE OF ACQUIRED MELANOCYTIC NEVI

V. V. Mordovtseva, I. V. Salamova
Institute of Medical and Social Technologies, "Moscow State University of Food Production", Moscow, Russian Federation

Резюме. Дано краткое описание разных концепций о сущности диспластических невусов (невусов Кларка), во многом обусловливающих трудности дифференциальной диагностики и ведения пациентов с клинически атипичными невусами. Приводятся собственные данные об иммуногистохимическом профиле диспластических невусов, подтверждающие их особый гистогенез.

Невусы Кларка (диспластические невусы) представляют особые трудности для диагноза. Это связано, в том числе, с тем, что с момента описания диспластического невуса в 1978 г. среди ученых ведутся дебаты по поводу гистогенеза, клинической и гистологической терминологии. На сегодняшний день универсального ответа на многие вопросы, связанные с понятием диспластического невуса, нет. Считается, что диспластические невусы симулируют меланому клинически, дерматоскопически и гистологически. Следует отметить, что мнения специалистов варьируют от полного отрицания самого факта существования данного вида невуса до признания его облигатным предшественником меланомы.

Результаты проведенного нами иммуногистохимического исследования свидетельствуют об ошибочности подобных крайних мнений. Нашей целью было дать сравнительную характеристику иммуноморфологического профиля диспластических невусов, обычных приобретенных меланоцитарных невусов, рецидивных меланоцитарных невусов и меланом в фазе горизонтального роста с использованием антител к меланоцитарным маркерам S 100, HMB-45, SOX10, и маркерам пролиферации Ki-67 и pph3. Согласно полученным результатам, иммуногистохимическими маркерами, позволяющими проводить дифференциальную диагностику, являются антиген HMB 45 и маркер премитотической кондесации хроматина pph3, которые в исследованных невусах не выявлялись, но давали положительную реакцию в меланомах. Пролиферативная активность меланоцитов при проведении реакции с маркером Ki-67 (MIB-1) также была достоверно ниже в диспластических невусах (3—5% против 10%). Положительная реакция на маркер SOX10 только в диспластических невусах и меланомах подтверждает особый гистогенез последних, отличный от других доброкачественных меланоцитарных образований кожи, так как данный маркер, согласно нашим данным, не выявляется в обычных приобретенных и рецидивных невусах.

Вероятно, мнение ряда ученых о том, диспластический невус морфологически и биологически занимает промежуточное место между обычными невусами и меланомой, следует на сегодняшний день признать наиболее правильным. Несомненно, что невусы Кларка являются динамическими образованиями с возможностью малигнизации, особенно в случае тяжелой степени дисплазии. Требуются дальнейшие исследования для убедительного обоснования данной концепции.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ Е-КАДГЕРИНА В БАЗАЛИОМЕ

А. В. Молочков, А. Н. Хлебникова, С. А. Румянцев, Е. В. Селезнева
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, ул. Щепкина 61/2, стр.1; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ул. Трубецкая 8, стр.2, г. Москва, Россия; ГБУЗ Вологодский кожно-венерологический диспансер, ул. М. Ульяновой 17, г. Вологда, Россия

EXPRESSION OF E-CADHERIN IN BASAL CELL CARCINOMA

A. V. Molochkov, A. N. Khlebnikova, S. A. Rumyantsev, E. V. Selezneva
M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, 61-2-1 Shchepkin's st., Moscow, Russia; I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8-2 Trubetskaya st., Moscow, Russia; Skin and Venereal Diseases ambulant clinic, 17 M. Ulyanovoy st., Vologda, Russia

Актуальность. Аномальная экспрессия адгезивных молекул, как правило, ассоциирована с инвазивным злокачественным ростом опухолей. Нарушение кадгерин-зависимых межклеточных взаимодействий в эпителии может приводить к ослаблению межклеточных контактов, утрате специфического для эпителия фенотипа, усилению клеточной подвижности, снятию контактного торможения роста и, как результат, к неконтролируемой пролиферации опухолевых клеток. Целью исследования явилось изучение экспрессии Е-кадгерина в различных морфологических типах базалиомы. Материалы и методы. Биопсийный материал 36 больных первичной солитарной базалиомой изучали с помощью иммуногистохимического метода с моноклональными антителами к Е-кадгерину (1:50, Novocastra). Результаты. Подавляющее большинство клеток — 81% поверхностного мультицентрического типа базалиомы имели мембранный тип экспрессии, 19% — мембранно-редуцированный. При солидном строении 56,4% клеток имели мембранный тип экспрессии, 33,5% — мембранно-редуцированный, 10,1% — мембранно-цитоплазматический и отсутствие иммунореактивности. Среди базалиом аденоидного строения 30% клеток имели мембранно-редуцированный тип экспрессии, 25% — мембранный, 25% мембранно-цитоплазматический, 10% — цитоплазматический, 10% — отсутствие иммунореактивности. При сочетании аденоидного и солидного строения клетки экспрессировали Е-кадгерин на мембране и единичные не имели иммунореактивности. Клетки инфильтративного типа базалиомы экспрессировали Е-кадгерин на мембране, в цитоплазме (50% и 20% соответственно). Отсутствие иммунореактивности было в 30% клеток. Мембранную экспрессию имели 20% клеток микронодулярной базалиомы, мембранно-редуцированную — 53,3%, мембранно-цитоплазматическую — 10%, цитоплазматическую — 3,3%, отсутствие иммунореактивности — 13,4%. В инфильтративном склерозирующем типе 80% клеток не экспрессировали Е-кадгерин, 20% — редуцированно экспрессировали на мембране. При сравнительной оценки характера экспрессии Е-кадгерина во всех гистологических типах опухоли статистически значимых результатов получить не удалось. В связи с чем гистологические типы были сгруппированы в зависимости от характера течения или роста. В группу неинвазивного роста мы включили опухоли имеющие поверхностный мультицентрический, солидный, аденоидный, сочетание поверхностного мультицентрического и солидного компонентов. В группу с инвазивным ростом нами были включены опухоли инфильтративные, микронодулярные, инфильтративно склерозирующие. При этом, если Е-кадгерин экспрессировался на мембране (Мембранный и мембранно-редуцированный тип) — подобную экспрессию расценивали как вариант нормы. Остальные типы, когда экспрессия появлялась в цитоплазме (мембранно-цитоплазматический и цитоплазматический тип), и отсутствие иммунореактивности рассматривали как патологические. Было установлено, что неинвазивные типы в 87,7% случаев экспрессируют Е-кадгерин на мембране, тогда как инвазивные — только в 55% случаев. И соответственно, патологическая экспрессия установлено в 12,3% случаев неинвазивных типов и в 45% случаев инвазивных. При статистической обработке материала было установлено, что уровень патологической экспрессии Е-кадгерина значительно преобладает в опухолях с инвазивным типом роста и различия статистически значимы ($p \leq 0{,}001$). Результаты, полученные при проведении ROC-анализа, позволяют говорить об эффективности использования доли патологической экспрессии в определении инвазивного морфологического типа опухоли. Предполагаемое пороговое значение — 29%. Заключение. Экспрессия Е-кадгерина различна в морфологических типах базалиомы. Патологическая экспрессия Е-кадгерина характерна для инвазивных типов (инфильтративный, микронодулярный, инфильтративный склерозирующий).

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК В БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ

А. Н. Хлебникова. С. А. Румянцев, Е. В. Селезнева
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ул. Трубецкая 8, стр.2, г. Москва, Россия; ГБУЗ Вологодский кожно-венерологический диспансер, ул. М. Ульяновой 17

CELL PROLIFERATIVE ACTIVITY IN THE BASAL CELL CARCINOMA

A. N. Khlebnikova, S. A. Rumyantsev, E. V. Selezneva
I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8—2 Trubetskaya st., Moscow, Russia; Skin and Venereal Diseases ambulant clinic, 17 M. Ulyanovoy st., Vologda, Russia

Актуальность. Базалиома — самая распространенная злокачественная эпителиальная опухоль кожи. Она характеризуется медленным местнодеструирующим ростом, хотя в ряде случаев наблюдается достаточно агрессивное течение. Как правило, подобное течение наблюдается при определенных морфологических типах опухоли. Одним из показателей, свидетельствующим о характере опухолевого роста, является пролиферативная активность клеток. Она значительно возрастает при инвазивном росте, а также в злокачественных процессах, по сравнению с доброкачественными. **Целью** нашего исследования явилось изучение пролиферативной активности клеток в различных морфологических типах базалиомы. Материалы и методы. В работе использовали 36 биоптатов базалиомы. Пролиферативная активность клеток опухолей изучалась с помощью иммуногистохимического исследования с моноклональными антителами к Ki67 (DAKO). Результаты. Средний индекс пролиферации Ki67 в поверхностном мультицентрическом типе и при сочетании его с солидным компонентом составлял 22,2%, в большинстве клеточных комплексах пролиферирующие клетки располагались по периферии. При солидных опухолях средний индекс составил 26,5%. Периферическое распределение наблюдали в 4 случаях, равномерное в трех. При аденоидном строении пролиферирующие клетки распределялись равномерно, индекс пролиферации составлял 26,9%. В опухолях инфильтративного, микронодулярного строения и при их сочетании пролиферирующие клетки диффузно регистрировались по всем клеточным комплексам. В инфильтративном типе среднее значение индекса Ki67—35,4%. Микронодулярные базалиомы имели средний индекс Ki67—26,9%. В случаях инфильтративно-склерозирующего строения индекс имел значение 35,6%, пролиферирующие клетки равномерно распределялись в комплексах. При сочетании инфильтративного, солидного и микронодулярного строения преимущественно отмечали равномерное распределение пролиферирующих клеток и средний индекс составлял 36,5%. Солидное строение в сочетании с инфильтративным склерозирующим имели опухоли с индексом Ki67 26,7% и 35,3%, пролиферирующие клетки располагались как диффузно. Так и периферически в комплексах. При анализе пролиферативной активности клеток мы сгруппировали опухоли в зависимости от характера течения или роста. В группу неинвазивного роста мы включили опухоли имеющие поверхностный мультицентрический, солидный, аденоидный, сочетание поверхностного мультицентрического и солидного компонентов. В группу с инвазивным ростом нами были включены опухоли инфильтративные, микронодулярные, инфильтративно-склерозирующие, а также опухоли сложного строения (инфильтративный+микронодулярный + солидный и солидый + инфильтративно-склерозирующий). Средний индекс пролиферации неагрессивных типов составил 24,77±7,47, агрессивных типов — 33,53±8,94. Различия в уровне пролиферации между агрессивными и неагрессивными типами носили статистически значимый характер (p=0,003). В неагрессивных типах периферическое распределение клеток наблюдалось в 50% случаев, равномерное в 45%. В агрессивных типах 81,25% случаев имели равномерное распределение пролиферирующих клеток, сочетание двух типов распределения — 18,75%. Периферическое распределение пролиферирующих клеток в агрессивных типах не встречалось. При сравнении распределения клеток между агрессивными и неагрессивными типами опухоли было показано, что различия носят статистически достоверный характер (p=0,003). Заключение. Базалиомы инфильтративного, микронодулярнного, инфильтративно-склерозирующего строения отличаются высокой пролиферативной активностью клеток и их равномерным распределением по всем клеточным комплексам.

СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Т. Г. Седова, А. Н. Хлебникова, В. Д. Елькин, Е. А. Копытова
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

SEBORRHEIC KERATOSIS. CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SPECIAL ASPECTS

T. G. Sedova, A. N. Khlebnikova, V. D. Elkin, E. A. Kopytova
«Perm State Medical University by academician E. A. Wagner» Ministry of Health of Russia, Perm, Russia; The First Medical University MGMU by I. M. Sechenov Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

Резюме. Представлен ретроспективный анализ клинических и морфологических особенностей 1309 случаев себорейного кератоза по данным первичной обращаемости среди пациентов Пермского краевого онкологического диспансера за 2005—2015 гг.

Ключевые слова: себорейный кератоз, клиника, гистологические типы.

Summary. The retrospective analysis of clinical and morphological features of 1309 cases of a seborrheic keratosis according to primary appealability among patients of the Perm regional oncologic center for 2005—2015 is submitted.

Keywords: seborrheic keratosis, clinic, histological types.

Введение. Себорейный кератоз (СК) (син: себорейная бородавка, базальноклеточная папиллома) — часто встречающаяся доброкачественная опухоль кожи, возникающая в результате избыточной пролиферации кератиноцитов. СК встречается среди лиц среднего и пожилого возраста, одинаково часто у представителей обоего пола [1, 2]. Элементы СК могут быть единичными и множественными [3]. Клинически СК характеризуется появлением мягких папул от розово-коричневого до черного цвета, диаметром от 0,2 до 3,0 см. Элементы СК располагаются преимущественно на открытых участках тела. Опухоль развивается медленно, десятилетиями, малигнизация от 1,4 до 4,6% случаев [1—4]. Гистологически (ВОЗ, 2006) выделяют следующие типы СК: акантотический, аденоидный, инверсный, клональный, раздраженный, гиперкератотический, пигментированный [1, 5].

Цель. Изучение клинической и морфологической структуры 1309 случаев СК в Пермском регионе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-морфологической структуры 1309 случаев КС за период 2005—2015 гг. среди пациентов ГУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер» по данным историй болезни и амбулаторных карт. Диагноз верифицировали с помощью патогистологического исследования биопсийного материала (ВОЗ, 2006). Анализ данных проводился на основе методов вариационной статистики с использованием программы MS Excel (Microsoft).

Результаты. За изучаемый период СК был диагностирован у 1309 пациентов, из них у 842 женщин (64,3%) и 467 мужчин (35,7%) от 15 до 95 лет, в среднем — 56,5±0,8 года. Множественный СК встречался у 540 больных (41,3%), чаще у лиц женского пола — 440 (33,6%), при этом количество очагов меньше 10 было отмечено у 283 больных (21,7%), от 10 до 20 элементов — у 215 (16,4%) и больше 20 — у 42 пациентов (3,2%).

Наиболее часто СК локализовался на коже туловища — у 645 больных (49,3%). СК на коже головы диагностировался у 200 пациентов (15,3%). Поражение верхних конечностей отмечено у 205 пациентов (15,7%). Локализация СК на коже нижних конечностей встречалась в 169 (12,9%) случаях. Поражение кожи гениталий диагностировано в 90 (6,8%) случаев, чаще среди женщин — 68 (5,2%).

При анализе гистологических типов СК (n=1000) отмечено преобладание раздраженного типа — в 262

(26,2%) случаев, пигментный встречался — у 220 (22,0%), гиперкератотический — у 200 (20,0%), акантотический — у 135 (13,5%), аденоидный — у 92 (9,2%), клональный — у 53 (5,3%) и инверсный — у 38 (3,8%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о преимущественном поражении СК лиц женского пола (64,3%) и доминирующим поражением закрытых от инсоляции участков кожи (кожа туловища, нижних конечностей, гениталий), что составило 69,0%. Множественный СК встречался чаще у лиц женского пола (33,6%), у 21,7% больных общее количество очагов не превышало 10. Наиболее часто диагностировался раздраженный, пигментный и гиперкератотический гистологический тип СК (26,2%, 22,0% и 20,0% случаев соответственно), реже всего — инверсный (3,8%).

Литература

1. Галил-Оглы, Г. А. Дерматоонкология / Г. А. Галил-Оглы, В. А. Молочков, Ю. В. Сергеев. — М.; Медицина для всех, 2005.— 872 с.
2. Вольф, К. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / К. Вольф, Л. А. Голдсмит, С. И. Кац под ред. акад. А. А. Кубановой. — М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013.—2621 с.: ил.
3. Елькин В. Д. Практическая дерматоонкология / В. Д. Елькин, Л. С. Митрюковский, А. Ю. Лысов. — М.: Практическая медицина, 2014.— 480с.
4. Молочков В. А. Эпителиальные опухоли кожи / В. А. Молочков, А. В. Молочков, А. Н. Хлебникова, Ж. С. Кунцевич. — М.: Издательство БИНОМ.—2012.— 224с., ил.
5. Мордовцев, В. Н. Патология кожи: в 2 т. Т. 2. Частная патоморфология кожи / В. Н. Мордовцев, Г. М. Цветкова. — М.: Медицина, 1993.— 384с.

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 85 СЛУЧАЕВ)

Т. Г. Седова, В. Д. Елькин, А. Н. Хлебникова, Е. А. Копытова
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

PAGET'S DISEASE (RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 85 CASES)

T. G. Sedova, A. N. Khlebnikova, V. D. Elkin, E. A. Kopytova
«Perm State Medical University by academician E. A. Wagner» Ministry of Health of Russia, Perm, Russia; The First Medical University MGMU by I. M. Sechenov Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

Резюме Представлен ретроспективный анализ клинических особенностей и гистологических типов болезни Педжета у 85 пациентов.

Ключевые слова: болезнь Педжета, клиника, гистологический тип.

Summary The retrospective analysis of clinical features and histological types of Paget's disease at 85 patients is submitted.

Keywords: Paget's disease, clinic, histological type.

Болезнь Педжета (БП) впервые описана J. Padget в 1874 г. Выделяют маммарную и экстрамаммарную разновидности БП. Заболевание регистрируется в возрасте 50—85 лет, чаще у женщин [1—3].

Поражение кожи характеризуется односторонним эритематозным шелушащимся экзематозным очагом в области соска (маммарная БП). Высыпания с четкими полициклическими краями, по периферии — возвышающийся плотноватый валик. Экстрамаммарная БП возникает на участках, богатых апокринными железами. Клинически проявляется сходными высыпаниями, часто поражаются аногенитальная и перианальная области, реже — другие локализации. Субъективно — зуд, жжение, боль [1—3]. Гистологическим подтверждением БП является обнаружение клеток Педжета. Встречаются различные гистологические варианты БП: пигментный, анапластический, акантолитический, аденокарциноподобный и веретеноклеточный [3, 4].

Цель. Провести ретроспективный анализ заболеваемости БП по результатам первичной обращаемости среди пациентов ГУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер».

Материал и методы. По данным биопсий в амбулаторных картах и историях болезни 85 больных ПКОД проведен ретроспективный анализ первично регистрируемой заболеваемости БП за 2005—2016 гг. (МКБ ВОЗ X пересмотр 1995 г.). Анализ статистических данных проводился с использованием программ MS Excel (Microsoft).

Результаты. За изучаемый период БП была выявлена у 85 пациенток от 31 до 80 лет, средний возраст составил — 56,54±8,05 лет. При этом маммарная БП была диагностирована у 77 больных (90,6%), а экстрамаммарная — у 8 женщин (9,4%). Маммарная БП характеризовалась односторонним поражением соска молочной железы, вовлечение в патологический процесс ареолы отмечалось в 70 (82,4%) случаев, соска — в 7 (8,2%). При экстрамаммарной БП диагностировано поражение вульвы — у 5 больных (5,9%), промежности — у 2 (2,3%), и анальной области — у 1 женщины (1,2%).

При анализе гистологических типов БП (n=85) были верифицированы следующие варианты БП: аденокарциноподобный — у 35 больных (41,2%), пигментный — у 23 (27,0%), анапластический — у 12 (14,1%), веретеноклеточный — у 10 (11,8%) и акантолитический — у 5 (5,9%). Морфологически во всех препаратах обнаруживали клетки Педжета, гипер- и паракератоз, акантоз и папилломатоз. Субэпидермально — воспалительный лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Выводы. В Пермском регионе БП регистрировалась преимущественно среди женщин в среднем возрасте — 56,54±8,05 лет. Чаще встречалась маммарная БП (90,6%) с доминирующим поражением ареолы (82,4%). Верифицирующим признаком являлось обнаружение клеток Педжета в биопсионных материалах. Среди гистологических типов БП преобладал аденокарциноподобный вариант (41,2%), реже встречался акантолитический — в 5,9% случаев.

Литература

1. Галил-Оглы, Г. А. Дерматоонкология / Г. А. Галил-Оглы, В. А. Молочков, Ю. В. Сергеев. — М.; Медицина для всех, 2005.— 872 с.
2. Вольф, К. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / К. Вольф, Л. А. Голдсмит, С. И. Кац под ред. акад. А. А. Кубановой. — М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013.—2621 с.: ил.
3. Елькин В. Д. Практическая дерматоонкология / В. Д. Елькин, Л. С. Митрюковский, А. Ю. Лысов. — М.: Практическая медицина, 2014.— 480с.
4. Мордовцев, В. Н. Патология кожи: в 2 т. Т. 2. Частная патоморфология кожи / В. Н. Мордовцев, Г. М. Цветкова. — М.: Медицина, 1993.— 384с.

ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ?

Т. А. Славянская
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия; Институт иммунофизиологии, Москва, Россия

Введение. Атопический дерматит (АД), как правило, возникает в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим болезням, имеет рецидивирующее течение и сопровождается изнурительным зудом, что приводит к физической и психоэмоциональной дезадаптации пациента и его семьи. Одним из факторов, утяжеляющих АД, является агрессивное распространение бактериальной, грибковой и вирусной флоры. Постоянное расчесывание кожи при АД приводит к нарушению ее защитных, барьерных свойств, что способствует присоединению вторичной инфекции. Инфекционные осложнения встречаются у 25—34% детей, больных АД.

Целью настоящей работы является разработка критериев прогноза развития инфекционных осложнений у детей со среднетяжелым и тяжелым течением АД.

Материалы и методы. Объектом исследования были 94 ребенка в возрасте 5—17 лет с IgE-опосредованным АД тяжелого и среднетяжелого течения в стадии ремиссии. Длительность болезни составляла 1—15 лет. Клинически АД протекал с множественными и обширными очагами воспаления с экссудацией или инфильтрацией, лихенификацией, экскориациями и выраженным зудом, что приводило к присоединению вторичной микробной и/или грибковой флоры. Контрольная группа включала 30 практически здоровых детей. Всем больным проводили общеклинические и иммуноаллергологические обследования (АИО). Особое внимание уделяли фагоцитарному звену иммунитета. АИО состояло из: иммунограммы (клеточное, гуморальное и фагоцитарное звено иммунитета), определения уровня про- и противовоспалительных цитокинов (методом ИФА); постановки кожных проб, проведения провокационных или элиминационных тестов (по показаниям), определения общего и специфического IgE в крови. В качестве причинно-значимого аллергена использовали аллергены клеща домашней пыли. По шкале SCORAD оценивали тяжесть клинических симптомов. Индекс SCORAD до лечения при среднетяжелом АД составил 42,57±3,41 балла; при тяжелом — 48,2±5,7 балла. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения StatSoft Statistica 6.0. Статистически значимыми считали результаты, при которых $p<0,05$.

Результаты. Проведенное комплексное обследование позволило выявить признаки иммунного дисбаланса у больных с АД: снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) — фагоцитарного показателя (ФП) и фагоцитарного числа (ФЧ); IL-4, IL-13 в сыворотке крови, локальный и системный специфический IgE были повышены, а IFNγ снижался при утяжелении клинического течения болезни. Установлено, что у иммунокомпроментированных детей с АД и нарушенной функцией ФАН, включение в программу комплексной терапии (КТ) аллергенсиспецифической иммунотерапии (АСИТ) в 78% случаев приводило к развитию инфекционных осложнений — пиодермии и присоединению вирусной инфекции, что утяжеляло течение заболевания, негативно сказывалось на оценке детей состояния своей кожи и приводило к необходимости дополнительного назначения парентеральных глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, усилению наружной терапии, что, в свою очередь, увеличивало затраты на лечение и приводило в дальнейшем к отмене АСИТ у более, чем 2/3 пациентов. В группе детей с АД, в план КТ которых был включена комбинированная иммунотерапия (КИТ) — АСИТ и иммуномодулятор, активирующий ФАН, регистрировали снижение показателей специфического IgE; IL-4 с 55,2±4,2 пг/мл до 38,1±3,4 пг/мл ($p<0,05$); продукция IFNγ увеличивалась с 21,2±2,0 до 44,6±3,5 пг/мл ($p<0,05$); нормализовались фагоцитарные показатели. При этом не было отмечено осложнений, либо утяжеления клинического течения АД. Тяжесть течения заболевания значительно уменьшалась, а объем базовой терапии сокращался. КИТ не провоцировала обострение АД, вызываемое АСИТ, что позволило проводить иммунотерапию по ускоренной схеме. Ни в одном случае не было отмечено осложнений, либо утяжеления клинического течения АД.

Выводы. Таким образом, мониторирование содержания в крови ФП, ФЧ при IgE-опосредованном АД позволяет прогнозировать развитие инфекционного осложнения у детей с АД. Включение КИТ в КТ детей с тяжелым или среднетяжелым течением АД устраняет дисбаланс цитокинового статуса, активирует моноцитарно-фагоцитарное звено иммунитета, способствует уменьшению частоты присоединения вторичной инфекции, обеспечивает профилактику инфекционных осложнений и инвалидизацию детей с тяжелым течением АД и значительно повышает качество жизни.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА (ACNE INVERSA)

Г. А. Алиева, С. А. Масюкова, Э. Г. Санакоева, И. В. Ильина, С. С. Землякова, Д. В. Гребенюк
Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва

ANTIBIOTIC TREATMENTOF SUPPURATIVE HIDRADENITIS (ACNE INVERSA)

Г. А. Алиева, С. А. Масюкова, Э. Г. Санакоева, И. В. Ильина, С. С. Землякова, Д. В. Гребенюк
The Institute of medical and social technologies of FGBOU VPO MGUPP

Гнойный гидраденит (син.: *acne inversa*) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание апокриновых потовых и сальных желез, сопровождающийся синдромом окклюзии волосяных фолликулов, трудно поддающихся терапии. Заболеваемость составляет 1—4% в общей популяции и встречается чаще у женщин. Этиология и патогенез до конца не выяснены и на сегодняшний день выдвигаются несколько теорий, основными из которых являются механическая, генетическая и иммунологическая Значительного улучшения состояния больных гнойным гидраденитом (ГГ), особенно при I стадии заболевания, позволяет добиться системная антибиотикотерапия.

Цель настоящего исследования: изучение клинической эффективности и безопасности препарата миноциклин у больных при I стадии гнойного гидраденита (acne inversa)

Материалы и методы. 28 больных ГГ (21 женщин и 7 мужчин)в возрасте от 28 до 46 лет), с преобладанием лиц молодого и среднего возраста и получили лечение системным миноциклином на протяжении 12—16 недель. Первые манифестные признаки заболевания возникли у больных в наиболее трудоспособном возрасте от 17 до 35 лет. Длительность течения заболевания при первичном обращении варьировала от 3 месяцев до 15 лет, причем у большинства — 17 (60,7%) пациентов от 6 месяцев до 3-х лет. Менее полугода страдал ГГ лишь 1 (3,5%) больной. Длительность заболевания от 3 до 5 лет наблюдалась у 7 (25%) пациентов. Случаи длительного течения гнойного гидраденита — от 5 до 10 лет — зарегистрированы только у 2 (7,1%) больного, более 10 лет — у 1 (2,1%) пациента. Частота обострений варьировала от непрерывно рецидивирующих форм у 2 (7,1%) больных до 1 рецидива в 6—12 месяцев (1—2 раза в год) у 16 (57,1%) пациентов. Средняя частота рецидивов у обследованных больных составила 5,4±2,1 в год. Среди коморбидных состояний отмечены метаболические нарушения у15(53,5%), эндокринная патология — 11 (39,32%), органов пищеварительной системы — 9 (32,1%) и заболевания сердечно-сосудистой системы — 4 (14,2%), сахарный диабет у 2 (7,1%) больных.

Результаты исследования

Методика лечения: Вся наблюдаемая группа больных получала миноциклин в дозе –100 мг 2 раза день — 4 недели, далее по 100 мг 1 раз в день и/или 50 мг 2 раза в день 6—8 недель, обычно до достижения ремиссии. 14 женщин, наряду с антибиотиками, получали Джес плюс по 0,25 на протяжении от 6 до 12 месяцев, глюкофаж по 100 мг 1 раз в сутки по показаниям. Клинический эффект методов терапии оценивался с учетом ближайших и отдаленных результатов. по общепринятым в дерматологии критериям По данным ближайших результатов лечения стойкая клиническая ремиссия была отмечена в 20 (71,4%) случаев, значительное клиническое улучшение у 5 (17,8%) больных и клиническое улучшение у 3(10,7%) больных. Клинический эффект терапии у больных ГГ в сроки наблюдения 24 месяца: ремиссия у 18 (64,2±6,53%), значительное улучшение у 5 (17,85±5,61), улучшение у 4 (14,28±4,69, без эффекта у одного (3,57±1,86) пациента.

Заключение. Показана высокая клиническая эффективность нового антибактериального препарата Минолексин (миноциклин) по данным ближайших и отдаленных результатов до 12 месяцев, что позволяет рекомендовать его как препарат выбора в комплексной терапии больных при I стадии гнойного гидраденита (acne inversa).

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ДИСПЛАЗИИ В КЛИНИЧЕСКИ АТИПИЧНЫХ НЕВУСАХ

И. В. Саламова., В. В. Мордовцева., И. А. Ламоткин.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств», Институт медико-социальных технологий, Москва, РФ

DERMATOSCOPIC PREDICTORS OF HISTOLOGIC DYSPLASIA IN CLINICALLY ATYPICAL MELANOCYTIC NEVI

I. V. Salamova, V. V. Mordovtseva, I. A. Lamotkin
Institute of Medical and Social Technologies, «Moscow State University of Food Production», Moscow, Russian Federation

Резюме. Приведены результаты исследования по сопоставлению дерматоскопических параметров клинически атипичных невусов с гистологическими признаками меланоцитарной дисплазии.

Актуальность. Клинически атипичные невусы при гистологическом исследовании могут не иметь признаков дисплазии и наоборот. Таким образом, клиника не всегда совпадает с гистологией. Поэтому важным направлением научных исследований является повышение точности диагностики с помощью неинвазивных вспомогательных методов, таких как дерматоскопия.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые дерматоскопические критерии меланоцитарных невусов с тяжелой дисплазией.

Материалы и методы. С помощью метода дерматоскопии 104 диспластических невуса классифицированы согласно 9 архетипам R. Hofmann-Wellenhof и соавт. (2002). Проведено сопоставление данных дерматоскопии со степенью дисплазии при последующем гистологическом исследовании.

Результаты. Распределение исследованных диспластических невусов по характеру пигментации: с центральной гиперпигментацией — 53,85%, гипер/гипопигментированный — 28,85%, с центральной гипопигментацией — 7,69%, с эксцентричной гиперпигментацией — 9,61%. Распределение исследованных диспластических невусов по типу структуры: ретикулярно-глобулярная — 38,46%, ретикулярно-гомогенная — 26,92%, многокомпонентная — 21,15%, глобулярная — 7,69%, гомогенная — 5,78%,

При гистологическом исследовании установлены наиболее значимые дерматоскопические признаки в невусах с тяжелой степенью дисплазии: гомогенные бесструктурные зоны гиперпигментации (92%); эксцентричная гиперпигментация (65%); асимметрия структуры (56%); асимметрия формы (37%); многокомпонентная структура (ретикулярная/глобулярная/ гомогенная) (21%); структуры регресса (18%).

Обсуждение. В единственном доступном аналогичном зарубежном исследовании P. Carli с соавт. (2000) пришли к выводу, что основными предикторами гистологической дисплазии (без уточнения ее степени) в невусах являются такие дерматоскопические параметры, как структуры регресса, атипичный сосудистый рисунок и серо-голубые участки с прогностической значимостью положительного результата 83%, 83% и 73%, соответственно. Результаты нашего исследования существенно отличаются. Указанные различия могут быть связаны с неодинаковой трактовкой разными авторами существующих критериев диагностики, что служит дополнительным подтверждением актуальности проводимых исследований.

СНИЖЕНИЕ БАТЕРИАЛЬНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ КОЖИ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Э. А. Баткаев, И. В. Попов
Кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР Медицинского института РУДН, г. Москва

REDUCTION MATERIALNOY CONTAMINATION OF THE SKIN AS A METHOD OF TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

E. A. Batkaev, I. V Popov
RUDN Univercity

Атопический дерматит (АД) — распространённое заболевание, которым страдают более 20% детей. АД характеризуется сменяющимися периодами обострения и ремиссии. Частота и длительность обострений зависят от особенностей поведения больного (погрешности в диете, вредные привычки) и индивидуальных особенностей организма (стрессовые ситуации, простудные заболевания, обострения в определённое время года и т. д.).

В отдельных случаях стандартная схема лечения АД, основанная на применении наружных глюкокортикостероидных средств, становится малоэффективной и заболевание приобретает затяжной характер, когда стадия обострения практически не сменяется ремиссией патологического процесса. Анализ литературы показывает, что основной причиной подобного течения является повышенная обсеменённость кожи больных условно-патогенными микроорганизмами, в частности S.aureus, Malassezia spp. и Candida spp., усиливающими воспалительные проявления.

Целью настоящего исследования являлось установление оптимального метода диагностики нарушенного микробиоценоза кожи при длительном течении АД путем выявления корреляции между тяжестью клинического течения АД и степенью обсеменённости кожи условно-патогенной микрофлорой, а также определение метода терапии, оптимального для коррекции дисбиоза кожи.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 120 детей, страдающих АД. Критерии включения в исследование: возраст от 3 до 15 лет; длительное (не менее 1 года) течение заболевания; обострение заболевания на момент обследования и назначения лечения; резистентность к проводимой ранее терапии монопрепаратами топических ГКС.

Наблюдаемые дети были разделены на четыре группы: № 1 (больные с лёгким течением АД, n=35); № 2 (больные со среднетяжёлым течением АД, получающие наружную антибактериальную и антимикотическую терапию, n=35); № 3 (больные со среднетяжёлым течением АД, получающие системную антибактериальную и антимикотическую терапию, n=35); № 4 (группа контроля, n=15). Больным проводилось следующее обследование: определение общего и специфических IgE к микроорганизмам S. aureus, Candida spp. и Malassezia spp.; культуральное обследование с количественным определением бактериальной обсеменённости кожи; ПЦР-диагностика в режиме реального времени с количественным определением бактериальной обсемененности кожи.

Тяжесть течения АД определялась согласно индексу SCORAD, который составил для группы № 1 20,4±2,07; для группы № 2 — 64,63±3,15; для группы № 3 — 65,63±7,83.

Результаты исследований. В контрольной группе (№ 4) среднее значение IgE составило 55,67±2,93 МЕ/мл; для группы № 1 145,06±0,93; для группы № 2 — 186,11±43,25; для группы № 3 — 196,54±63,01. Показатели IgE варьировались в зависимости от тяжести течения АД ($p<0,05$).

Уровень специфических IgE к микроорганизмам S. aureus (SEA, SEB, TSST), Candida spp. и Malassezia spp. также коррелирует со степенью тяжести течения АД ($p<0,05$). Результаты обследования представлены в табл. 1.

Табл. 1

	Группа контроля (kU/L)	Лёгкое течение (kU/L)	Среднетяжёлое течение (kU/L)
S. aureus (SEA)	0,2±0,13	2,5±1,68	39,71±20,78
S. aureus (SEB)	0,21±0,14	1,78±0,97	26,02±19,05
S. aureus (TSST)	0,24±0,16	0,6±0,09	14,32±6,46
Candida spp.	0,23±0,1	1,77±0,95	14,26±11,38
Malassezia spp.	0,21±0,09	6,06±4,24	30,73±19,83

Бактериологическое обследование показало, что в группе контроля S. aureus обнаружен у 4 человек (26%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см^2; Candida spp. — у 2 человек (13%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см^2; Malassezia spp. — у 6 человек (40%) с максимальным значением 10^2 КОЕ/см^2. В группе № 1 (n=35): S. aureus обнаружен у 33 человек (94%) с показателем, колеблющимся в пределах

10^3—10^5 КОЕ/см^2; Candida spp. — у 25 детей (71%) с показателем 10^3—10^5 КОЕ/см^2; Malassezia spp. — у 27 человек (77%) с показателем 10^3—10^5 КОЕ/см^2. В объединённой группе больных АД средней тяжести (№ 3 и № 4, n=70): S. aureus обнаружен у 70 человек (100%) с показателем 10^3—10^7 КОЕ/см^2; Candida spp. — у 58 человек (83%) с показателем 10^3—10^6 КОЕ/см^2; Malassezia spp. — у 60 человек (86%) с показателем 10^4—10^6 КОЕ/см^2. Выявленные различия показателей группы контроля и групп обследования статистически достоверны (p<0,05).

Результаты метода ПЦР в режиме реального времени были непоказательны и недостоверны. При их анализе не удалось выявить какой-либо последовательности и взаимосвязи, как с тяжестью течения АД, так и внутри группы результатов метода. Мы считаем, что метод ПЦР в режиме реального времени требует дальнейшего изучения и определения стандартизации забора материала и интерпретации результатов.

Лечение больных проводилось согласно стандартам лечения АД. (антигистаминные препараты в возрастной дозировке, десенсибилизирующая терапия, детоксикационная терапия. Для наружного и системного лечения (по показаниям) выбраны препараты, обладающие комплексным противовоспалительным, антибактериальным и антимикотическим действием (линейка препаратов Сангвиритрин).

В ходе проведённого лечения отмечалась выраженная положительная динамика кожного процесса, а также показателей бактериологического обследования соскобов с кожи и уровня общего и специфических IgE.

В группе № 1 отмечалось достоверное снижение уровня индекса SCORAD на 50% у всех больных группы (p<0,05), что можно оценивать, как выраженный положительный терапевтический эффект. Обсеменённость кожи S. aureus до лечения составляла 10^5 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2; обсеменённость кожи Malassezia spp. до лечения составляла 10^4 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2; обсеменённость кожи Candida spp. до лечения составляла 10^3 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2.

В группе № 2 после наружной антибактериальной и противогрибковой терапии, отмечалось достоверное снижение уровня индекса SCORAD на 60% у всех больных группы (p<0,05). Обсеменённость кожи S.aureus до лечения составляла 10^7 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^3 КОЕ/см^2. Обсеменённость кожи Candida spp. до лечения составляла 10^5 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^3 КОЕ/см^2. Обсеменённость кожи Malassezia spp. до лечения составляла 10^6 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2.

У больных группы № 3 было выявлено снижение индекса SCORAD (p<0,05) на 56%. Обсеменённость кожи S. aureus до лечения составляла 10^7 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2. Обсеменённость кожи Candida spp. до лечения составляла 10^5 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2. Обсеменённость кожи Malassezia spp. до лечения составляла 10^6 КОЕ/см^2, после лечения снизилась до 10^2 КОЕ/см^2.

Выводы. Установлена корреляция между тяжестью течения АД и степенью нарушения микробиоценоза кожи. S.aureus имел наибольшую обсемененность кожи больных АД, Candida spp. и Malassezia spp. — в меньшей степени.

Для диагностики нарушенного микробиоценоза кожи при АД с целью назначения требуемого лечения наиболее достоверным является бактериологический метод обследования соскобов кожи, однако значительным его недостатком является трудоемкость постановки тестов и длительное время ожидания результатов. Опосредованно уровень нарушения микробной микрофлоры кожи при длительном течении АД можно установить при помощи определения уровней специфических IgE к микроорганизмам S. aureus (SEA, SEB, TSST), Candida spp. и Malassezia spp. Корреляция между их величиной и уровнем тяжести течения АД показана в исследовании.

Снижение обсеменённости кожи микроорганизмами S.aureus, Malassezia spp. и Candida spp. может выступать в качестве метода лечения длительно текущего плохо поддающегося стандартной терапии АД.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГЛУБОКИХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ CO2-ЛАЗЕРОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Т. А. Гайдина, С. А. Хейдар, П. А. Скрипкина
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

Цель исследования: оценить целесообразность обработки свежего рубца некогерентным интенсивным световым излучением после удаления глубоких дермальных образований CO2-лазером.

Материал и методы: была проведена обработка свежих рубцов после удаления глубоких дермальных образований CO2-лазером некогерентным интенсивным световым излучением длиной волны 560 нм, длительностью первого импульса 2,0 мс, длительностью второго импульса 4,0 мс и задержкой 15 мс 40 больным (28 женщинам и 12 мужчинам) в возрасте от 18 до 65 лет. У всех больных имелись гипертрофические рубцы после хирургических вмешательств в анамнезе. Все пациенты имели II или III фототип кожи по Фицпатрику. Процедура проводилась однократно через 3 недели после удаления глубоких дермальных образований (фибробластическая стадия формирования рубца). Плотность энергии подбиралась индивидуально и варьировала от 28 до 36 Дж/см^2.

Результаты. После однократной обработки свежего рубца клиническое улучшение было достигнуто у 32 пациентов, рубец уплощался, сглаживался, становился менее ярким за счет коагуляции сосудов.

Повторная процедура проводилась через 7 недель от момента удаления 8 больным, которые захотели улучшить эстетический вид рубца. Предварительно за неделю перед процедурой пациентам делали внутрирубцовые инъекции суспензии бетаметазонадипропионата.

Вывод: применение некогерентного интенсивного светового излучения является эффективным методом профилактики образования гипертрофических рубцов.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

И. В. Хамаганова, А. Н. Беличков
Кафедра кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, филиал Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии «Клиника им. В. Г. Короленко»

CONSECUTIVE APPLICATION OF DIFFERENT SYSTEMIC ANTIMYCOTICS IN THE TREATMENT OF ONYCHOMYCOSES

I. V. Khamaganova, A. N. Belichkov
The department of skin diseases and cosmetology of N. I. Pirogov Russian research national medical university, the branch of Moscow scientific and practical centre for dermatology and cosmetology «The V. G. Korolenko clinic»

Актуальность разработки метода последовательного применения системных антимикотиков обусловлена распространением микст — инфекции, развитием устойчивости штаммов возбудителя к аморолфину, что вызывает перекрестную резистентность к тербинафину. Последовательное применение итраконазола и тербинафина можно обосновать возможностью воздействия на патогенный грибок на разных этапах формирования грибковой клетки, различными путями проникновения и скоростью накопления в грибковой клетке, различным спектром действия.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и переносимости лечения с последовательным применением итраконазола и тербинафина у пациентов с онихомикозами.

С 1999 по 2008 г. в филиале МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В. Г. Короленко» под нашим наблюдением находилось 248 пациентов (97 мужчин,151 женщина) в возрасте от 50 до 89 лет. У всех обследованных имелась сердечно-сосудистая патология. У 22 больных в этой группе выявлен сахарный диабет второго типа.

В начале терапии применялся итраконазол (по 400 мг 1—2 пульса или по 200 мг 42 дня непрерывного приема), затем следовал переход на прием тербинафина по 250 мг в день от 3,5 до 6 месяцев.

Пациенты переносили лечение хорошо, не было отмечено побочных реакций и нежелательных эффектов. При повторных биохимических анализах крови не было отмечено каких- либо негативных изменений.

У 97 пациентов в возрасте от 50 до 59 лет через 12 месяцев микологическое выздоровление отмечено в 100% при поражениях кистей, в 95% при поражении стоп.

У 81 пациента в возрасте от 60 до 69 лет через 12 месяцев микологическое выздоровление отмечено в 100% при поражениях кистей, в 93% при поражении стоп.

У 61 пациента старше 70 лет через 12 месяцев микологическое выздоровление отмечено в 100% при поражениях кистей, в 89% при поражении стоп.
В среднем микологическое выздоровление было достигнуто в 100% при поражениях кистей, в 92% при поражении стоп, при этом у пациентов с сахарным диабетом второго типа — в 100% при поражениях кисти, в 87,3% при поражениях стоп.

Таким образом, проведенное нами последовательное лечение онихомикозов итраконазолом и тербинафином обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и может быть рекомендовано для широкого практического применения.

ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АНОГЕНИТАЛЬНОГО ЗУДА У ЖЕНЩИН

Т. И. Василенко, К. Б. Ольховская
Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО МГМСУ им А. И. Евдокимова Минздрава России

THERAPY CHRONIC ANOGENITAL PRURITUS IN WOMEN

T. I. Vasilenko, K. B. Olkhovskaya
Moscow State University of Medicine and Dentistry University n. a. A. I. Evdokimova» of the Ministry of Health of Russian Federation

В последнее время диагноз «аногенитальный зуд» у женщин имеет тенденцию к широкому распространению. Это, прежде всего, обусловлено увеличением продолжительности жизни, так как этот синдром наиболее часто отмечается у пациенток в период менопаузы. Также возникновению зуда гениталий способствуют дистрофические изменения вульвы и влагалища, сахарный диабет. Большинство пациенток обречены на длительное течение синдрома, что сопровождается посещением врачей различных специальностей, постоянным обследованием на инфекции, передаваемых половым путём, глистных инвазий и других заболеваний аногенитальной области. Важным аспектом данного состояния является снижение психосоциальной адаптации женщин, что сопровождается нарушением сна, аппетита, повышенной возбудимостью или апатией, а иногда — суицидальными мыслями и канцерофобией.

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности терапии в лечении аногенитального зуда у женщин.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 женщин в возрасте от 30 до 72 лет (средний возраст 47,28±5,16 лет) с жалобами на зуд в области гениталий и ануса. Критериями исключения из исследования являлось наличие сахарного диабета в стадии декомпенсации, крауроза и склероатрофического лихена вульвы и влагалища, инфекционных и паразитарных заболеваний урогенитального тракта и кишечника, а также наличие инфекций, передающихся половым путём и дерматозов с локализацией в данной области.

Выраженность зуда оценивалась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (0—10 баллов). Все больным была проведена терапия с использованием нейролептического препарата хлорпротиксен в дозе от 15 до 50 мг в сутки. Лечение проводилось в течение 6-ти месяцев.

Результаты исследования. Перед лечением у пациенток с аногенитальным зудом средние показатели ВАШ составили 9,12±1,06 баллов, при этом у 24 (60%) женщин зуд отмечался в вечернее и ночное время, у остальных он носил приступообразный характер не зависимо от времени суток. Нарушение сна было зарегистрировано у 29 человек (72,5%). Все больные отметили, что ощущение зуда наиболее часто провоцировалось стрессовыми ситуациями и нервным напряжением. Проводимая терапия в рамках исследования способствовала устранению чувства зуда уже через 2 недели у 16 пациенток (40%), через месяц — у 27(67,5%), через 3 месяца — у 36(90%). Динамика средних значений ВАШ по окончанию терапии составила 87,72% (до 1,12±0,05). Переносимость хлопротиксена была хорошей — у всех женщин отмечалась сухость во рту, которая не требовала отмены препарата. Других нежелательных явлений не отмечалось

Выводы

1. Аногенитальный зуд у женщин провоцируется психоэмоциональным напряжением.
2. Терапия с использованием хлорпроиксена способствует формированию клинического эффекта у подавляющего большинства больных.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Е. В. Селезнева, А. Н. Хлебникова, Л. А. Белова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ул. Трубецкая 8, стр.2, г. Москва, Россия; Семейный медицинский центр, Москва, Россия

ULTRASONOGRAPHIC FEATURES OF BASAL CELL CARCINOMA

E. V. Selezneva, A. N. Khlebnikova, L. A. Belova
I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8—2 Trubetskaya st., Moscow, Russia; Family medical center, Moscow, Russia

Актуальность. Ультрасонография — неинвазивный и безопасный метод исследования тканей, в основе которого лежит отражение ультразвуковой волны от границы раздела двух сред с различными акустическими свойствами. Высокочастотный ультразвук обеспечивает высокую разрешающую способность, что позволяет получить ценную диагностическую информацию при определении глубины распространения, характера роста и границ опухолей кожи.

Целью настоящего исследования явилось выявление ультрасонографических признаков различных клинических форм базальноклеточного рака (БКР).

Материалы и методы. В исследование были включены 20 больных, в возрасте от 56 до 73 лет, 6 мужчин и 14 женщин, у которых диагностировали 33 очага БКР. Для ультрасонографической оценки патологических очагов у наблюдавшихся пациентов использовали специализированную цифровую ультразвуковую систему высокого разрешения DUB (фирма «TPM GmbH», Германия), оснащенную УЗ-датчиком частотой 75 и 30 МГц, позволяющим сканировать кожу в глубину от 4 до 8 мм соответственно. Для расчета количественных показателей применяли программное обеспечение, разработанное совместно фирмами «TPM GmbH», Германия и «АНТА-Мед» (Россия). Для обработки полученных данных использовалась специализированная программа Axio Vision Rev 4.8.

Результаты. Среди очагов БКР, поверхностная форма встречалась в 23 случаях (70%), нодулярная — в 8 случаях (24%) и склеродермоподобная — в 2 случаях (6%). В зависимости от клинических проявлений, опухоли имели различную ультрасонографическую картину. Поверхностная форма БКР на сканограмме определялась в виде эхонегативных очагов, расположенных непосредственно под эпидермисом, чаще всего — продолговатой формы, с четкими контурами, толщина которых варьировала от 281 до 1023 мкм и в среднем составляла 531,6±160 мкм. Очаги БКР нодулярной формы представляли собой гипоэхогенные образования, округлых или овальных очертаний, возвышающиеся над поверхностью неизмененной кожи, диффузно-неоднородной структуры с четкими латеральными и нижними границами. Толщина их составляла от 1137 до 5633 мкм, среднее значение которой равнялось 3035,4±969,8 мкм. Сканограмма склеродермоподобной формы базалиомы в одном случае была представлена несколькими гипоэхогенными очагами в дерме, определяющимися на глубине до 1371 мкм, между которыми визуализировались гиперэхогенные прослойки. В другом случае — опухоль отмечалась в виде образования неправильной звездчатой формы, инфильтрирующего дерму на протяжении 1260 мкм. В среднем толщина очагов составляла 1316,5±54,5 мкм.

В структуре поверхностных и нодулярных форм БКР регистрировались точечные, гиперэхогенные включения, которые встречались в 2 (8%) и 8 (100%) случаях соответственно. На сканограммах склеродермоподобных базалиом подобных комплексов отмечено не было. В поверхностных новообразованиях гиперэхогенные структуры располагались в верхних и средних отделах опухолей. Их количество варьировало от 1 до 2 и в среднем составляло 1,5. В большинстве очагов БКР нодулярной формы (50%) наблюдали диффузное распределение включений, в остальных случаях они располагались поровну (по 25%) в верхних и нижних отделах базалиом. При этом их численность находилась в пределах от 1 до 12, и в среднем равнялась 5,75. Средний размер гиперэхогенных структур в очагах нодулярной и поверхностной форм БКР составил 0,023±0,014 и 0,005±0,001 мм^2, сравнительный анализ которых выявил статистически достоверное различие ($p<0,05$).

Заключение. УЗИ позволяет дифференцировать БКР как диффузно-неоднородные, гипоэхогенные образования в дерме с четкими контурами. В зависимости от клинической картины, они отличаются по форме, глубине залегания, а также наличию и количественному соотношению в них точечных, гиперэхогенных структур.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕРМАТОЗОВ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Т. И. Василенко
Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО МГМСУ им А. И. Евдокимова Минздрава России

EPIDEMIOLOGY OF DERMATOSIS LOCALIZED TO THE ANOGENITAL REGION

T. I. Vasilenko
Moscow State University of Medicine and Dentistry University n. a. A. I. Evdokimova» of the Ministry of Health of Russian Federation

Высыпания на коже наружных половых органов и ануса всегда вызывают снижение качества жизни у пациентов, вследствие опасения больных возникновения «половой инфекции». Патологические изменения кожи аногенитальной области могут быть обусловлены разнообразными причинами — от инфекционных заболеваний, хронических дерматозов до онкологических процессов и результатов навязчивых действий больного. Нередко острое течение заболеваний с поражением кожи в аногенитальной области может привести к стойким изменениям, способствующих нарушению функции наружных половых органов (стриктуры и синехии), что обуславливает необходимость быстрой диагностики и применению мер по экстренному купированию симптомов дерматоза, что определяет актуальность исследований в этой области.

Целью исследования являлось определение распространённости дерматозов неинфекционной и неопухолевой этиологии с изолированной локализацией в аногенитальной области.

Материал исследования. Под наблюдением находилось 96 больных из них 23 мужчины (средний возраст 34,96±3,18 лет) и 73 женщины (средний возраст 46,27±5,37 лет). Производилась оценка клинических симптомов заболеваний с целью верификации диагноза, давность появления симптомов, а также их влияние на качество жизни обследуемых пациентов при помощи определения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты исследования. Структура заболеваемости дерматозов с изолированной локализацией в аногентиальной области у мужчин и женщин была различной. Среди больных мужского пола наиболее часто диагностировались фиксированная токсидермия (7/30,44%) и хроническая экзема (5/21,74%), реже были зарегистрированы красный плоский лишай (3/13,04%), псориаз (3/13,04%), склероатрофический лишай (2/8,70%) и блестящий лишай (3/13,04%). У женщин в большинстве случаев был верифицирован простой лишай (27/36,99%), реже были определены склероатрофический лишай (18/24,66%), красный плоский лишай (16/21,91%), псориаз (7/9,59%) и фиксированная токсидермия (5/6,85%). При определении длительности периода от возникновения первых клинических симптомов до постановки диагноза было установлено, что в среднем у обследуемых пациентов он составил 13,87±2,17 месяцев, что было обусловлено поздней обращаемостью больных за медицинской помощью вследствие особенностей локализации заболеваний и их стеснения, а также продолжительностью лабораторного исключения, а, иногда, и лечения инфекционных заболеваний урогенитального тракта, которые проводились врачами различных специальностей. Оценка качества жизни пациентов показала, что наиболее высокие показатели индекса ДИКЖ были констатированы у пациентов с дерматозами, сопровождающихся зудом (аллергический дерматит, экзема, красный плоский лишай и простой лишай): у мужчин — 12,37±2,44 балла, у женщин — 15,42±1,08 баллов. При отсутствии субъективной симптоматики ДИКЖ у мужчин составил 9,04±0,52 балла, у женщин — 9,34±0,92 балла.

Вывод. Эпидемиологические характеристики дерматозов с изолированной локализацией в аногенитальной области характеризуются высокой встречаемостью токсидермии и хронической экземы у мужчин и простого лишая у женщин, а также продолжительным периодом от появления клинических симптомов до верификации диагноза и выраженным влиянием заболеваний на повседневную и сексуальную активность больных при наличии субъективной симптоматики.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Н. В. Баткаева, Т. В. Коротаева, Э. А. Баткаев
Российский университет дружбы народов, г. Москва; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В. А. Насоновой»

Актуальность. Исследования последних лет показывают, что у больных тяжелыми формами псориаза чаще, чем в популяции в целом регистрируются различные коморбидные состояния. В структуре коморбидности ведущее место занимает кардиоваскулярная патология, сахарный диабет, заболевания печени и т. д. Как известно, наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы значительно отягощает и утяжеляет течение псориаза.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта у стационарных больных с тяжелыми формами псориаза.

Материал и методы исследования. Была проанализирована структура болезней ЖКТ у 585 больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДК за период 2010—2011 гг. Средний возраст пациентов составил 49,2±0,6 года. Мужчин было 348 (59,5%), женщин — 237 (40,5%). Средний возраст мужчин — 48,1±0,7 лет, женщин — 51,3±0,4 года.

Средняя продолжительность течения псориаза составила 11,6±0,6.

У всех пациентов (n=585) регистрировались тяжелые формы псориаза: у 220 (37,6%) пациентов был диагностирован псориатический артрит, у 365 (62,4%) кожный процесс носил распространенный характер (индекс PASI составлял 45—60 баллов). Среднее значение индекса PASI составило 49,4±0,5.

Всем пациентам (n=585) было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование.

Результаты исследования. Общее число пациентов с сопутствующими заболеваниями среди больных псориазом составило 434 человека (74,2%). Чаще всего регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы (в 60,5% случаев от всей группы обследуемых).

На втором месте по частоте встречались заболевания органов пищеварения (код по МКБ-10 — K00-K93) — в 52,5% случаев от всей группы обследуемых (n=307). При анализе структуры болезней ЖКТ наибольшая доля приходилась на гепатиты вирусной этиологии (B15-B19) — в 23,7% случаев (n=73) и воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, такие как гастриты, гастродуодениты, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K20-K41) — в 18,2% случаев от всех больных с патологией ЖКТ (n=56), случаи патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (K80-K87) — в 14,9% случаев от всех больных с патологией ЖКТ (n=46), алкогольная болезнь печени, токсическое поражение печени, жировой гепатоз (K70-K71, K76) — в 12,4% случаев (n=38).

Выводы: сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы занимает одно из ведущих мест в структур коморбидности при тяжелых формах псориаза у стационарных больных. Особое внимание при ведении таких пациентов следует уделять выявлению и своевременной терапии гепатитов вирусной этиологии и патологии воспалительных заболеваний верхних отделов ЖКТ.

ПСИХОСОМАТОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ — АКТУАЛЬНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Е. В. Герасимчук[1], М. Ю. Герасимчук[2]
[1]Филиал № 6 ФГБУ 3 ЦВКГ имени А. А. Вишневского, Москва; [2]ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова, Кафедра психиатрии и наркологии, Москва

PSYCHO-SOMATO-DERMATOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH MYCOTIC INFECTIONS: ACTUAL PROBLEM OF MODERN MEDICINE

E. V. Gerasimchuk[1], M. Y. Gerasimchuk[2]
[1]Branch 6, A. Vishnevsky 3 Central Military Hospital of Russian Ministry of defense, Moscow; [2]Department of psychiatry and narcology, I. M. Sechenov Moscow state medical University, Moscow

Резюме: Представлено исследование психоаллергодерматосоматического профиля больных с онихомикозом (n=467), отмечена необходимость учета нервно-психического статуса, анализ преморбидного фона для повышения эффективности терапии.

Abstract. The study of psycho-somato-dermatological profile of patients (n=467) with fungal toenails is presented. The importance of neuro-mental status examination and determining of premorbid background was noted.

Актуальность. В структуре заболеваемости, особенно за последние 3 года, когда в результате организационно-штатных мероприятий возрастной ценз прикрепленного контингента сместился в сторону людей старших групп (возрастная медиана в 2014 г. — 78,8 лет; в 2015 г. — 80,1; за первые 6 месяцев 2016 г. — 85,1; по данным еженедельных, ежемесячных и ежегодных отчетов, подаваемых в отделение сбора и обработки статистической информации), клиническое поражение ногтевых пластинок составляет от 49 до 78%, из которых от 35,6 до 48,3% приходится на инфекционный этиологический (микологический) фактор. Данная категория больных подвержена нарушениям в психо-эмоциональной сфере. Цель исследования: оценить психосоматодерматологический профиль микологических больных. Материалы и методы: за 10-летний период в исследовании приняли участие больные (n=467, от 67 до 96 лет, средний возраст — 79,8 лет). В структуре поверхностных микозов в 75,6% наблюдалась сочетанная локализация с поражением ногтевых пластинок, стоп, гладкой кожи паховых складок, плечевого пояса, перианальной области. В 100% цитологически верифицированы сочетания онихомикоза [B 35.1; МКБ-10], чаще гипертрофической формы (75%), особенно у мужчин, и микоза стоп [B 35.3] с преобладанием сквамозной. Поражение кожи кистей [B 35.2], интертригинозная форма, встречалось в 13% случаев, чаще у женщин. Для оценки состояния были использованы модифицированный авторский вариант анкеты-опросника Дерматологического индекса качества жизни микологического больного (ДИКЖ МБ), Клинический индекс КИОТОС, Госпитальная шкала тревоги и депрессии Гамильтона (HADS). Результаты: сопутствующая сердечно-сосудистая патология установлена в 73,1%, желудочно-кишечная — в 67,2% (дисбактериоз –29,9%), сахарный диабет — 7,46%, гипо- и гипертиреоз — 9%, онкология — 4,5%. Аллергологический анамнез с кутальными проявлениями — 25,37%; малассезиозы кожи — 35,82%, поверхностные формы кандидоза — 8,95%, герпес- и ВПЧ инфекция кожи, слизистых — 26,88%, злокачественные, пограничные заболевания кожи — 10,46%, пиодермиты — 13,44%, розацея — 4,47%. Антигистаминные препараты принимали 68,65% больных, седативные, анксиолитики — 65,67%, гепатопротекторы, ферменты, сорбенты, симбиотики — 49,25%. В среднем ДИКЖ МБ — 11,3 балла, индекс КИОТОС — 12,5 баллов. Распределение по баллам HADS: 28 (20%); 30—33 (24%); 34—38 (31%); 39—42 (25%). Психические нарушения характеризовалось преобладанием тревожных и депрессивных состояний. Выводы: при построении индивидуальных корригирующих медикаментозных программ у больных с дерматофитным онихомикозом необходимо учитывать психический статус, преморбидный фон, корреляцию с поверхостными микозами, дерматозами, осложненными вторичным инфицированием, для повышения эффективности проводимой терапии.

ВЕНЕРОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О НОВОМ АСПЕКТЕ В ДИАГНОСТИКЕ МИКОПЛАЗМОЗА

О. В. Галачиев, А. И. Будаев, З. Е. Константинова, А. А. Бараева, С. В. Булгакова, Р. Э. Кузнецов, С. В. Мураков, С. А. Попков
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, г. Москва, Россия; НУЗ Дорожная клиническая больница имени Н. А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», г. Москва, Россия

Резюме Изучена роль наботовых кист в рецидивировании хронического цервицита, обусловленного M. genitalium. Установлено, что M.genitalium может персистировать в «мутных» наботовых железах шейки матки и быть причиной реинфекции.

Ключевые слова: наботовы кисты, микоплазмоз, цервицит, ПЦР.

TO THE QUESTION OF A NEW ASPECT IN THE DIAGNOSIS OF MYCOPLASMOSIS

O. V. Galachiev, A. I. Budaev, Z. E. Konstantinova, A. A. Baraeva, S. V. Bulgakova, R. E. Kuznetsov, S. V. Murakov, S. A. Popkov
Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Moscow, Russia; Road Clinical Hospital N. A. Semashko at Lublino Station of «Russian Railways», Moscow, Russia

Summary The role of Nabothian cyst in recurrence of chronic M. genitalium-induced cervicitis was studied. It was established that M.genitalium can persist in the «cloudy» Nabothian follicles and cause reinfection.

Key words: Nabothian cyst, mycoplasmosis, cervicitis, PCR.

Введение. *M. genitalium* — облигатно-патогенный микроорганизм, вызывающий цервициты, аднекситы и ВЗОМТ у женщин. При его выявлении обязательно лечение обоих половых партнеров, даже при отсутствии клинических проявлений микоплазменной инфекции. *M.genitalium* — это самый мелкий внутриклеточный микроорганизм, размером чуть больше вируса, труднокультивируемый, не видимый в световом микроскопе, его обнаружение и идентификацию проводят методами ПЦР и амплификации нуклеиновых кислот. Цервициты, вызываемые данным возбудителем, носят, как правило, характер хронического воспаления. Хроническое воспаление — аутоиммунный мононуклеарно-инфильтративный процесс, при котором очаг воспаления уподобляется вновь возникшему периферическому лимфоидному органу. В настоящее время выделяют несколько видов хронического воспаления: первично-хроническое (при вялом персистирующем течении, недостаточном иммунном ответе и слабой регенерации), вторично-хроническое (при наслоении нового воспаления на еще не завершенный репаративный процесс, «острое воспаление в ходе хронического»). Хронический цервицит, вызванный *M.genitalium*, — прямая угроза невынашивания беременности, «инфицированных» родов, мертворождений, развития ВЗОМТ со всеми вытекающими осложнениями. Согласно международным рекомендациям, скрининг на микоплазмы необходимо проводить у женщин до 25 лет и беременных, а также у пациенток с обьективными или субьективными признаками ИППП.

Материалы и методы. Всем обследуемым женщинам было проведено исследование соскоба шейки матки методом ПЦР для обнаружения ДНК возбудителя. Содержимое наботовых желез также исследовалось методом ПЦР, проводилась расширенная кольпоскопия.

Результаты. При исследовании соскоба шейки матки на ДНК возбудителя *M. genitalium* у всех женщин был получен отрицательный результат. При исследовании содержимого «мутных» наботовых кист у 8 (6,1%) была обнаружена ДНК *M. genitalium*. Данные пациентки получали азитромицин на фоне которого выполнялась лазерная абляция кист высокоэнергетическим CO-2 лазером. Анализ лабораторных показателей в отдаленные сроки показал, что рецидивов микоплазменной инфекции не отмечалось.

Обсуждение. Раннее нами было показано, что кольпоскопический признак: «помутнение» содержимого ov. Nabothi у женщин имеющих в анамнезе хламидийный цервицит в 36% случаев говорит об «инфицированности» железы и в 22% это может быть обусловлено хламидийной инфекцией, длительно и бессимптомно персистирующей в закрытых железах шейки матки. M. genitalium служит важным фактором развития негонококковых нехламидийных уретритов, цервицита, ВЗОМТ и осложнения беременности — все это говорит о важности проведения ПЦР-диагностики данного возбудителя в случае «мутных» наботовых кист и своевременного лечения.

Рекомендации 2012 года (European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease) говорят, что для лечения микоплазменной инфекции высокоэффективны азитромицин и моксифлоксацин, причем последний в режиме 400 мг 1 раз/сут в течение 14 дней обеспечивает элиминацию *M.genitalium* даже при неэффективности предшествующей терапии.

Выводы:

1. *M. genitalium* может персистировать в «мутных» наботовых железах шейки матки и быть причиной реинфекции. Особую значимость эта информация приобретает при обследовании беременных и нерожавших женщин.
2. При наличии «мутных» наботовых кист шейки матки диагностический скрининг должен включать ПЦР-диагностику содержимого наботовых кист.
3. В случае ПЦР-диагностики M. genitalium эктопии с наличием «мутных» наботовых кист должны удаляться (предпочтительно с использованием высокоэнергетического лазера) на фоне приема азитромицина.

НОВЫЙ АСПЕКТ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

О. В. Галачиев, Б. А. Гуревич, А. А. Бараева, Р. Э. Кузнецов, В. А. Цаголов, С. В. Булгакова, С. В. Мураков, С. А. Попков

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, г. Москва, Россия; НУЗ Дорожная клиническая больница имени Н. А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», г. Москва, Россия

Резюме. Изучены особенности строения цилиндрического эпителия на ультраструктурном уровне при наличии нарушенных физико-биологических свойств цервикальной слизи в случае папилломавирусной инфекции. Выявлены нарушенные фертильные свойства цервикальной слизи на фоне ВПЧ-инфекции, коррелирующие с морфологическими изменениями эпителия, его базальной мембраны и субэпителиального слоя.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, ультраструктура, цервикальная слизь.

A NEW ASPECT IN THE STUDY OF THE ENDOCERVICAL COLUMNAR EPITHELIUM PATHOLOGY

O. V. Galachiev, B. A. Gurevich, A. A. Baraeva,, R. E. Kuznetsov, V.A. TSagolov, S. V. Bulgakova, S. V. Murakov, S. A. Popkov

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Moscow, Russia; Road Clinical Hospital N. A. Semashko at Lublino Station of «Russian Railways», Moscow, Russia

Summary. Ultrastructure of the cervical epithelium in the patients with impairments in the properties of cervical mucus who suffered from persistent papillomavirus infection. The detected impairments in the properties of cervical mucus are associated with the morphological ultrastructural changes in the cervical epithelium in this group of patients.

Key words: papillomavirus infection, ectopia of the cervix uteri, ultrastructure, cervical mucus.

Введение. Бесплодный брак (около 15%) в настоящее время — одна из самых актуальных медицинских и социальных проблем. В ее структуре 59—60% составляет женское бесплодие. Кофактором нарушения фертильности может быть различная патологии шейки матки, в частности, вирус папилломы человека (ВПЧ)-ассоциированные поражения шейки матки. Доказано, что они сопровождаются снижением показателей местного иммунитета, в том числе уменьшением выработки секреторного IgA, что способствует изменению качества цервикальной слизи, влияющей на подвижность сперматозоидов. Но эти изменения не единственный фактор, приводящий к нарушению фертильных свойств цервикальной слизи.

Материалы и методы. Для морфологического исследовании (на светооптическом и ультраструктурном уровнях) шейки матки у 61 больной с эктопией бралась ножевая биопсия шейки матки (31 женщина — группа А с эктопией на фоне ВПЧ и монофазной цервикальной слизью и 30 женщин — группа В с эктопией без ВПЧ по данным ПЦР и «двухфазной» цервикальной слизью). Для электронно-микроскопического исследования кусочки шейки матки размером 1—2 мм фиксировали в течение 2 ч в 2,4% растворе глютаральдегида на 0,1 М какодилатном буфере (pH 7,4). Затем отмывали несколько раз в растворе какодилатного буфера (pH 7,4) с добавлением 0,45 мг сахарозы на 1 мл буфера с последующей дофиксацией в 1% растворе OsO_4 на том же буфере в течение 1,5 ч при температуре 4 °С. Проводилась дегидратация восходящей концентрацией этилового спирта и пропиленоксида. Проводили заливку в эпон-арал-

дитовую смесь по общепринятой методике и полимеризации полученных блоков при температуре 70 °С в течение 12 ч. Из каждого блока готовили полутонкие срезы толщиной 1 мкм с последующей окраской толуидиновым синим, изучали в световом микроскопе. Препараты использовали также для прицельного выбора для ультратомии. Ультратонкие срезы получали на ультратоме «КВ-8800» и контрастировали цитратом свинца. Полученные препараты изучались на электронном микроскопе «Tesla AV 500» (Чехия).

Результаты. У женщин репродуктивного возраста с эктопиями на фоне персистируюшей ПВИ слизистая пробка в 83% случаев характеризуется измененными физико-биологическими показателями, в отличие от женщин с эктопиями без ПВИ, где изменения физико-биологических свойств наблюдаются в 30% случаев. В группе больных с монофазной секрецией цервикальной слизи отмечались более глубокие необратимые изменения биоптатов, взятых из области эктопии. На ультраструктурном уровне во всех биоптатах больных этой группы в цитоплазме, бедной органеллами. на фоне выраженной вакуольной дистрофии постоянно отмечались миелиновые фигуры и капли жира, в отличие от группы с двухфазной секрецией цервикальной слизи, где цитоплазма была богата митохондриями, рибосомами, отмечалась развитая эндоплазматическая сеть. При этом в биоптатах больных с эктопией без ПВИ на латеральных поверхностях клеток находились единичные, короткие цитоплазматические выросты; округлой формы ядро занимало почти всю цитоплазму; межклеточные контакты были плотными, местами щелевидными.

В биоптатах же группы с эктопией на фоне ПВИ межклеточные контакты были резко расширены с образованием полостей, часто заполненных отечной хлопьевидной массой и клеточным детритом. Базальная мембрана эпителия так же претерпевала значительные изменения: помимо набухания, извитости, местами становилась расплывчатой, теряла свою типичную двухконтурность по сравнению с группой с двухфазной секрецией цервикальной слизи. В биоптатах обеих групп непосредственно под базальном мембраной и субэпителиально в более глубоких слоях наблюдались отек и диффузная воспалительная инфильтрация, в которой преобладали лимфоциты, плазматические клетки.

В биоптатах группы с монофазной секрецией слизи отмечались ярко выраженные склеротические изменения, кровоизлияния, а также необратимые дистрофические изменения в фибробластах и гладкомышечных клетках, в цитоплазме которых постоянно имелись капли жира. Сами гладкомышечные клетки были «замурованы» обширными полями набухших дезорганизованных коллагеновых волокон. В группе с двухфазной секрецией цервикальной слизи отмечалась лишь очаговая воспалительная инфильтрация, единичные гладкомышечные клетки были окружены тонкими прослойками соединительной ткани.

Заключение. Выявленные нарушенные фертильные свойства цервикальной слизи на фоне ПВИ корелируют с морфологическими изменениями эпителия, его базальной мембраны и субэпителиального слоя, что, по-видимому, и является одной из основных причин нарушенных фертильных свойств слизистой пробки на фоне ПВИ.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

А. С. Попкова
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Резюме Сосудистый эндотелий обладает сложной сбалансированной системой синтеза факторов, обеспечивающих гемостатический гомеостаз. Определение содержания активности в крови, взятой до и после манжеточной пробы, факторов антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности позволяет судить о состоянии антитромбогенной активности стенки сосудов и выявлять тромбоопасных больных, риск возникновения тромбоза и прогрессирования атеросклероза, что может быть обусловлено снижением антитромбогенной активности стенки сосудов.

Ключевые слова: манжеточная проба, антиагрегационная активность, антикоагулянтная активность, фибринолитическая активность

TO THE QUESTION OF HEMOSTASIS CONDITION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

A. S. Popkova
Moscow state medical dental University by A. I. Evdokimov

Summary Endothelium of vessel wall possess complex well-balanced system of factors providing hemostatic homeostasis. Activity of the antiaggregation, anticoagulation, fibrinolytic factors in blood taken before and after cuff test allows to evaluate risks for the development of thrombosis and atherosclerosis. Decrease in anti thrombotic activity of vessel wall accounts for that.

Key words: cuff test, antiaggregation activity, anticoagulation activity, fibrinolytic activity

Сосудистый эндотелий обладает сложной сбалансированной системой синтеза факторов, обеспечивающих гемостатический гомеостаз (таблица 1). Нормальный эндотелий обладает выраженной антитромбогенной активностью-препятствует активации тромбоцитов, факторов системы свертывания крови, фибринолиза, комплемента и лейкоцитов. Антитромбогенная активность стенки сосудов находится в определенной зависимости от факторов, синтезируемых стенкой сосудов, и некоторых факторов-антикоагулянтов, синтезируемых в других органах и адсорбируемых на ее поверхности (таблица 2) [3, 4].

Циркулирующие в сосудистом русле тромбоциты не адгезируют к нормальному, интактному эндотелию сосудов, что связывают с отрицательным электрическим зарядом тромбоцитов и эндотелия; это ведет к отталкиванию тромбоцитов от эндотелия. Отрицательный заряд вносит определенный вклад в предупреждение адгезии тромбоцитов к стенке сосудов и последующей их агрегации.

Однако только отрицательным зарядом интимы нельзя объяснить ингибирование адгезии циркулирующих тромбоцитов к нормальному эндотелию, так как при повреждении эндотелия тромбоциты легко адгезируют к субэндотелию, в котором содержание глюкозаминогликанов, несущих отрицательный заряд, высокое [1].

Антитромбогенные свойства стенки сосудов связывают с простациклином, постоянно синтезируемым стенкой сосудов и выделяемым в кровь, который препятствует адгезии и агрегации тромбоцитов на нормальной неповрежденной эндотелиальной выстилке сосудов. Простациклин образуется в большинстве органов и тканей человека и животных. Основное место синтеза — стенка сосудов, особенно эндотелий, содержащий наибольшее количество про-

стациклинсинтетазы, под влиянием которой образуется простациклин. Содержание ее в элементах сосудистой стенки прогрессивно падает от интимы к адвентиции. В противоположность этому проагрегаторная активность стенки увеличивается от субэндотелия к адвентиции. Интима, которая составляет около 5 процентов массы артериальной ткани, продуцирует около 40 процентов общего количества

Таблица 1. Сосудистые факторы системы гемостаза

Факторы	Место действия
Тканевой тромбопластин	принимает участие в образовании протромбиназы по «внешнему» механизму
Фактор VIII: FW	фактор VIII принимает участие в образовании протромбиназы по «внутреннему» механизму. FW (фактор Виллебранда) принимает участие в адгезии и агрегации тромбоцитов
Тканевой фибринстабилизирующий фактор	превращает растворимый фибрин S в нерастворимую форму фибрин I
Коллаген	активатор фактора XII свертывающей системы крови, индуктор агрегации тромбоцитов
АДФ	индуктор агрегации тромбоцитов
Тромбоксан А2, образуемый при активации тромбоксан-синтетазы эндотелиальных клеток	индуктор агрегации тромбоцитов, мощный вазоконстриктор
Антикоагулянты: антитромбин Ш	ингибитор тромбина, Ха, IXa, XI, XIIa факторов, калликреина
альфа2-макроглобулин	ингибитор тромбина, калликреина
гепарансульфат	ингибитор тромбина
протеин С и протеин S	инактивация факторов Va, VIIIa, повышает фибринолитическую активность крови
тромбомодулин	кофактор активации протеина С тромбином
Простациклин; биоактивная субстанция эндотелия с ММ 55000	ингибиторы агрегации тромбоцитов, вазодилятаторы
Активатор плазминогена	активирует фибринолитическую систему (плазминоген)
Ингибитор активатора плазминогена	ингибирует действие активатора плазминогена

Таблица 2. Факторы, обеспечивающие антитромбогенные свойства стенки сосудов

Отрицательный заряд внутренней поверхности эндотелия. Гликокаликс. Антиагреганты: простациклин и биологическая субстанция с ММ 55000. Антикоагулянты: антитромбин III альфа2-макроглобулин протеин С протеин S Тромбомодулин АТФ-аза Активатор плазминогена Эндо-эндотелиальный фибриновый слой.

Таблица 3. Антитромбогенная активность стенки сосудов у женщин перименопаузального возраста (M±м)

Показатели	до компресиии		после компрессии
Антиагрегационная: агрегация тромбоцитов,% индекс	60±2,2	0,8±0,09	47±2,0 *
6кето $ПГF_1$|альфа, пг/мл индекс	65±3,2	1,7±0,08	109±3,0 *
Антикоагулянтная: содержание антитромбина III: иммунохимический метод, г/л индекс	0,30±0,06	1,27±0,06	0,38±0,09 *
коагуляционный метод, с индекс	35±1,4	1,28±0,07	45±1,5 *
Фибринолитическая: фибринолиз в плазме,% индекс	30±3,4	1,7±0,08	51±6,1 *

Примечание: * — достоверность различий $p < 0,05$.

простациклина. Легкие являются мощным генератором простациклина, откуда он выделяется в кровь и функционирует как циркулирующий гормон. В артериальной крови содержание простациклина выше, чем в венозной. Возможно, помимо скорости кровотока, с этим связано менее частое тромбообразование в артериях по сравнению с венами [2].

Стенка сосудов содержит большое количество факторов, принимающих участие в поддержании гемостатического гомеостаза. Одни из них поддерживают циркулирующую кровь в жидком состоянии, а тромбоциты в интактном неагрегабельном состоянии, другие при повреждении стенки сосудов ведут к свертыванию крови, агрегации тромбоцитов, тромбогенезу, третьи активируют фибринолитическую систему крови и, тем самым, препятствуют росту кровяного сгустка и тромба.

Сосудистая стенка является универсальным регулятором процесса свертывания крови и фибринолиза и эфферентным регулятором содержания компонентов кининоген-кининовой системы в циркулирующей крови [5, 6].

Стенка сосудов принимает участие в поддержании гемостатического гомеостаза — в сохранении жидкого состояния циркулирующей крови, неагрегабельного состояния циркулирующих тромбоцитов и в образовании защитного гемостатического тромба у места повреждения стенки сосудов. Освобождение в кровь гемостатических факторов находится под контролем нервной и эндокринной систем и локальным механизмом регуляции. Различные воздействия на симпатические и парасимпатические нервы стимулировали выделение факторов в перфузат из стенки сосудов. Введение адреналина, норадреналина, гистамина, никотиновой кислоты, ксантинол-никотината, курантила и трентала стимулирует освобождение в кровь активаторов плазминогена и простациклина.

Таким образом, повышение тонуса симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и введение вазоактивных (сосудосуживающих или сосудорасширяющих) веществ ведет к освобождению в кровь из стенки сосудов тромбопластина, активатора плазминогена и простациклина. Физическая нагрузка, ежедневная физическая зарядка повышают освобождение в кровь активатора плазминогена, антитромбина III и простациклина. У лиц, занимающихся оздоровительным бегом, сосудистая стенка освобождает в кровоток больше веществ, препятствующих агрегации тромбоцитов, активирующих фибринолиз и угнетающих свертывание крови. Местная гипоксия является индуктором освобождения в кровь активатора плазминогена, антитромбина III и простациклина. На основании локальных механизмов регуляции освобождения в кровь сосудистых факторов гемостаза были разработаны способы выявления антитромбогенной активности стенки сосудов: фибринолитической, антиагрегационной и антикоагулянтной. Принцип определения антитромбогенных свойств стенки сосудов основан на создании кратковременной (3 мин) локальной ишемии, вызываемой накладыванием манжетки сфигмоманометра на плечо или бедро испытуемого и созданием в ней давления, превышающего систолическое на 10 мм рт. ст., что ведет к освобождению из стенки сосудов в кровь простациклина, антитромбина III и активатора плазминогена (манжеточная проба). Из представленных в таблице 3 данных видно, что после кратковременной ишемии предплечья агрегация тромбоцитов снизилась, содержание простациклина и антитромбина III в крови увеличилось, фибринолитическая активность крови повысилась, что обусловленно поступлением в сосудистое русло простациклина, антитромбина III и активатора плазминогена из стенки сосудов.

Вывод: Определение содержания активности в крови, взятой до и после манжеточной пробы, факторов антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности позволяет судить о состоянии антитромбогенной активности стенки сосудов и выявлять тромбоопасных больных, риск возникновения тромбоза и атеросклероза у которых может быть обусловлен снижением антитромбогенной активности стенки сосудов.

ЛитературF

1. Aird W. C. Endothelium and haemostasis. Hamostaseologie. 2015;35(1):11—6.
2. Chan A. K., Paredes N. The coagulation system in humans. Methods Mol Biol. 2013;992:3—12.
3. Hoffman M., Pawlinski R. Hemostasis: old system, new players, new directions. Thromb Res. 2014 May;133Suppl 1: S 1—2.
4. Orfanakis A., Deloughery T. Patients with disorders of thrombosis and hemostasis. Med Clin North Am. 2013 Nov;97(6):1161—80.
5. Sepúlveda C., Palomo I., Fuentes E. Primary and secondary haemostasis changes related to aging. Mech Ageing Dev. 2015 Sep;150:46—54.
6. Versteeg H. H., Heemskerk J. W., Levi M., Reitsma P. H. New fundamentals in hemostasis. Physiol Rev. 2013 Jan;93(1):327—58.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КЛИМАКТЕРИИ

А. С. Попкова
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Резюме При патологическом климаксе в миокарде происходят метаболические нарушения, приводящие к дистрофическим изменениям, которые при правильном подборе терапии могут носить обратимый характер. Предлагаемый метод лечения обеспечивает нормализацию метаболизма кардиомиоцитов и восстановлению миокардиального кровотока, более того, способствует достоверному повышению физической работоспособности вследствие увеличения резервов миокарда и аэробной способности системы кровообращения и снижения энергетических затрат на выполнение физических нагрузок.

Ключевые слова: патологический климакс, миокардиальный кровоток, метаболические нарушения, физическая работоспособность

POLICY MANAGEMENT OPTIMIZATION FOR WOMEN WITH POLYPATHIA IN CLIMACTERIC

A. S. Popkova
Moscow state medical dental University by A. I. Evdokimov

Summary Metabolic disorders involving myocardium in climacteric lead to dystrophic alterations which may be reversible in case of correct therapy. Proposed method of treatment provides for returning to normal cell metabolism as well as myocardial circulation. More than that it favors reliable increase in physical efficiency due to myocardium reserves and aerobic ability of blood circulation and decrease of energy consumption while physical strain.

Key words: pathological climacteric, myocardial circulation, metabolic disorders, physical efficiency

Климактерическая миокардиодистрофия, или вегетативно-дизовариальная кардиопатия — поражение миокарда, связанное с нарушением функции яичников [2—4].

Развитие болевого синдрома (кардиалгий) в период постменопаузы одновременно с другими проявлениями климактерического синдрома (приливы, потливость, повышенная раздражительность и др.), а также однотипность изменений гормональных соотношений системы гипоталамус- гипофиз-яичники при климактерической миокардиодистрофии и общем климактерическом синдроме позволили обосновать концепцию о том, что климактерическая миокардиодистрофия является атипичной формой климактерического синдрома [2, 5, 6].

Данное состояние связано с дисфункцией вегетативной нервной системы, которая свидетельствует о повышенной активности гипоталамуса и ретикулярной формации мозга.

Как правило, пациентки с климактерической миокардиодистрофией предъявляют жалобы на боли в области сердца различного характера. Боли локализуются слева от грудины, иррадиируют преимущественно в левую лопатку или левую руку. Они не провоцируются физическим напряжением, но сопровождаются выраженными вегетативными реакциями: покраснением или побледнением кожи, потливостью, приливами, сердцебиением, онемением конечностей, ознобом, нарушением ритма дыхания, полиурией, головокружением. Боли в области сердца длительные, в течение нескольких часов, дней, различной интенсивности [2, 7].

Объективно отмечается гиперемия лица, легкий цианоз губ, пульс ровный, иногда небольшая тахи-

кардия. Перкуссия и аускультация сердца не выявляют чего-либо характерного для описываемой патологии. Артериальное давление во время приступов болей в области сердца незначительно отклоняется от нормы (повышается или понижается). Часто наблюдаются симптомы вегето-сосудистой дистонии по гипертензивному или гипотензивному типу.

При электрокардиографии обращает на себя внимание появление уплощенного или отрицательного зубца Т (сегмент ST нерезко снижается). Как правило, данные изменения в начале заболевания проявляются в правых грудных отведениях, но в дальнейшем могут наблюдаться в левых грудных и стандартных отведениях. Часто регистрируются нарушения ритма: синусовая аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия. Анализ фазовой структуры систолы левого желудочка обычно не выявляет отклонений от нормальных показателей.

В целом, у данных пациенток наблюдается несоответствие между обилием жалоб и отсутствием объективных клинических признаков коронарной или сердечной недостаточности.

Клинико-электрокардиографические наблюдения позволяют считать, что при патологическом климаксе в миокарде происходят метаболические нарушения, приводящие к дистрофическим изменениям, которые при правильном подборе терапии могут носить обратимый характер.

Целью работы явилась оценка эффективности ЗГТ препаратом Индивина 2/5 в сочетании с поливитаминным комплексом Супрадин в лечении климактерической миокардиодистрофии у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 36 женщин с диагнозом климактерическая миокардиодистрофия, 16 из которых перенесли надвлагалищную ампутацию матки с придатками и 20 пациенток с интактной маткой в постменопаузе более 1 года. У обследуемых женщин отсутствовали клинические признаки недостаточности кровообращения, артериальное давление не превышало 150/90 мм рт. ст., ожирение не выше 1 степени. Пациентки предъявляли жалобы на нарушение деятельности сердца (перебои, ощущение «замирания» и нехватки воздуха, разнообразные боли — колющие, ноющие, сжимающие, не купирующиеся валидолом и нитроглицерином). Диагноз климактерическая миокардиодистрофия ставился на основании жалоб, анамнеза и клинического обследования, верифицирован сцинтиграфией, велоэргометрией, мониторированием электрокардиограммы по Холтеру.

Все женщины были обследованы на предмет гинекологической и экстрагенитальной патологии. При наличии противопоказаний гормонотерапия не проводилась.

Обследованные женщины получали заместительную гормонотерапию препаратом Индивина 2/5 (перорально по 1 драже в день в календарной упаковке 28 дней) и препарат Супрадин по 1 драже ежедневно. Наблюдение длилось в течение 6 месяцев. Во время наблюдения повторные осмотры производились через 1 месяц, затем каждые 3 месяца; цитологическое исследование мазков из цервикального канала и поверхности шейки матки, маммография, пайпель-диагностика (по показаниям) проводились 1 раз в 6 месяцев. Все пациентки перенесли терапию удовлетворительно. Досрочно прекратили прием препарата 4 женщины по разным причинам.

Сцинтиграфию миокарда с 201TL проводили в соответствии с методиками, описанными в отечественной литературе на гамма-камере ГКС—$ 5 (СССР) и «Gammatone — 2» (CGR, Франция). Велоэргометрию проводили по стандартной методике, с учетом рекомендаций экспертов ВОЗ и ВКНЦ АМН СССР на велоэргометре «Siemens-Elema» (Швеция), с непрерывным ступенчатым возрастанием каждые 3 минуты мощности нагрузки на 25—30 Ватт. При мониторировании по Холтеру запись ЭКГ производилась на магнитную ленту с помощью портативного аппарата Med Excel (США), который пациенты носили у пояса без какого-либо ограничения своей активности. Запись осуществлялась в 3-х отведениях непрерывно в течение суток с последующим автоматическим ее анализом при помощи ЭВМ.

Для определения достоверности различий использованы стандартные методы статистики.

Результаты и их обсуждение

Сцинтиграфия миокарда с 201TL является эффективным радиоизотопным методом изучения перфузии миокарда. Об объеме миокардиального кровотока можно судить по степени общего захвата таллия миокардом. В исходных сцинтиграммах обследуемых пациенток отмечено неравномерное экстрагирование радиоизотопа отделами миокарда. Наиболее выраженная недостаточность поглощения таллия наблюдалась во 2 позиции сердца. Поскольку существует линейная зависимость между захватом индикатора миокардом и величиной миокардиального кровотока, можно заключить о преимущественном нарушении перфузии в перегородке, заднежней и заднебоковой стенках левого желудочка. В результате перераспределения 201TL под влиянием физической нагрузки в 1 и 3 позициях сердца на отсроченных сцинтиграммах регистрировалось снижение экстракции радиофармпрепарата. Во 2-й же позиции отмечалось повышение общего захвата индикатора, что объясняется увеличением миокардиального кровотока и свидетельствует о преимущественно метаболизмзависимом нарушении перфузии в данной области. После 6 месяцев лечения препаратами Индивина 2/5 и Супрадин отмечалось достоверное увеличение показателей захвата таллия миокардом, приближая

их к норме, что свидетельствовало об эффективности воздействия комбинированного лечения на функциональную способность миокарда.

При обработке данных суточного мониторирования по Холтеру у обследуемых пациенток отмечены нарушения ритма в 8 раз чаще, чем у здоровых лиц, а количество желудочковых экстрасистол в 1,7 раз превышало количество предсердных. Разнообразные жалобы на боли в области сердца не совпадали с показателями монитора. При анализе ЭКГ обнаружены признаки ухудшения коронарного кровообращения (эпизоды безболевой ишемии миокарда), которые возникали независимо от кардиалгий и плохо поддавались лечению коронаролитическими средствами. После 6 месяцев проводимой терапии снизилось количество предсердных и желудочковых экстрасистол и достоверно не отличалось от их числа у здоровых лиц, а также стали единичными эпизоды безболевой ишемии.

С помощью велоэргометрии проведено изучение адаптации сердечнососудистой системы к дозированной физической нагрузке. Исходно у обследуемых женщин наблюдалось снижение физической работоспособности, показатели которой как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении к должной величине пороговой нагрузки, были достоверно ниже здоровых лиц. На снижение хронотропного резерва сердца указывали значения индекса хронотропного резерва, инотропного — индекса инотропного резерва. Из-за снижения экономичности расходования при функционировании системы в покое отмечено быстрое истощение резервов миокарда, в связи с чем показатель энергетических затрат на достижение пороговой нагрузки в 3,4 раза превышал значения здоровых людей. После 6 месяцев терапии Индивиной 2/5 и Супрадином показатели физической работоспособности у обследуемых пациенток достоверно не отличались по сравнению со здоровыми женщинами данной возрастной группы. Улучшение хронотропной и инотропной состоятельности, а также аэробной способности системы кровообращения привело к повышению физической выносливости пациенток.

Выводы

1. ЗГТ препаратом Индивина 2/5 в комплексе с Супрадином является эффективным средством лечения климактерической миокардиодистрофии, способствует нормализации метаболизма кардиомиоцитов и восстановлению миокардиального кровотока у женщин с интактной маткой в постменопаузе более 1 года и у оперированных женщин в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками.
2. Применение комплекса Индивина 2/5 и Супрадин способствует достоверному повышению физической работоспособности больных климактерической миокардиодистрофией вследствие увеличения резервов миокарда и аэробной способности системы кровообращения и снижения энергетических затрат на выполнение физических нагрузок.

Литература

1. Зайдиева Я. З. Гормонотерапия в перименопаузе. Акуш. и гин. 2015; 3: 28—30.
2. Манухин И. Б., Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2009, 294 с
3. Сметник В. П. Обоснование и принципы ЗГТ в климактерии. Проблемы репродукции. 2001; 3: 27—29.
4. Сметник В. П. Перименопауза — от контрацепции до заместительной гормональной терапии. Журнал акушерства и женских болезней. 1999; 1: 89—93.
5. Сметник В. П. Лечение и профилактика климактерических расстройств. // Клиническая фармакология и терапия.— 1997.— № 6(2). — С. 86—91.
6. Сметник В. П. Заместительная гормональная терапия в климактерии. Русский медицинский журнал. 2001; 9: 358.
7. Gambacciani M., Spinetti A. et al. Effect of new estrogen/progestin combination in postmenopausal syndrome. Maturitas. 2014; 22: 115—120.
8. Grodstein F., et al. Postmenopausal hormone therapy and cognitive function in healthy older women. Journal of the American Geriatrics Society. 2013; 8: 746—752.

АКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Р. А. Садретдинов, Н. Г. Короткий
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России. Российская Федерация, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

THE ACTIVITY OF LOCAL INFLAMMATION IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS DEPENDING ON THE PRESENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

R. A. Sadretdinov, N. G. Korotkiy
Astrakhan State Medical University. 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia

Резюме У 140 фертильных и 140 бесплодных больных хроническим простатитом (ХП) на фоне инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и без таковых, был изучен показатель интерлейкина-8 (ИЛ-8). Было установлено диагностическое значение исследования маркера воспаления у бесплодных и фертильных больных хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический простатит, бесплодие, инфекции, передающиеся половым путем.

Было обследовано 280 пациентов с хроническим простатитом и 50 соматически здоровых лиц Астраханского региона в качестве контрольной группы сопоставимых по возрасту и полу с обследованными пациентами. Все пациенты были сопоставимые по ряду социально-демографических показателей.

Критериями включения в исследование были: мужчины в возрасте между 18—45 лет; бесплодие в браке (при регулярных попытках зачатия не менее одного года) и мужчины, имеющие детей в браке; симптомы хронического простатита в течение 3 месяцев за последние 2 года.

Пациентам проводилось общеклиническое обследование, которое состояло из сбора анамнеза и урологического обследования.

Определение уровня ИЛ-8 в образцах плазмы осуществлялось с помощью иммуноферментной тест-системы «ИФА-БЕСТ» фирмы ООО «Вектор-Бест», г. Санкт-Петербург, РФ. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 12.0, Stat Soft, Inc.

Уровень ИЛ-8 в спермоплазме фертильных больных ХП без ИППП составил 41,6 [30,2; 51,3] пг/мл., что было статистически значимо ($p<0,001$) выше, чем в группе контроля — 6 (5,7; 6,4) пг/мл. В группе фертильных больных ХП с ИППП уровень ИЛ-8 был статистически значимо ($p<0,001$) выше как по сравнению с группой контроля, так и по сравнению с группой фертильных больных ХП без ИППП, составляя 63,7 (55,8; 75,5) пг/мл. Это указывает на важную роль ИППП в поддержании активности местного воспаления в предстательной железе, с гиперпродукцией цитокина — хемокина ИЛ-8, даже в группе фертильных больных ХП. В группе бесплодных больных ХП без ИППП уровень ИЛ-8 составил 57,8 (47,7; 65,1) пг/мл, что было статистически значимо ($p<0,001$) выше как по сравнению с группой контроля, так и с группой фертильных больных ХП без ИППП. В группе бесплодных больных ХП с ИППП уровень ИЛ-8 был статистически значимо выше как по сравнению с группой контроля ($p<0,001$), так и по сравнению фертильных больных с ИППП. То есть наибольшая активность местного воспаления в предстательной железе, с увеличением выработки хемокина ИЛ-8, наблюдалась в группе бесплодных больных ХП с ИППП.

Таким образом, как у бесплодных, так и у фертильных больных ХП, наблюдалась активация местного воспаления, сопровождавшаяся увеличением уровня ИЛ-8 в спермоплазме. Причем выраженность местной воспалительной реакции у бесплодных больных ХП была выше, чем у фертильных пациентов. Это указывает на роль активного хронического воспаления в развитии бесплодия у больных ХП, что подтверждалось наличием корреляционных взаимосвязей между наличием бесплодия и уровнем ИЛ-8 в спермоплазме ($r=0,49$; $p<0,001$). Кроме того, просле-

живалась роль ИППП в поддержании местного воспаления, с увеличением уровня ИЛ-8 в спермоплазме, как в группе фертильных, так и в группе бесплодных больных ХП. Выраженность местного воспаления в группе бесплодных больных ХП с ИППП была наибольшей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ С АНЕВРИЗМАМИ КРУПНЫХ СОСУДОВ

О. К. Лосева, Г. Н. Квижинадзе
МНПЦДК ДЗМ

CLINICAL CASE OF A COMBINATION OF SYPHILITIC AORTIC ANEURYSM WITH ANEURYSMS OF LARGE VESSELS

O. Loseva, G. Kvizhinadze
Moscow research and practical center of dermatology venerology and cosmetology

Аневризма аорты является наиболее тяжёлым осложнением сифилитического аортита. По мере совершенствования технологий обследования больных кардиоваскулярным сифилисом выяснилось, что при этой патологии могут формироваться подобные изменения крупных сосудов — ветвей аорты. Эта патология считается редкой, однако, с середины 20-го века до настоящего времени в мировой литературе опубликовано немало случаев развития аневризм безымянной, подключичной, подвздошной артерий. Ниже приводится описание подобного больного, находящегося под нашим наблюдением с 2014 г.

Пациент Б. 1949 г. р. Рост — 172, вес — 85 кг, ИМТ — 28,73. В браке 35 лет, жена здорова. Сифилис в анамнезе отрицает. Впервые положительные серологические тесты на сифилис были выявлены в январе 2014 года перед предполагавшейся операцией грыжесечения. В июле 2013 г. была кратковременная потеря сознания (гипертонический криз? прединсульт?). В 2004 г. обращался к кардиологу, сохранилась Эхо-КГ от 2004 года, на которой было выявлено уплотнение аорты, аортального клапана, дилатация левых отделов сердца. Диаметр аорты составлял 3,6 см.

Серологические реакции на сифилис от 14.02.14: РМП 4+, т. 1/128, РПГА 4+, т. 1/2560, РИФ 4+/4+**,** ИФА сумм. КП=15,64.

Данные Эхо-КГ 03.03. 2014: Аорта: уплотнена, расширена, кальциноз стенок. Диаметр восходящего отдела — 4,3см, корня — 4,1см; уплотнение стенок аортального клапана (АК), признаки стеноза АК, дилатация левых отделов сердца. Аортальная регургитация 2 ст.

Повторное серологическое исследование 24.07.14: RPR 4+, т. 1/128, РПГА 4+, т. 1/2560, РИФ 4+/4+, ИФА сумм. КП=13,02.

07.10.2014 проведено триплексное сканирование брахиоцефальных сосудов (БЦА). Заключение: справа — аневризма брахиоцефального ствола, общей сонной артерии (ОСА), ампулы внутренней сонной артерии (ВСА), 1—2 порции подключичной артерии. Слева — атеросклеротические изменения магистральных артерий головы (МАГ) без гемодинамически значимых стенозов.

Основной диагноз: поздний кардиоваскулярный сифилис, аневризма восходящего отдела аорты, вальвулит аортального клапана, аневризмы брахиоцефальных артерий.

Сопутствующие заболевания: дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертония, сахарный диабет 2 типа (впервые выявленный).

Проведено специфическое лечение двумя курсами. I курс: приём внутрь Sol. Kalii Jodati 2% — 3% — 5% (в возрастающей концентрации, по одной неделе на каждую дозировку) внутрь по 1 ст. ложке 3 раза в день после еды; по окончании приёма йодистого калия — приём эритромицина по 0,5 четыре раза в день в течение 2 недель; затем пенициллин в/м 8 раз в сутки, в возрастающих дозах: 50—100—200—400 тыс. ЕД (по 3 дня на каждую дозировку, а по достижении 400 тыс. ЕД — в этой дозе до конца курса при общей продолжительности пенициллинотерапии 28 дней). После 14-дневного перерыва — II курс пенициллина по 1 млн ЕД 4 раза в сутки продолжительностью 14 дней. Лечение закончено 07.01.2015 г.

При исследовании Эхо-КГ в динамике можно отметить заметное ухудшение показателей, характеризующих дилатацию левых отделов сердца, в течение полугода до начала специфической терапии. Эхо-КГ и триплексное сканирование БЦА через 10 месяцев после окончания специфической терапии не выявили заметных различий с показателями, предшествовавшими лечению.

МРТ головного мозга 10.03.2015 г.: постинфарктные изменения в правом полушарии мозжечка. Изменения в обоих полушариях головного мозга, вероятнее всего, сосудистого генеза.

Резюме. Сифилитические аневризмы таких крупных сосудов, как ветви аорты, осложняют и без того тяжёлые клинические проявления аневризмы самой аорты. В частности, патология брахиоцефальных артерий имеет прямое отношение к функционированию головного мозга. Существующее мнение о редкости сифилитических изменений крупных сосудов, возможно, отчасти объясняется неполным обследованием пациента, что, в свою очередь, связано с не-

достаточной информированностью лечащего врача. Наше сообщение обращает внимание на существование проблемы и призвано пополнить информированность специалистов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2006 ПО 2015 ГГ.

М. А. Иванова, О. В. Романова
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва

THE INCIDENCE OF SYPHILIS IN THE RUSSIAN FEDERATION IN THE PERIOD FROM 2006 TO 2015

M. A. Ivanova, O. V. Romanova
Ministry of health of Russia, Moscow

Инфекции, передаваемые половым путем, представляют собой одну из медико-социальных проблем общества (Потекаев Н. Н., Фриго Н. В. и др., 2015), среди которых наиболее актуальной проблемой является сифилис и его осложнения. Благодаря усилиям специалистов и профилактическим программам по профилактике ИППП в последние годы появилась тенденция к их снижению [Кубанова А. А. и соавт., 2014].

Целью исследования явился сравнительный анализ структуры заболеваемости сифилисом за последние десять лет.

Материал и методы. Формы федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2006 и 2015 гг.

Результаты и их обсуждение. Анализ заболеваемости сифилисом, по данным официального статистического наблюдения, показал, что за последние десять лет заболеваемость сифилисом уменьшилась на 64,1%, в то время как по гонококковой инфекцией — на 71,0%, хламидийной — на 56,1%, трихомоноз — на 47,5%, аногенитальной герпетической вирусной инфекцией — на 43,0%, аногенитальными (венерическими) бородавками — на 36,9%.

В 2015 году, как и в предыдущие годы, в структуре ИППП превалирует заболеваемость трихомонозом, на которую приходится более одной трети (34,8% в 2015 и 45,6 в 2006 г.) случаев регистрации ИППП. На втором месте по частоте выявления хламидийная инфекция (22,8 в 2015 и 22,0 в 2006 г.), далее в порядке убывания: сифилис (13,0% в 2015 и 10,9 в 2006 г.), аногенитальные (венерические) бородавки (11,7% в 2015 г. и 5,3 в 2006 г.), гонококковая инфекция (10,2% в 2015 г. и 10,8 в 2006 г.) и аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (7,5% в 2015 и 5,4 в 2006 г.).

В структуре заболеваемости сифилисом за последние десять лет уменьшилась доля врожденного сифилиса (с 0,3 до 0,2%), раннего сифилиса (с 95,4 до 68,1%). На этом фоне выросла доля позднего и других неуточненных форм (с 2,4 до 16,7% и с 1,9 до 15,0% соответственно). Случаи манифестных форм сифилиса, в том числе первичного и вторичного за последние десять лет уменьшились на 84,8 и 80,3% соответственно

Таким образом, сравнительный анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за последние десять лет показал, что в структуре ИППП сифилис по-прежнему занимает третье место после трихомадной и хламидийной инфекций. За данный период в структуре заболеваемости сифилисом существенно уменьшились манифестные формы сифилиса, что свидетельствует о снижении риска инфицировании и улучшении эпидемиологической ситуации в стране.

Литература

1. Потекаев Н. Н., Фриго Н. В., Алмазова А. А., Лебедева Г. А. Эпидемиология сифилиа в современных условиях. Клиническая дерматология и венерология. 2015. № 1. Том 14. — С. 22—34. Заболеваемость сифилисом продолжает снижаться. Тем не менее социальная значимость инфекции остается высокой.
2. Кубанова А. А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2013 году/А.А. Кубанова, Л. Е. Мелехина, А. А. Кубанов, Е. В. Богданова//Вестник дерматологии и венерологии.— 2014.— № 3. — С. 16—36.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Подготовка рукописи

1. Текст набирайте в программе Microsoft Word под Windows, Times New Roman – 14, через 1,5 интервала.
2. Абзацный отступ НИКОГДА НЕ делайте табуляцией или пробелами.
3. Текст не форматируйте и не делайте переносов вручную.
4. Не используйте автоматического форматирования заголовков, нумерации (нумерация должна быть сделана вручную).
5. Текст должен иметь поля следующих размеров: верхнее и нижнее — 20 мм, левое — 30 мм, правое — 10 мм
6. Страницы должны быть пронумерованы последовательно, начиная с титульной.
7. Для таблиц используйте только табличный редактор Winword'a, для диаграмм и графиков — Exel.
8. Таблицы, фото, графики, диаграммы не встраивать в текст, а приложить их в виде отдельных файлов и распечатать на отдельных страницах. В тексте необходимо указать, где они должны располагаться (табл. 1, рис. 1 и т. д.).
9. Тщательно проверьте последнюю версию файла и ее соответствие распечатке.

Титульная страница

Титульная страница должна содержать название статьи (строчными буквами), инициалы (сначала) и фамилию каждого автора, название учреждения, где сделана работа на русском и английском языках. Указывать только ту часть названия организации, которая относится к понятию юридического лица, не указывать названий кафедры, лаборатории, другого структурного подразделения внутри организации. В сведениях об авторах обязательно указывать адрес, как минимум, **город и страну**, а лучше **полный юридический адрес**.

Резюме и ключевые слова

Резюме должно отражать основное содержание статьи и результаты исследований и быть структурированным, иметь примерные разделы: актуальность, цель, материалы и методы, результаты, заключение — если это возможно, т. к. в описаниях клинических случаев или «обзоре» это сделать затруднительно. Компактными, но не короткими (объемом от 100 до 250 слов). Под резюме после обозначения «Ключевые слова» помещается от 3 до 10 ключевых слов или коротких фраз, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи и могут быть опубликованы вместе с резюме.

Резюме и ключевые слова представляются на русском и английском языках.

Текст

Текст статьи делится на разделы с заголовками «Введение», «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение», «Заключение» или «Выводы». Статьи типа описания случаев (клинические наблюдения), обзоры и редакционные статьи, могут быть оформлены иначе.

Таблицы и иллюстрации

Ограничьтесь теми таблицами и рисунками, которые необходимы для объяснения основных аргументов статьи и оценки степени их обоснованности.

Используйте графики как альтернативу таблицам с большим числом данных; не дублируйте материал в графиках и таблицах. Ответственность за точность данных, в том числе математических, несут авторы.

Иллюстрации (рисунки) должны быть нарисованы и сфотографированы профессионально. Иллюстрации могут быть представлены в виде цветных слайдов.

Ссылки и список литературы

Ссылки в тексте, таблицах и подрисуночных подписях должны быть пронумерованы арабскими цифрами в квадратных скобках.

В списке литературы ставятся точки между инициалами авторов и стандартными сокращениями названий и журналов.

Если цитируется книга, указывается количество страниц в ней. Если цитируется глава из книги, сначала приводится название главы, указываются ее первая и последняя страницы.

Предоставление рукописи

Рукопись должна быть отправлена в адрес редакции с сопроводительным письмом из учреждения. Направление в редакцию работ, опубликованных в других изданиях или посланных в другие редакции, не допускается. Рукопись принимаются на электронных носителях в редакции или на электронную почту dermrudn-fpk@yandex.ru. Если возможно, формат текста и форму представления материала согласуйтес редакцией. Должны быть указаны имя, отчество, фамилия, телефон, почтовый адрес (факс, электронный адрес) автора, ответственного за ведение переписки. Необходимо наличие подписей всех соавторов и пе-

чати лечебного учреждения. Подпись руководителя учреждения желательна.

Адрес редакции: 107076, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, корп. 2, кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПКМР РУДН, главный редактор — зав. кафедрой профессор Баткаев Э. А., зам. главного редактора — Надежда Владимировна Тел. 8 (495) 964-46-55, 8 (495) 964-31-46, 8-915-023-07-61, 8-915-023-0987, тел/факс. 8 (499) 269-01-38, e-mail: dermrudn-fpk@yandex.ru.

Стоимость публикаций в журнале 1 страница А4 — 1100 рублей, квитанция высылается после ознакомления редакции со статьей и при возможности ее публикации в журнале.